

Sygn. akt I C 111/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 października 2018 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: sędzia SR Wioletta Sychniak

Protokolant: staż. Ewelina Arkit

po rozpoznaniu w dniu 28 września 2018 roku w Łodzi

sprawy z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. N. B. w Ł.

przeciwko P. P.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego P. P. na rzecz powoda Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. N. B. w Ł. kwotę 810 (osiemset dziesięć) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 grudnia 2017 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 231 (dwieście trzydzieści jeden) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;
2. oddala powództwo w pozostałej części.

Sygn. akt I C 111/18

UZASADNIENIE

W dniu 1 listopada 2017 roku Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) im. N. B. w Ł. złożył przeciwko P. P. pozew o zapłatę kwoty 1053 złotych w elektronicznym postępowaniu upominawczym.

Powód wyjaśnił, że w ramach prowadzonej działalności leczniczej hospitalizował pozwanego, który nie miał obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Wobec tego powód wystawił fakturę za wykonanie usługi na kwotę 1053 zł z terminem płatności przypadającym na 28.01.2015 r. Jednak pozwany nie uregulował należności dobrowolnie.

/pozew w elektronicznym postępowaniu upominawczym k. 3-4/

W dniu 27 listopada 2017 roku Referendarz Sądowy w Sądzie Rejonowym Lublin – Zachód w Lublinie wydał nakaz zapłaty w elektronicznym postępowaniu upominawczym, uwzględniając powództwo w całości.

P. P. wniósł skutecznie sprzeciw od powyższego nakazu zapłaty, w związku z czym Referendarz Sądowy w Sądzie Rejonowym Lublin – Zachód w Lublinie postanowił przekazać sprawę do Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi.

Pozwany zaskarżył nakaz w całości i wniósł o oddalenie powództwa. Zarzucił, że nie został poinformowany o rodzaju wykonywanych mu badań i o ich koszcie. **/nakaz zapłaty k. 5, sprzeciw k. 67, postanowienie z 29.12.2017 r. k. 9/**

W toku postępowania przed tut. Sądem powód popierał powództwo w całości akcentując, że miał obowiązek udzielić pozwanemu pomocy medycznej niezależnie od braku jego ubezpieczenia.

Pozwany nie uznał powództwa w żadnej części. Zaprzeczył, aby otrzymał fakturę wystawioną przez powoda. Zarzucił, że w wykazie badań nie zostały ujęte wszystkie wykonane mu badania, a ponadto wykonanie większości badań było zbędne, ponieważ wymagał jedynie pomocy okulistycznej.

/pisma powoda k. 15-16, protokół rozprawy k. 25, 75 – znacznik czasowy: 00:03:41-00:10:17/

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 30 grudnia 2014 roku P. P. został przewieziony przez pogotowie ratunkowe do Izby Przyjęć SP ZOZ (...) Szpitala (...) im. N. B. w Ł. z powodu urazu głowy – rany tłuczonej okolicy łuku brwiowego prawego.

Pozwany był konsultowany laryngologicznie i neurologicznie. Zbadano go okulistycznie. Wykonano u niego wielorządowe badanie głowy bez kontrastu i wielorządowe badanie twarzoczaszki z rekonstrukcją 3D. Stwierdzono wieloodłamowe złamanie kości nosa z niewielkim przemieszczeniem odłamów oraz obrzęk powierzchniowych tkanek miękkich powieki oka prawego i okolicy czołowej prawej.

W tym samym dniu pozwany został wypisany do domu, ponieważ nie wyraził zgody na hospitalizację.

/karta informacyjna izby przyjęć k. 29 i ta sama k. 60, badanie okulistyczne k. 30 i 62, wyniki badań k. 61/

Pozwany trafił do powodowego Szpitala po pobiciu, był pod wpływem alkoholu (miał we krwi około 1,9 promila), wystraszony, nie widział na jedno oko.

W dniu przyjęcia do szpitala pozwany nie miał ubezpieczenia zdrowotnego.

/bezsporne/

Powód wystawił fakturę za usługi medyczne na kwotę 1053 złote z terminem zapłaty 28 stycznia 2015 r., a ponadto sporządził kilkukrotne wezwania do zapłaty kierowane do pozwanego.

/faktura k. 35, wezwania do zapłaty k. 37-41/

Cennik usług, będący załącznikiem nr 2 do regulaminu Organizacyjnego wdrożonego Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora nr (...) z 28.05.2013 r., przewiduje cenę 220 złotych za wykonanie wielorządowego badania głowy bez kontrastu oraz cenę 350 złotych za wykonanie wielorządowego badania twarzoczaszki z rekonstrukcją 3D.

Pismem z 17 marca 2011 roku Zastępca Dyrektora SP ZOZ (...) Szpitala (...) im. N. B. w Ł. poinformował podległy mu personel o cenach konsultacji dla pacjentów innych szpitali:

- 100 złotych brutto za konsultację na terenie oddziału klinicznego Szpitala,

- 150 złotych brutto za konsultację poza terenem Szpitala.

/kopia aneksu nr (...) do Zarządzenia Wewnętrznego nr (...) z załącznikiem nr 2 k. 42-54, kopia pisma z 17.01.2011 r. k. 57/

Sąd zważył, co następuje:

Podstawą prawną roszczenia powoda jest przepis art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Zgodnie z powołanym przepisem, w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 (t.j. o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej), świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

(...). 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 opieki zdrowotnej - pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń. Przytoczony powyżej przepis poprzestaje na przyznaniu świadczeniodawcy roszczenia o zwrot kosztów do osoby, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym i nie przewiduje żadnych regulacji, z których wynikałoby, że w razie braku możliwości wyegzekwowania tego roszczenia, świadczeniodawca może żądać ich zwrotu od NFZ.

Powyzsza regulacja koresponduje z przepisami art. 44 i 45 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 160), stosownie do których podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością (art. 44 ustawy), a

wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż wymienione w art. 44 ustala kierownik z uwzględnieniem ich rzeczywistych kosztów (art. 45 ust. 1 i 2 ustawy). Podkreślenia też wymaga, że zgodnie z art. 15 tej ustawy podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Jeżeli zatem zagrożone jest życie lub zdrowie pacjenta, to zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek udzielić pomocy medycznej bez względu na to, czy przysługuje mu prawo do nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli takiego prawa pacjent nie ma, to obowiązany jest do zapłaty za udzieloną mu usługę medyczną zgodnie z cennikiem obowiązującym w danym zakładzie opieki zdrowotnej. W razie sporu to na jednostce leczniczej, zgodnie z art. 6 k.c., spoczywa ciężar dowodu wykazania, że wykonane przez niego świadczenie było niezbędne dla ratowania zdrowia, jak i udowodnienie prawidłowości naliczonej opłaty (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z 26.05.2017 r., I CSK 518/16, opublikowanym w systemie Legalis nr 1715180).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy, wskazać należy, że to na powódzie spoczywał ciężar udowodnienia powództwa co do zasady, jak i wysokości. Nie ulega wątpliwości, że powodowy Szpital udzielił świadczeń medycznych pozwanemu w warunkach zagrożenia jego zdrowia. Pozwany trafił do szpitala po pobiciu, nie widząc na jedno oko i obawiając się utraty wzroku. W takiej sytuacji powodowy Szpital miał obowiązek udzielenia mu pomocy stosownie do art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

Poza sporem stron pozostaje okoliczność, że w dacie udzielania pomocy medycznej (30.12.2014 r.) P. P. nie był uprawniony do uzyskania nieodpłatnie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ takim ubezpieczeniem nie był objęty. Co do zasady powinien więc zapłacić za wykonaną na jego rzecz usługę medyczną.

Inną rzeczą jest jednak wysokość opłaty za tę usługę. Pozwany nie uznał powództwa w żadnej części, kwestionując zarówno zasadność (a wręcz fakt wykonania u niego) niektórych badań, jak i ich cenę.

Zaoferowane przez powoda dowody nie były wystarczające do stwierdzenia, że kwota wskazana na fakturze i dochodzona w niniejszej sprawie rzeczywiście jest należna w całości. W oparciu o przedstawioną kartę informacyjną izby przyjęć i cennik usług możliwe było ustalenie ceny dwóch badań wykonanych powodowi, tj.

wielorzędownego badania głowy bez kontrastu (220 zł) i wielorzędownego badania twarzoczaszki z rekonstrukcją 3D (350 zł). Niewątpliwie powód był konsultowany przez dwóch specjalistów i Sąd uznał, że pismo Zastępcy Dyrektora jest wystarczające do ustalenia cen za konsultacje.

Nie ma natomiast wystarczającego materiału dowodowego do ustalenia, jakie jeszcze badania czy usługi wykonano na rzecz pozwanego udzielając mu pomocy medycznej w dniu 30.12.2014 r. A w każdym razie przedstawiony przy piśmie złożonym 19.04.2018 r. wydruk, zawierający wykaz wykonanych procedur, nie pozwala na ustalenie,

jaka była wartość usługi medycznej. Może być co najwyżej wskazówką co do rodzaju zastosowanych procedur. Na wykazie, co do którego nie wiadomo, kto go sporządził, jedynie odręcznie wpisano wartości przy poszczególnych pozycjach (opisach procedur). Nie wiadomo kto i kiedy naniósł odręcznie zapiski co do wartości procedur. Nie ma też dokumentów pozwalających zweryfikować te zapiski. Wprawdzie powód przedstawił jeszcze dwa podpisane przez księgową wyliczenia dotyczące kosztów monitorowania systemu ciśnienia tętniczego (k. 55) i podania anatoksyny przeciwtężcowej (k. 56), ale z ich treści nie wynika, kiedy obliczenia zostały dokonane, ani czy dotyczą pomocy medycznej udzielonej pozwanemu. Jeszcze raz należy podkreślić, że pozwany w żadnej części nie uznał powództwa, a żaden przepis nie zwalania powodowego szpitala z obowiązków procesowych. Przy tym pozwany występuje w tej sprawie bez pełnomocnika, a powód od początku reprezentowany jest przez adwokata, dlatego nie ma powodów, by Sąd działał z urzędu.

Podsumowując: roszczenie powoda, co do zasady usprawiedliwione, co do wysokości zostało udowodnione tylko częściowo, tj. do kwoty 810 zł (wliczając w to koszt dwóch badań i dwóch konsultacji specjalistów). W pozostałej części, jako nieudowodnione, podlegało oddaleniu.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie 455 k.c. w zw. art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym w razie, gdy dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony w przepisie, ani nie wynika z właściwości zobowiązania, dlatego pozwany zobowiązany był spełnić je niezwłocznie po wezwaniu do wykonania (art. 455 k.c.). W niniejszej sprawie powód złożył wystawioną przez siebie fakturę i wezwania pozwanego do zapłaty, ale nie załączył dowodu ich doręczenia. Pozwany zaś zaprzeczył, aby otrzymał fakturę i nie potwierdził daty, w której otrzymał wezwania do zapłaty. Dlatego datę początkową naliczania odsetek Sąd oznaczył na dzień 5.12.2017 r., tj. dzień następny po otrzymaniu przez pozwanego odpisu pozwu w niniejszej sprawie.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., stosunkowo je rozdzielając. Koszty w sprawie poniósł jedynie powód; składają się na nie: opłata od pozwu – 30 zł i koszty zastępstwa – 270 złotych. Powód wygrał sprawę w 77 % i w takim stosunku należał mu się zwrot kosztów procesu.