

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 stycznia 2020 roku

Sąd Rejonowy w Rybniku II Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Michał Kleeberg
Protokolant:	stażysta Aleksandra Chmielewska

po rozpoznaniu w dniu 14 stycznia 2020 roku w Rybniku

sprawy z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w R.

przeciwko M. R. (1), M. R. (2), A. P.

o zapłatę

- zasądza od pozwanych M. R. (1), M. R. (2), A. P. solidarnie na rzecz powoda Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w R. kwotę 250 zł (dwieście pięćdziesiąt złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 20 sierpnia 2005 roku do dnia zapłaty;
- zasądza od pozwanych na rzecz powoda kwotę 84,50 zł. (osiemdziesiąt cztery złote 50/10) tytułem zwrotu kosztów procesu.

UZASADNIENIE

Powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Wojewódzki Szpital (...) w R. wniósł o zasądzenie od R. R. 250,00 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 20 sierpnia 2005 r. Powód wniósł również o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania stosownie do obowiązujących przepisów. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż pozwanemu udzielono świadczeń medycznych w ramach pomocy doraźnej – wyjazd ambulansu do zachorowania w dniu 15 lipca 2005 r. Z uwagi na to, że pozwany nie był osobą ubezpieczoną, wystawiono fakturę VAT za korzystanie z powyższych świadczeń. Pozwany należności nie uregulował.

W sprzeciwie od wydanego w sprawie nakazu zapłaty następcy prawni zmarłego pozwanego wnieśli o oddalenie powództwa i zasądzenie zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu stanowiska pozwani wskazali, iż w przypadku konieczności leczenia i jednoczesnym stwierdzeniu, że pacjent nie był ubezpieczony zasadnym było wystąpienie przez powoda do ośrodka pomocy społecznej o wydanie decyzji w sprawie objęcia go ubezpieczeniem zdrowotnym. Świadczenia opieki zdrowotnej świadczone osobom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że odrębne przepisy stanowią inaczej. Pozwany był osobą niepełnosprawną o ograniczonej zdolności postrzegania otaczającego go świata, życiowo nieporadną. Datę powstania niepełnosprawności ustalono na dzień 16 listopada 2004 r. Chorował na gruźlicę i epilepsję. Nie pracował i nie posiadał innych źródeł utrzymania. Był ponadto uzależniony od alkoholu. Spełniał więc przesłanki do objęcia go ubezpieczeniem zdrowotnym. Pozwany w podobnych sytuacjach, przy współpracy szpitali z miejskim ośrodkiem pomocy społecznej, obejmowany był ubezpieczeniem pomiędzy listopadem

2005 r. a kwietniem 2007 r. Brak działań powoda doprowadził do powstania wysokich i nieuzasadnionych kosztów. Ponadto podniesiono zarzut przedawnienia roszczenia w oparciu o art. 751 k.c.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 15 lipca 2015 r., wskutek zachorowania R. R., powód podjął wobec niego czynności lecznicze związane z wyjazdem ambulansu. Za wykonanie tej czynności powód wystawił fakturę VAT na kwotę 250,00 zł. W adnotacji na fakturze zawarto stwierdzenie, że po stronie pozwanego występuje brak ubezpieczenia.

Dowód: faktura VAT (k. 10).

Pozwany był osobą, wobec której orzeczony został umiarkowany stopień niepełnosprawności, która powstała 16 listopada 2004 r. Stwierdzono u niego naruszenie sprawności organizmu, a okresowo wymagał pomocy innej osoby w celu pełnienia ról społecznych. Decyzje w powyższym przedmiocie podejmowane były w okresie od 16 marca 2005 r. do 4 maja 2007 r.

Dowód: orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (k. 38-42).

Pozwany korzystał również z pomocy Ośrodka Pomocy (...) w C. w formie zasiłku pielęgnacyjnego (w 2006 r.) i zasiłku stałego wraz z opłatą składki na ubezpieczenie zdrowotne (w 2007 r.).

Dowód: pismo z dnia 8 maja 2017 r. (k. 27 i 28).

Pozwany był osobą uzależnioną od alkoholu, który spożywał już w szkole zawodowej.

Dowód: przesłuchanie A. P. (k.104).

Pozwany zmarł w dniu 22 grudnia 2010 r., a spadek po nim nabyli: M. R. (1), A. P., M. K. i T. R..

Dowód: akt poświadczenia dziedziczenia (k. 59).

Powyższe ustalenia znalazły podstawę w zgromadzonym i wyszczególnionym materiale dowodowym. Sam stan faktyczny nie budził pomiędzy stronami kontrowersji, a spór dotyczył jedynie jego prawnej oceny.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości. W niniejszej sprawie pozwani (następcy prawni pozwanego R. R.) w swoich zarzutach oparli się przede wszystkim na regulacjach zawartych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Stanowisko to sprowadzało się do stwierdzenia, że pozwany spełniał warunki pozwalające na objęcie go ubezpieczeniem zdrowotnym i winien być traktowany jako „świadczeniobiorcę innego niż ubezpieczony”, w myśl powyższej ustawy. Art. 13 powyższej ustawy stanowi, iż świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Bezspornym w niniejszej sprawie był fakt braku ubezpieczenia zdrowotnego pozwanego w dniu podjęcia interwencji medycznej połączonej z wyjazdem ambulansu. Wskazać w tym miejscu należy na treść art. 2 ustawy. Bez wątpienia pozwany nie znalazł się w kategorii osób wskazanych w ust. 1 pkt 1 powyższego przepisu (osoby objęte ubezpieczeniem). Z kolei w pkt 2, jako osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazano inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.1), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych. Skoro zatem pozwany nie był objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, byłby uprawniony do bezpłatnych świadczeń, jeżeli w

dacie udzielenia tego świadczenia spełniał kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Powyższa regulacja wiąże się z art. 54 ustawy w brzmieniu pierwotnym ustawy (aktualnym w dacie świadczenia medycznego). Zgodnie z ust. 1 dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 (osoba nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym), jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo. Ust. 3 mówi z kolei, że decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się po:

- 1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w ust. 1, dokumentów potwierdzających: a) posiadanie obywatelstwa polskiego lub b) zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

Dalsza procedura określona została w ust. 4, zgodnie z którym decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Jedyną okolicznością, która nakazywałaby świadczeniodawcy (powodowi) wystąpienie z wnioskiem o wydanie decyzji potwierdzającej prawo pozwanego do świadczeń opieki zdrowotnej, byłoby wystąpienie po stronie pozwanego stanu nagłego. Zgodnie z zapisem ustawy stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z tą definicją przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, których bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Fakt wystąpienia takiego stanu nie został w niniejszej sprawie wykazany, a nawet nie był przedmiotem dowodzenia. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał na stronie pozwanej, a to zgodnie z art. 6 k.c., zgodnie z którym ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Nie było wątpliwości, że świadczeniobiorca nie był ubezpieczony, a zatem okoliczność, iż zaistniały przesłanki wyłączające możliwość dochodzenia roszczenia winny być przez niego wykazane. W tym stanie rzeczy uznać należało, iż to pozwany powinien podjąć czynności zmierzające do uzyskania decyzji określonej w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wystąpić ze stosownym wnioskiem. Sam fakt niespełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, nie uzasadniał przyjęcia, iż – niejako automatycznie – pozwany zwolniony był z obowiązku spełnienia świadczenia. Stosownie zatem do powyższych regulacji i dodatkowo art. 50 ust. 4 ustawy w brzmieniu obowiązującym w dacie udzielenia świadczenia medycznego (a więc przed zmianą z 1 stycznia 2013 r.), uznać należało roszczenie powoda za uzasadnione.

Odnosnie podniesionego przez stronę pozwaną zarzutu przedawnienia wskazać należy, iż nie mógł on odnieść należytego skutku. Jak już wspomniano, w niniejszej sprawie zastosowanie znajduje ustawa w brzmieniu obowiązującym w dacie udzielenia świadczenia medycznego. W myśl art. 50 ust. 1 ustawy, świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego lub dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony. Zgodnie z art. 50 ust. 2 ustawy, w przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu. Stosownie do treści art. 50 ust. 3 ustawy jeżeli przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1 nie jest możliwe w terminie

określonym w ust. 2, dokument ten może zostać przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 50 ust. 4 ustawy w razie nieprzedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 1 w terminach określonych w ust. 2 i 3, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy. Roszczenia przysługujące świadczeniodawcy na podstawie art. 50 ust. 4 ustawy ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne (art. 50 ust. 8 ustawy w brzmieniu sprzed 1 stycznia 2013 r.). Mając na uwadze powyższe terminy oraz datę wniesienia pozwu (17 września 2008 r.) uznać należało, że termin przedawnienia został przerwany, stosownie do art. 123 k.c.

O kosztach procesu orzeczono na mocy art. 98 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę zobowiązana jest zwrócić koszty procesu poniesione przez przeciwnika. Mając powyższe na uwadze sąd obciążył pozwanych na rzecz powoda kosztami postępowania w kwocie 84,50 zł, na którą złożyły się: opłata w kwocie 30,00 zł., opłata skarbową od pełnomocnictwa 17,00 zł. oraz 60,00 tytułem kosztów zastępstwa procesowego. Sąd miał przy tym na względzie fakt, iż po prawomocności nakazu powodowi zwrócona została część opłaty w kwocie 22,50 zł.

Sędzia: