

Sygn. akt I 1 C 955/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 marca 2017 roku

Sąd Rejonowy w Gdyni

Wydział I Cywilny – Sekcja d.s. rozpoznawanych w postępowaniu uproszczonym

w składzie:

Przewodniczący: SSR Marzanna Stefaniuk-Muczyńska

Protokolant: sek. Magdalena Czapiewska

po rozpoznaniu w dniu 14 marca 2017 r. w Gdyni

na rozprawie

sprawy z powództwa: **S. W. w Gdyni spółki z o.o. w G.**

przeciwko: **W. M.**

o zapłatę

I. oddala powództwo;

II. obciąża powoda kosztami procesu i uznaje je za uiszczone w całości.

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym przez S. W. w Gdyni spółkę z o.o. w G. powód domagał się zasądzenia od pozwanego W. M. kwoty 2.058,80 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwot i dat w pozwie wskazanych oraz o obciążenie pozwanego obowiązkiem zwrotu na rzecz powoda kosztów procesu.

Uzasadniając swoje żądanie wskazał, iż jest następcą prawnym Szpitala (...) W. a (...) spółki z o.o. w G. oraz że w dniach: 29, 30 i 31 grudnia 2014 r. oraz 22 stycznia 2015 r. pozwany był hospitalizowany u powoda. Podał też, że koszty tej hospitalizacji określają faktury stanowiące dowody w sprawie oraz że pozwany, pomimo wezwań do zapłaty nie uregulował kwoty dochodzonej pozwem.

Ustanowiony dla pozwanego, jako osoby nieznanej z miejsca pobytu kurator procesowy wniósł o oddalenie powództwa, z uwagi na niewykazanie przez powoda jego podstaw. (vide: odpowiedź na pozew - k. 54-55v i protokół rozprawy z dnia 14 września 2017 r. - k. 96).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniach 29, 30 i 31 grudnia 2015 r. pozwany przebywał na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym szpitala (...) W. a (...) spółki z o.o. w G.. Nadto w styczniu 2015 r. przebywał na Oddziale Otolaryngologicznym powodowego szpitala.

Podczas tych pobytów udzielono pozwanemu porad lekarskich oraz wykonano u niego szereg badań. W związku z tymi pobytami Szpital wystawił pozwanemu faktury Vat z tytułu sprzedaży usług wymienionych w tych fakturach.

Faktura z dnia 29 grudnia 2014 r. opiewała na kwotę 234,70 zł z tytułu dwóch porad lekarskich i badań; w jej treści jako datę płatności wskazano 12 stycznia 2015 r.

Faktura z dnia 30 grudnia 2014 r. opiewała na kwotę 390,10 zł z tytułu dwóch porad lekarskich, tamponady nosa i pomiaru ciśnienia; w jej treści jako datę płatności wskazano 13 stycznia 2015 r.

Faktury z dnia 31 grudnia 2014 r. opiewała na kwotę 110 zł z tytułu porady lekarskiej i badań; w jej treści jako datę płatności wskazano 14 stycznia 2015 r.

Kolejna faktura z dnia 31 grudnia 2014 r. opiewała na kwotę 180 zł z tytułu porady lekarskiej i interwencji zabiegowej; w jej treści jako datę płatności wskazano 14 stycznia 2015 r.

Faktura z dnia 7 stycznia 2015 r. opiewała na kwotę 1.144 zł z tytułu hospitalizacji na Oddziale Otolaryngologicznym; jej treści jako datę płatności wskazano 5 lutego 2016 r.

Pomimo wezwań do zapłaty pozwany nie zapłacił kwot żądanych w tych wezwaniach na rzecz szpitala.

okoliczności niesporne, nadto: faktury i wezwania do zapłaty - k. 13-24

Z dniem 2 stycznia 2015 r. na podstawie art. 491 ksh w zw. z art. 492 §1 pkt 1 ksh nastąpiło połączenie Szpitala (...) im. (...) spółki z o.o. w G. ze Szpitalem (...) W. a (...) spółki z o.o. w G.. Z dniem połączenia Szpital (...) im. (...) spółka z o.o., jako spółka przejmująca wstąpił na mocy art. 494 §1 ksh we wszystkie prawa i obowiązki Szpitala (...) W. a (...) spółki z o.o. Jednocześnie z dniem połączenia nastąpiła zmiana firm spółki przejmującej na obecną nazwę powoda.

okoliczności niesporne

W piśmie z dnia 7 lutego 2017 r. (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że ostatni płatnik składek dla pozwanego to Powiatowy Urząd Pracy w W. (wyrejestrowanie nastąpiło w dniu 12 grudnia 2005 r.) oraz że (...) Oddział nie posiada informacji na temat płatnika składek dla pozwanego w okresie od 29 grudnia 2014 r. do dnia 22 stycznia 2015 r. Wyjaśnił też, że z uwagi na sposób i tryb przekazywania informacji do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, na podstawie którego wygenerowano powyższą informację - informacje zgromadzone w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych mogą być nieaktualne i obciążone błędem.

protokół rozprawy z dnia 14 marca 2017 r. - informacja o treści pisma (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) - 00:00:59

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny został ustalony w oparciu o załączone do akt sprawy wyżej wymienione dokumenty, których treść – w przeciwieństwie do ustalenia skutków z nich wynikających - nie była przez żadną ze stron procesu kwestionowana.

W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i poczynionych w oparciu o ten materiał ustaleń faktycznych, Sąd doszedł do przekonania - dzieląc w tym zakresie stanowisko kuratora pozwanego, iż przedmiotowe powództwo pozostawało bezzasadne.

Rozstrzygając w powyższy sposób Sąd miał na względzie, iż zgodnie z brzmieniem art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu obowiązującym w dacie świadczeń udzielonych pozwanemu, t.j. z dnia 25 sierpnia 2008 r., Dz.U. Nr 164, poz. 1027, jak i w chwili obecnej) do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo

1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,

2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. poz. 1650, z późn. zm.1)), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 930 i 1583), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:

a) posiadające obywatelstwo polskie lub

b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

4) inne niż wymienione w pkt 1-3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:

a) posiadające obywatelstwo polskie lub

b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach

- zwane dalej „świadczeniobiorcami”.

Z kolei art. 13 tej ustawy określa, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W myśl z kolei art. 19 ust. 1 tej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie; a świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. (vide ust. 4 art. 19 ustawy). W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. (vide ust. 5 art. 19 ustawy).

W myśl natomiast przepisów rozdziału 5 wymienionej wyżej ustawy dokumentami służącymi do potwierdzenia i weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

Z kolei art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się art. 67 ust. 4-7; bądź dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 - w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, a który to art. 54 ust. 1 określa, że dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.

Zgodnie z ust. 2 tego artykułu przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;
- 2) świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.

W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 6 art. 50 ustawy)

Jedynie w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, art. 50 ust. 11 wymienionej wyżej ustawy przewiduje, że świadczenie opieki zdrowotnej zostawało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. 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.

W myśl art. 50 ust. 16 jedynie w przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:

- 1) 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, albo
- 1a) potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo
- 2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6

- osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, pozostaje obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.

Zgodnie natomiast z art. 50 ust. 18 omawianej ustawy koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów zastosowanie miały przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Dalej w dziale III ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulującym zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określono, że w stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania (art. 60) oraz w art. 61 ustawy, że ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 47a, 57 ust. 2 i art. 60.

W sprawie niniejszej, pomimo takiego brzmienia powyższych przepisów powód, reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie tylko nie wykazał, ale też i nie przytoczył nawet żadnych okoliczności faktycznych, które uzasadniały ustalenie po stronie pozwanego obowiązku samodzielnego sfinansowania udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej. Z dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy nie wynikało nawet czy pozwany w dacie udzielenia mu przedmiotowych świadczeń był osobą ubezpieczoną, czy też nie, a w tym drugim przypadku czy do udzielenia tych świadczeń doszło w wyniku zaistnienia jednej z okoliczności wymienionych w ust. 16 art. 50 ustawy o

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych. Z informacji udzielonej przez (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (i to na wniosek kuratora pozwanego) wynikało bowiem, że wprawdzie ostatni płatnik składek dla pozwanego to w roku 2005 Powiatowy Urząd Pracy w W. - co mogłoby sugerować, że w dacie udzielenia świadczeń przez powoda pozwany pozostawał osobą nieubezpieczoną - jednak informacja ta obwarowana została zastrzeżeniem możliwości braku aktualności i błędów danych zawartych w wykazie, stanowiącym podstawę jej wygenerowania.

Podobnie powód nie powoływał się też, by miało w sprawie miejsce ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania, co trudno był nawet domniemywać w okolicznościach pobytu pozwanego na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

W zakresie przytoczenia tych twierdzeń Sąd nie mógł zaś zastąpić powoda, gdyż myśl art. 3 kpc to strony obowiązane są dawać wyjaśnienia co do okoliczności sprawy zgodnie z prawdą i bez zatajania czegokolwiek oraz przedstawiać dowody (zasada kontrydiktoryjności). Stąd też ewentualne oczekiwanie przez stronę powodową i to reprezentowaną przez pełnomocnika wykonującego zawód radcy prawnego, na wskazówki Sądu w zakresie przytoczenia i następnie dowiedzenia zasadności żądania zwartego w pozwie, bądź też bierne oczekiwanie przez powoda na zgłoszenie przez Sąd potrzeby złożenia do akt sprawy dokumentów posiadanych przez powoda, które mogłyby okazać się przydatne w ustaleniu i wykazaniu zasadności roszczenia stanowiącego przedmiot powództwa – było ze wszech miar nieuprawnione i niesprawiedliwe żadną normą prawa.

W konsekwencji Sąd uznał, iż żądanie powoda w całości pozostawało nieuzasadnione. Sam bowiem fakt hospitalizacji powoda i udzielenia mu świadczeń przez Szpitalny Oddział Ratunkowy, czy też Oddział Otolaryngologiczny, bez przytoczenia oraz wykazania dodatkowych okoliczności faktycznych, o których mowa była wyżej, nie stanowił przesłanki uzasadniającej żądanie obciążenia pozwanego wynikłymi stąd po stronie powoda kosztami.

Orzeczenie zawarte w pkt. I wyroku wydano w oparciu o przepis art. 353 §1 kc a contraio w zw. z 6 kc.

W tym stanie rzeczy powód, jako strona przegrywająca, w oparciu o przepis art. 98 kpc w zw. z art. 108 kpc został obciążony kosztami procesu powstałymi w sprawie, a wobec ich już poniesienia i to zarówno w zakresie opłaty sądowej, jak zaliczki na poczet wynagrodzenia przyznanego ustanowionemu na wniosek powoda dla pozwanego kuratora, koszty te zostały przez Sąd uznane za uiszczone w całości, o czym orzeczono w pkt. II wyroku.