

Sygn. akt I C 231/21 upr

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2021 r.

Sąd Rejonowy w Kwidzynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: sędzia Danuta Kozikowska

Protokolant: sekretarz sądowy Edyta Baranowska

po rozpoznaniu w dniu 12 lipca 2021 r. w Kwidzynie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G.

przeciwko W. W.

o zapłatę

1. oddała powództwo;

2. zasądza od powoda (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w G. na rzecz pozwanego W. W. kwotę 917,00 zł (dziewięćset siedemnaście 00/100) tytułem zwrotu kosztów procesu.

sędzia Danuta Kozikowska

Sygn. akt I C 231/21 upr.

UZASADNIENIE

Powód (...) sp. z o.o. z siedzibą w G. w pozwie wniesionym w dniu 10 marca 2021r. wnosił o zasądzenie od pozwanego W. W. kwoty 4.198,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia 14 września 2017r. do dnia zapłaty. Powód domagał się również zasądzenia od pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych, z uwzględnieniem kwoty 17,00 zł tytułem uiszczonej opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwu wskazał, że pozwany był hospitalizowany w (...) sp. z o.o. z siedzibą w G.. Powód wskazał, że pozwany nie przedstawił dokumentu potwierdzającego prawo do nieodpłatnego uzyskania świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z tym powód obciążył pozwanego kosztami świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych mu w dniu 18 sierpnia 2017r. i w dniu 30 sierpnia 2017r. wystawił fakturę VAT (...) na kwotę 4.198,50 zł, której termin płatności upłynął w dniu 13 września 2017r. Nadto wskazał, że pomimo wezwania pozwanego do uregulowania należności pozwany nie uregulował należności.

Referendarz Sądowy w Sądzie Rejonowy w Kwidzynie uwzględniając roszczenie powoda wydał w dniu 16 marca 2021 r. w postępowaniu upominawczym nakaz zapłaty i nakazał zapłatę kwoty 4.198,50 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 14 września 2017r. i kosztami postępowania zgodnie z żądaniem pozwu (k. 14 akt).

Od powyższego nakazu zapłaty pozwany W. W. złożył w terminie sprzeciw. Wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą skarbową w wysokości 17,00 zł od udzielonego pełnomocnictwa.

Pozwany podał, że w dniu 18 sierpnia 2017r. doznał urazu wielonarządowego na skutek upadku z wysokości 6 piętra. Początkowo pozwany został przyjęty do powoda, gdzie wykonano badanie TK całego ciała, po czym ze względu na stan jego zdrowia, tego samego dnia został przetransportowany do (...) Centrum (...), gdzie był hospitalizowany przez 10 dni, a następnie został przetransportowany do Szpitala w S.. Podniósł, że zarówno (...) Centrum (...) jak i Szpital w S. nie domagali się od pozwanego wynagrodzenia jak to uczynił powód. Pozwany podał, że jako pracownik podlegał ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 18 sierpnia 2017r.

Z ostrożności procesowej pozwany wniósł o oddalenie powództwa z uwagi na zasady współzycia społecznego, a na wypadek uwzględnienia powództwa o rozłożenie zasądzonej należności na raty i nieobciążanie pozwanego kosztami postępowania na podstawie art. 102 k.p.c.(k. 18-19 akt)

W toku postępowania strony podtrzymały swoje stanowiska w sprawie(k. 48-49 akt 74-75 akt).

Sąd ustalił, co następuje:

Od 15 sierpnia 2017r. pozwany W. W. był zatrudniony w firmie (...) pod nazwą (...) w charakterze pracownika budowlanego. W dniu 18 sierpnia 2017r. , na skutek upadku z wysokości około 15 m W. W. doznał urazu wielonarządowego. Pozwany został przewieziony z miejsca wypadku karetką pogotowia około godz. 10:00 najpierw do (...) sp. z o.o. z siedzibą w G. do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ul. (...), gdzie przeprowadzono jego hospitalizację, w tym wykonano mu TK całego ciała, a następnie z uwagi na stan zdrowia, około godz. 12:00 tego samego dnia przewieziono karetką do (...) Oddziału Ratunkowego przy (...) Centrum (...),w G. przy ul. (...), zgodnie z zaleceniami lekarza kierującego. Po przeprowadzeniu szeregu badań przyjęto Go do (...) Centrum (...) i (...) Oddział w G. ul. (...), gdzie był hospitalizowany przez 10 dni, tj. do dnia 28 sierpnia 2017r. Następnie przebywał Szpitalu w S. na Oddziale Chirurgicznym(Szpital (...), SA w K. Szpital w S.) przez okres 5 dni tj. od 09 października 2017r. do 13 października 2017r.

Zarówno (...) Centrum (...) w G. jak i Szpital w S. nie domagali się od pozwanego pokrycia kosztów z tytułu świadczeń zdrowotnych, jak to uczynił powód.

/ **dowód:** zeznania pozwanego – k. 74 – 76 akt, karta informacyjna z dnia 18-08-2017r. – k. 21 -23akt i k. 33 akt, wynik badania TK – k. 24-26 akt, karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 28 -08-2017r. – k. 26-29 akt, karta pobytu z dnia 18-08-2017r. – k. 30-32 akt i k-34 akt, karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 13 -10-2017r. – k. 35-36 akt /

W. W. w okresie od 18 sierpnia 2017r. do 08 kwietnia 2018r. podlegał ubezpieczeniu z tytułu : 0110 0 0 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu. Pozwany przebywał na zwolnieniu lekarskim, korzystając z zasiłku chorobowego z tytułu wypadku przy pracy. Następnie , zgodnie z orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS Oddział w E. z dnia 12 marca 2018r. od 01 kwietnia 2018r. przebywał na świadczeniu rehabilitacyjnym.

/ **dowód:** zaświadczenie o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń – k. 20 akt, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 12 -03-2018r. – k. 37 akt/

W dniu 30 sierpnia 2017r. powód wystawił fakturę VAT (...) na kwotę na kwotę 4.198,50 zł, określając termin płatności do dnia 13 września 2017r.

Pismem z dnia 16 listopada 2017r. powód wezwał pozwanego do zapłaty należności wynikającej z faktury VAT (...) z dnia 30 sierpnia 2017r., które przesłał za pośrednictwem operatora pocztowego. Wezwanie pozwany odebrał w dniu 23 listopada 2017r.

Powód kontaktował się z pozwanym, a W. W. zapewniał o przysługujących mu świadczeniach zdrowotnych w dniu 18 sierpnia 2017r.

/ **dowód:** faktura VAT (...)– k. 3-3v akt, wezwanie – k. 4v akt, potwierdzenie odbioru – k. 4 akt, zeznania pozwanego – k. 74 – 76 akt/

Sąd zważył, co następuje:

W niniejszej sprawie pozwany kwestionował swoją odpowiedzialność co do zasady. Istota sporu sprowadzała się zatem do ustalenia czy pozwany winien pokryć koszty za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w czasie hospitalizacji w (...) sp. z o.o. z siedzibą w G. w dniu 18 sierpnia 2017 r.

Okoliczności faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach niniejszej sprawy oraz zeznań pozwanego. Dokumenty te nie były przez strony kwestionowane, Sąd również nie znalazł podstaw, aby odmówić im wiarygodności.

Sąd dał również wiarę zeznaniom pozwanego, albowiem były one spójne, konsekwentne oraz znajdowały potwierdzenie w dokumentacji lekarskiej. Nadto obserwacja Jego zachowania podczas składania zeznań dała podstawy do przyjęcia, iż były one szczere, naturalne, spontaniczne i niewymuszone.

Pozwany przyznał, że odebrał pismo powoda, które zawierało wezwanie do zapłaty, jednakże nie odpowiedział na nie z uwagi na to, że w chwili wypadku w dniu 18 sierpnia 2017r. był ubezpieczony i przysługiwały mu bezpłatne świadczenia zdrowotne. Uznał, że skoro (...) Centrum (...) w G. ani Szpital w S. nie domagali się zapłaty za świadczenia zdrowotne, dlatego powód nie powinien się domagać się od Niego zapłaty. Ponadto zeznał, że wcześniej powód kontaktował się z pozwanym i W. W. zapewniał o przysługujących mu świadczeniach zdrowotnych; powód miał to zweryfikować.

Analizując materiał dowodowy wskazać należy, że w chwili przyjęcia pozwanego przez (...) sp. z o.o. z siedzibą w G.-Szpitalny Oddział Ratunkowy w G. pacjent W. W. był przytomny, bo tak wynika z dokumentacji medycznej(patrz: k. 22 akt), zatem niezrozumiałym jest, że nie przyjęto od pozwanego oświadczenia o przysługujących mu bezpłatnych świadczeniach opieki zdrowotnej, nie zapytano pozwanego ani o datę urodzenia, wiek, czy PESEL, a w wywiadzie wpisano tylko imię i nazwisko oraz o miejsce zamieszkania(adres). Posiadając takie dane pozwanego powód za pośrednictwem **WUŚ** (Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców) z łatwością mógł ustalić, czy takie świadczenie bezpłatne pozwanemu przysługuje, bowiem WUŚ to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Informacje zgromadzone w systemie eWUŚ są aktualizowane codziennie według danych otrzymanywanych m.in. z ZUS i KRUS i przedstawiają prawo pacjenta do świadczeń w dniu, w którym dokonano sprawdzenia.

Powód powołując się na art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podał, że pozwany nie przedstawił dokumentu potwierdzającego prawo do nieodpłatnego uzyskania świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Nadto powołując się na art.50 ust.11 powołanej ustawy podał, że świadczenie stało się wymagalne w dniu 26 sierpnia 2017r., czyli 7 dni po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych.

Pozwany w późniejszym okresie oświadczał powodowi o przysługujących mu świadczeniach zdrowotnych.

Zgodnie z art.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) pozwany w dniu 18 sierpnia 2017r. był osobą ubezpieczoną(był zatrudniony w firmie (...) pod nazwą (...) k. 20 akt) i przysługiwały mu bezpłatne świadczenia opieki zdrowotnej.

Sąd nie ma żadnych wątpliwości, że powód mógł z łatwością ustalić, czy pozwanemu przysługują bezpłatne świadczenia zdrowotne, a obciążanie pozwanego kosztami świadczeń zdrowotnych dochodzonych pozwem uznał za niezasadne.

Pozwany po dwóch godzinach pobytu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym powoda docelowo został przetransportowany do innej placówki medycznej. Taką adnotację odnotował lekarz sporządzający wypis- P. P. TRYB WYPISU- skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu (patrz: k. 22-23 akt). Powód przez swoją niedbałość nie odebrał od pozwanego wszystkich danych, a w konsekwencji nie dokonał weryfikacji w systemach teleinformatycznych. W chwili przyjęcia pozwanego na Szpitalny Oddział Ratunkowy powoda pozwany był przytomny(patrz: karta informacyjna – k. 22akt). Powód jako profesjonalny podmiot leczniczy posiada dostęp do systemów teleinformatycznych i dużą łatwością mógł takie dane uzyskać. .

Wskazać też należy, że z placówki leczniczej powoda pozwany został przetransportowany karetka pogotowia do innej placówki medycznej, w której kontynuowano leczenie. Niemożliwym byłoby aby pozwany w ciężkim stanie miał przedłożyć dokument o przysługujących mu uprawnieniach do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, w ciągu 7 dni. Powód wystawił fakturę, kiedy W. W. przebywał jeszcze w innej placówce leczniczej.

Pozwany wykazał, że przysługiwały mu świadczenia opieki zdrowotnej zdrowotne w czasie Jego pobytu u powoda(patrz: k. 20 akt).

Orzeczenie o kosztach procesu Sąd oparł na treści art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1¹ k.p.c. i art. 99 k.p.c., który ustanawia ogólną zasadę, iż strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony – koszty procesu.

W niniejszej sprawie Sąd oddalił powództwo, dlatego też to powód jest tą stroną procesu, która przegrała przedmiotową sprawę, w związku z tym obowiązany jest zwrócić pozwanemu poniesione przez niego koszty procesu. Na koszty poniesione przez pozwanego składały się kwoty: wynagrodzenie pełnomocnika – 900,00 zł (ustalone zgodnie z przepisem § 2 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych - Dz. U. z 2018 r. poz. 265, kwota 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak na wstępie.

sędzia Danuta Kozikowska