

UZASADNIENIE

W dniu 14 października 2013 r. – data stempla pocztowego, powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki z siedzibą w W. wniósł o zasądzenie od pozwanego M. W. kwoty 43.843,48 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 24 lipca 2013 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (pozew k. 1-4).

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 7 grudnia 2004 r. zawarł z pozwanym umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Powyższa umowa wygasła w dniu 17 października 2006 r. z uwagi na niezapłacenie przez pozwanego w terminie tj. do dnia 15 września 2006 r. składki za sierpień 2006 r. co z kolei spowodowało, że po upływie 30 dni od tej daty nie miał on prawa do korzystania ze świadczeń oraz refundacji leków jako osoba ubezpieczona. Powód wyliczył, że pokryte przez niego z tego tytułu koszty wyniosły łącznie 43.843,48 zł.

W dniu 29 października 2013 r. tut. Sąd wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym zgodnie z żądaniem pozwu (nakaz zapłaty z dnia 29 października 2013 r. k. 48).

W dniu 26 listopada 2013 r. pozwany złożył pismo zatytułowane „zarzuty od nakazu zapłaty”, które zgodnie z przepisami należało potraktować jako sprzeciw od nakazu zapłaty wydanego w postępowaniu upominawczym. P. pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu (sprzeciw od nakazu zapłaty k. 53-56).

W uzasadnieniu pozwany potwierdził, że w 2004 r. zawarł z powodem umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego i podkreślił, że zawsze starał się terminowo opłacać z tego tytułu składki. Pozwany wyjaśnił również, że pierwszą informację o wygaśnięciu w 2006 r. przedmiotowej umowy powziął w 2013 r. przy okazji zgłoszenia się o objęcie ubezpieczeniem w KRUS. W jego ocenie zachowanie powoda przez 7 lat opłacania przez niego składek na ubezpieczenie zdrowotne wskazywał na to, iż strony nadal łączy umowa. Przede wszystkim zawsze pozytywnie weryfikowano jego ubezpieczenia w przychodniach, szpitalach, aptekach oraz ZUS. Powód otrzymując za pośrednictwem ZUS składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne zawsze decydował się wykonywać na rzecz pozwanego świadczenia zdrowotne. Ponadto, jeżeli rzeczywiście zawarta przez strony umowa wygasła to należy uznać, że powód miał świadomość, iż jego świadczenie jest nienależne, a zatem nie może on obecnie żądać jego zwrotu. Powód odwołał się również do zasad współżycia społecznego oraz konstytucyjnej zasady powszechności i równości obywateli w dostępie do świadczeń zdrowotnych wskazując, że część podjętych przez pozwanego zabiegów była uzasadniona z uwagi na konieczność ratowania życia, a pozwany nie mógłby sobie pozwolić na ich sfinansowanie z uwagi na swój niewielki dochód. Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia.

W piśmie procesowym z dnia 26 września 2014 r. – data stempla pocztowego, powód wskazał, że należy rozgraniczyć ciężący na świadczeniodawcach będących odrębnymi od NFZ podmiotami obowiązek wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, zagrażających życiu lub zdrowiu od finansowania tych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który nie ma takich uprawnień w odniesieniu do osób nie posiadających ubezpieczenia. Powód wyjaśnił też, że to on pokrył koszty udzielonych pozwanemu świadczeń zatem podstawę jego roszczenia stanowią przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu, którego termin przedawnienia wynosi 10 lat (pismo z dnia 26 września 2014 r. k. 79-82).

Postanowieniem z dnia 3 lutego 2015 r. Sąd wezwał do udziału w sprawie Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. (postanowienie z dnia 3 lutego 2015 r. k. 96).

W odpowiedzi na pozew pozwany ZUS wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że zgodnie z art. 87 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest on jedynie zobowiązany do poboru i przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne do NFZ. Natomiast kwestie dotyczące podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i

finansowania świadczeń zdrowotnych należą wyłącznie do kompetencji NFZ. Wskazał on, że pozwany wyrejestrował się w dniu 17 października 2006 r. z ubezpieczeń jako ubezpieczony, ale nie dokonał wyrejestrowania jako płatnik składek do czego był również zobowiązany. Stąd na jego czynne konto nadal wpływały dalsze, nieregularnie opłacane składki. ZUS wskazał też, że nienależnie uiszczono składki podlegały zaliczeniu z urzędu na poczet składek zaległych, a w razie ich braku przyszłych składek, chyba że płatnik złożył wniosek o zwrot nadpłaty, czego pozwany M. W. również nie uczynił (odpowiedź na pozew k. 104-104v.)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny w sprawie:

W dniu 7 grudnia 2004 r. pozwany M. W. złożył wniosek o objęcie go od dnia 7 grudnia 2004 r. dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Tego samego dnia Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w W. (zwany dalej: MOW NFZ) zawarł z pozwanym umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nr (...). Przedmiotem umowy było objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym pozwanego, który złożył wniosek o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w zakresie określonym ustawą. Wniosek ten stanowił integralną część umowy. W § 5 umowy ustalono, że podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanemu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, stosownie do postanowień art. 681 ust. 1 ustawy z zastrzeżeniem pkt 3, kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, w przypadku osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy. Zgodnie z umową pozwany miał dokonywać samodzielnie aktualizacji wysokości składki zgodnie ze zmieniającą się podstawą wymiaru składki, a opłacenie i ewidencjonowanie składki miało następować za pośrednictwem właściwego dla miejsca zamieszkania ubezpieczającego się oddziału ZUS. Składki miały być wnoszone w terminie do dnia 15 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni na nr konta ZUS. W § 6 umowy wskazano, że pozwany został objęty ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia 7 grudnia 2004 r. Natomiast zgodnie z § 7 umowy prawo do świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego rozpoczynało się w dniu objęcia ubezpieczeniem, a miało wygasnąć po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ. Ponadto strony ustaliły, że zawierają umowę na czas nieokreślony z zastrzeżeniem, że może być ona rozwiązana przez pozwanego w drodze pisemnego poinformowania NFZ o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dodatkowo umowa wygasła w przypadku upływu miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek lub w przypadku nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty opłaty. Pozwany został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego w dniu 30 grudnia 2004 r. We wniosku zgłoszeniowym określono termin rozpoczęcia zgłoszenia na dzień 7 grudnia 2004 r. (okoliczność niesporna, umowa nr (...) dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z wnioskiem o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ k. 9-13, zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZZA k. 106-106v., zeznania pozwanego k. 122 v.).

Pozwany rozumiał treść zawartej umowy, wiedział jakie są terminy płatności składek oraz miał świadomość konsekwencji wynikających z nieterminowego opłacenia składek polegającej w szczególności na wygaśnięciu umowy (zeznania pozwanego k. 122 v.).

Składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego za okres od grudnia 2004 r. do lipca 2006 r. pozwany opłacał za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ustalonym przez strony terminie. Natomiast składkę za sierpień 2006 r. pozwany uiszczył dopiero w dniu 18 stycznia 2007 r. W dniu 17 października 2006 r. wygasła zawarta pomiędzy stronami umowa o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Następnie w okresie od stycznia 2007 r. do kwietnia 2013 r. pozwany nadal uiszczał za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na rzecz powoda kolejne składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego obejmujące łącznie okres od września 2006 r. do marca 2013 r. Również i w tym okresie pozwany uiszczał składki w różnych odstępach czasu np. składki za okres od września do listopada 2006 r. zostały opłacone w dniu 18 stycznia 2006 r., składka za styczeń 2007 r. została opłacona w dniu 27 marca 2007 r., składki za okres od marca do maja 2007 r. zostały opłacone w dniu 16 lipca 2007 r., składki za okres od lipca do października 2007 r. zostały opłacone w dniu 14 stycznia 2008 r., składki za okres od lutego do marca 2008 r. zostały opłacone w dniu 2 czerwca 2008 r., składka za okres d sierpnia do wrzesień 2008 r. została opłacona w dniu

12 grudnia 2008 r., składka za okres od lutego do marca została opłacona w dniu 30 czerwca 2010 r., składka za luty 2011 r. została opłacona w dniu 16 kwietnia 2011 r., składka za październik 2011 r. została opłacona w dniu 6 stycznia 2012 r., składka za marzec 2012 r. została opłacona w dniu 22 maja 2012 r., składka za maj 2012 r. została opłacona w dniu 24 lipca 2012 r. W dniu 14 czerwca 2013 r. do ZUS został złożony wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia od dnia 17 października 2006 r. (lista wpłat zidentyfikowanych k. 14 - 24, zeznania pozwanego k.122v., wyrejestrowanie z ubezpieczeń (...) k. 107).

W okresie od 18 sierpnia 2010 r. do 23 sierpnia 2010 r. pozwany przebywał w Samodzielnym Publicznym (...) Szpitalu (...) II w G., gdzie wykonano mu badania podstawowe i dodatkowe tj. EKG, echo serca, próbę wysiłkową, koronarografię, angioplastykę wieńcową. Pozwany został przyjęty na Oddział z powodu nasilenia dolegliwości dławicowych i pogorszenia tolerancji wysiłku. Następnie w dniu 6 marca 2012 r. pozwany ponownie w stanie ogólnym dobrym został przyjęty do (...) Szpitala (...) II w G. w celu przeprowadzenia zabiegu koronarografii. W Szpitalu pozwany przebywał do dnia 8 marca 2012 r., a oprócz koronarografii wykonano pozwanemu również angioplastykę wieńcową (karty informacyjne k. 59-60v.).

Lekarze zajmują się jedynie weryfikacją medyczną pacjentów, a do ich kompetencji nie należy sprawdzanie ubezpieczenia zdrowotnego pacjentów. Weryfikacją ubezpieczeń zajmuje się administracja szpitala.

Pacjent, który zgłaszał się do szpitala na planowaną wizytę przed wprowadzeniem systemu (...) musiał wykazać, że jest ubezpieczony czy to przy pomocy legitymacji czy też w odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą za pomocą okazania dowodu wpłaty składki do ZUS. W przypadku pacjentów podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu weryfikacji podlegała ostatni miesiąc, w którym dokonano wpłaty z tytułu składki, a nie ciąg opłaconych z tego tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Brak powyższych dokumentów powodował odmowę przyjęcia pacjenta. Jedynie w odniesieniu do pacjentów przyjmowanych w stanie zagrożenia życia dopuszczalna była możliwość okazania dokumentu potwierdzającego posiadanie ubezpieczenia w późniejszym okresie. Nie było możliwości doniesienia tych dokumentów w późniejszym terminie. Obecnie dane dotyczące ubezpieczenia pacjenta są weryfikowane przy pomocy systemu (...), w którym pacjenci ubezpieczeni oznaczeni są kolorem zielonym, a nie posiadający ubezpieczenia kolorem czerwonym. Pacjentowi, który nie posiada ubezpieczenia nie przysługuje refundacja leków (zeznania świadka M. G. k. 94 -94v., zeznania świadka E. C. (1) k. 94v., zeznania świadka M. L. k. 122-122v.).

Pozwany przed korzystaniem z każdej usługi medycznej okazywał stosowne zaświadczenie z wyciągu bankowego potwierdzające opłacenie przez niego ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz przedstawiał łączącą go z NFZ umowę. W sytuacji, w której w systemie nie było danych dotyczących jego ubezpieczenia podpisywał on oświadczenie o tym, iż jest ubezpieczony (zeznania pozwanego k. 122 v.)

Koszty związane z korzystaniem przez pozwanego ze świadczeń zdrowotnych poniesionych przez MOW NFZ w okresie od 16 czerwca 2008 r. do 31 grudnia 2012 r. wyniosły 38.550,44 zł, a koszty refundacji leków poniesione przez MOW NFZ we wskazanym okresie wyniosły 5.293,04 zł. (lista zrealizowanych recept i zestawienie świadczeń zdrowotnych k. 25-38).

W dniu 1 lipca 2013 r. powód wystawił pozwanemu notę księgową obciążeniową nr (...) wzywając go do uiszczenia łącznej kwoty 43.843,48 zł z tytułu poniesionych przez niego w/w kosztów w terminie 14 dni. Powyższa nota została doręczona pozwanemu w dniu 9 lipca 2013 r. (nota księgową obciążeniową RE/06/06/2013 k. 39 wraz z potwierdzeniem odbioru k. 40v.).

Pismem z dnia 18 lipca 2013 r. skierowanym do MOW NFZ pozwany zwrócił się z prośbą o ponowne rozpatrzenie jego sprawy. Pozwany w piśmie tym wskazał, że o wygaśnięciu umowy dowiedział się przypadkowo w dniu 12 czerwca 2013 r. Podniósł on także, że do kwietnia 2013 r. przez okres 6 lat opłacał składki, które były przyjmowane bez żadnych zastrzeżeń. W piśmie tym podnosił również, że nigdy nie chciał zrywać umowy z NFZ, a występujące opóźnienia były spowodowane jego trudną sytuacją materialną. W odpowiedzi MOW NFZ poinformował pozwanego, że zawarta przez strony umowa wygasła na podstawie art. 68 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych. Powód wyjaśnił również, że w ustawie tej nie przewidziano szczegółowych zasad informowania ubezpieczonych o rozwiązaniu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dodał on również, że po terminie zostały opłacone składki za miesiąc wrzesień, październik, listopada 2006 r., styczeń 2007 r., marzec i kwiecień 2007 r., lipiec, sierpień, wrzesień i październik 2007 r., styczeń, luty, marzec 2008 r., lipiec, sierpień 2008 r., luty i marzec 2010 r., sierpień 2010 r., październik 2011 r., marzec 2012 r., maj 2012 r. oraz poinformował pozwanego, że opłacone przez niego po okresie obowiązywania umowy składki są składkami nienależnymi i podlegają zwrotowi zgodnie z art. 94 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a o ich zwrot powinien się on zwrócić do ZUS (pismo z dnia 18 lipca 2013 r. k. 41-42, pismo z dnia 5 sierpnia 2013 r. k. 43-44).

Pismem doręczonym pozwanemu w dniu 23 sierpnia 2013 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma kwoty 43.843,48 zł wynikającej z noty księgowej obciążeniowej nr (...) (przesądowe wezwanie do zapłaty k. 45 wraz z potwierdzeniem odbioru k. 45-46v.).

Powyższy stan faktyczny w sprawie Sąd ustalił na podstawie wyżej wskazanych dokumentów, które zostały złożone do akt, a także, zeznań świadków i pozwanego.

Żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności złożonych dokumentów, a Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im wiarygodności.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków: E. C. (1) oraz M. L. w całości, gdyż były one spójne, logiczne, wzajemnie się uzupełniają i znajdują potwierdzenie w zebranych w sprawie materiale dowodowym.

Zeznaniom świadka M. G. Sąd dał wiarę w całości z wyjątkiem tego, że w dniu 6 marca 2012 r. pozwany został przyjęty do Szpitala w G. w stanie zagrożenia życia. Zeznania te pozostają bowiem w sprzeczności z tym co wynika z załączonej do akt karty informacyjnej leczenia, w której to wskazano, że pozwany został przyjęty w stanie ogólnym dobrym w celu przeprowadzenia zaplanowanego zabiegu - koronarografii. Ponadto jak wskazała sama świadek nie jest ona kardiologiem inwazyjnym i nie ona prowadziła zabieg pozwanego. Świadek zajmowała się m.in. przeprowadzaniem badania echa serca.

Sąd dał wiarę zeznaniom pozwanego w całości z wyjątkiem tego, że do momentu złożenia wniosku o wypisanie z NFZ nie wiedział o tym, iż jego umowa wygasła. Pozwany miał świadomość konsekwencji wynikających z opóźnienia w zapłacie składek stąd trudno przyjąć, iż nie wiedział o wygaśnięciu umowy. Ponadto Sąd nie dał wiary pozwanemu w zakresie w jaki twierdził on, iż ZUS i NFZ zapewniały go o kontynuowaniu umowy. Przede wszystkim należy zauważyć, że pozwany zawierał umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym z NFZ, a nie z ZUS stąd ten ostatni nie mógł stwierdzić czy zawarta przez strony umowa jest kontynuowana czy też wygasła. Poza tym wątpliwym wydaje się, że pozwany, który wiedział, iż opóźnienie w zapłacie składek skutkuje wygaśnięciem umowy za wystarczające dla przyjęcia kontynuacji umowy uznał ustne zapewnienia ze strony osób będących pracownikami powoda. Notabene, wskazać w tym miejscu należy, że pozwany powołując się na przeprowadzone rozmowy z pracownikami powoda nie wskazał z kim i kiedy rozmawiał, twierdząc jedynie, że na pewno takie rozmowy są u powoda nagrywane. Pozwany nie zawnioskował przy tym o przeprowadzenia jakiegokolwiek dowodu w tym zakresie, na potwierdzenie wywodzonych na tą okoliczność faktów. Ponadto, skoro umowa zawierana była na piśmie to logicznym wydaje się, że pozwany przy dochowaniu należytej staranności chcąc uzyskać informację o kontynuacji łączącej strony umowy zwróciłby się o dokonanie potwierdzenia łączącego strony stosunku na piśmie, ewentualnie złożyłby on wniosek o zawarcie kolejnej umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Sąd oddalił również wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka doktora P. na okoliczność stanu zdrowia pacjenta, a także kosztów wdrożenia leczenia i postępowania z nieubezpieczonym pacjentem. W ocenie Sądu ocena stanu zdrowia pacjenta nie jest przedmiotem niniejszego postępowania i z punktu widzenia podniesionych zarzutów zasadne było jedynie powołanie lekarzy zajmujących się wypełnieniem kart informacyjnych leczenia szpitalnego, gdyż jedynie oni mogliby ocenić czy pozwany był przyjmowany do szpitala „w stanie nagłym”. Natomiast, jeżeli chodzi o koszty leczenia i postępowania z nieubezpieczonym należy wskazać, że powyższe zagadnienia

uregulowane są w przepisach ustaw w szczególności w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie było ustalenie czy pozwany pomimo opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne za sierpień 2006 r. nadal podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz czy w związku z tym zobowiązany jest on do zwrotu poniesionych przez powoda kosztów z tytułu wykonanych na jego rzecz świadczeń zdrowotnych oraz kosztów zrealizowanych na jego rzecz recept refundowanych.

Kwestia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego uregulowana jest w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (u.ś.o.z.), zgodnie z jej brzmieniem na czas zawarcia przez pozwanego umowy z powodem, czas jej obowiązywania oraz do dnia 31 grudnia 2012 r..

Zgodnie z art. 68 ust. 1 niniejszej ustawy osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia Rady (EWG) 1408/71. Z kolei zgodnie z ust. 5 wskazanego przepisu osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek.

Zgodnie art. 87 u.o.ś.z. osoby podlegające dobrowolnemu obowiązkowi zdrowotnemu obowiązane są bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.

Z okoliczności niniejszej sprawy wynika, że pozwany w dniu 7 grudnia 2004 r. złożył wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ i tego samego dnia zawarł też z powodem umowę nr (...) dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz został objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Z treści umowy wynika, że pozwany zobowiązał się do uiszczania składek z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego do dnia 15 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni na nr konta ZUS. Strony ustaliły również, że umowa wygaśnie w przypadku upływu miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek lub w przypadku nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty opłaty. Na podstawie tak zawartej umowy pozwany do lipca 2006 r. uiszczał we wskazanym terminie składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast składkę za sierpień 2006 r. opłacił on dopiero w dniu 18 stycznia 2007 r. podczas, gdy zgodnie z umową oraz przepisami u.o.ś.z. powinien był uiścić ją do dnia 15 września 2006 r.

Pozwany nie kwestionował opóźnienia w zapłacie składki wskazywał jednak, że po jego wystąpieniu w dalszym ciągu przez kolejne lata opłacał z mniejszą bądź większą regularnością składki za pozostały okres. Jednocześnie nie spotkało się to nigdy z protestem ze strony powoda, który zachowywał się tak jakby strony nadal łączyła umowa dobrowolnego ubezpieczenia.

Jak wskazuje A. Sikorko jedynym przypadkiem, kiedy wyjątkowo dopuszczalne jest wskazanie w umowie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego daty objęcia tym ubezpieczeniem poprzedzającej dzień zawarcia tej umowy, jest sytuacja, gdy osoba ubezpieczająca się już dobrowolnie spóźniła się z opłaceniem jednej ze składek na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne i uiściła tę składkę już po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek, a następnie pomimo powyższego spóźnienia w opłaceniu składki uiszczała następne składki w terminie. Uiszczenie składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek powoduje bowiem wygaśnięcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego i ustanie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 68 ust. 5 u.ś.o.z.). Jednak z uwagi na to, że wskazana wyżej osoba po spóźnieniu się w opłaceniu jednej ze składek uiszczała pozostałe składki w terminie, możliwe jest zawarcie z taką osobą nowej umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, w której jako data objęcia tym ubezpieczeniem zostanie

wskazany pierwszy dzień miesiąca, od którego składki były już uiszczane w terminie niepowodującym wygaśnięcia umowy i ustania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem wprowadzenia takiego rozwiązania jest jednak: zgoda osoby, która spóźniła się z opłaceniem składki, i chęć kontynuowania przez nią dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz złożenie przez tę osobę oświadczenia, iż nie będzie dochodziła zwrotu składek na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne uiszczonych wprawdzie po terminie wygaśnięcia poprzedniej umowy i ustania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz wniesionych za miesiące ujęte w nowej umowie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (A. Sidorko, Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych pod red. A. Pietraszewska – Macheta, LEX 2015).

W niniejszej sprawie pozwany nie zaległ z płatnością składki za okres dłuższy niż miesiąc, ale nie pokrył on wynikającej z tego tytułu należności do dnia rozwiązania umowy tj. do dnia 16 października 2006 r. Powyższa składka została przez niego zapłacona dopiero w dniu 18 stycznia 2007 r. Ponadto nawet jeżeli przyjąć, iż umowa pomiędzy stronami była nadal kontynuowana to należałoby wskazać, że również w późniejszym okresie pozwany opłacał składki nieregularnie w szczególności za miesiące: wrzesień, październik, listopad 2006 r. i styczeń 2007 r. Powyższe okoliczności w swoich zeznań potwierdził również sam pozwany. W ocenie Sądu takie zachowanie pozwanego, który nieterminowo uiszczal składki nie może świadczyć o tym, że jego wolą było kontynuowanie ubezpieczenia. Tym bardziej, że miał on świadomość konsekwencji wynikających z tytułu opóźnień w zapłacie składek, albowiem twierdził, że znał i rozumiał treść zawartej w 2004 r. umowy.

Pozwany zarzucał, że zawsze w przypadku opóźnień w zapłacie zwracał się do powoda oraz ZUS o potwierdzenie ważności łączącej strony umowy. Powyższe nie znalazło jednak odzwierciedlenia w zgromadzonym w aktach sprawy materiale dowodowym. Nie przedstawił on żadnego wniosku potwierdzającego, że rzeczywiście zwracał się do powoda z prośbą o kontynuację umowy oraz, iż takie potwierdzenie otrzymał, a zgodnie z art. 6 k.c. to na pozwanym ciążył obowiązek wykazania powyższej okoliczności. Pozwany nie składał też żadnego oświadczenia o tym, iż nie będzie dochodził zwrotu uiszczonych po terminie wygaśnięcia umowy składek na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. W ocenie Sądu to pozwany, który swoim zachowaniem doprowadził do wygaśnięcia zawartej przez strony umowy, jeżeli chciał w dalszym ciągu podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu powinien był wystąpić z odpowiednim wnioskiem mającym na celu zawarcie kolejnej umowy. Wobec powyższego należy uznać, że zawarta przez powoda z pozwanym umowa o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym wygasła w dniu 17 października 2006 r. tj. w dniu następującym po miesiącu nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

W tym miejscu odnieść się należy do zarzutu pozwanego naruszenia art. 68 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, że umowa zawarta między powodem a pozwanym obowiązywała nadal w oparciu o przepis art. 60 k.c., albowiem świadczone pozwanemu nieprzerwanie usługi medyczne. Istotnie na podstawie przepisów o których mowa szerzej w dalszej części uzasadnienia, świadczeniodawcy wykonywali usługi na rzecz pozwanego a w tym nastąpiło przeprowadzenie zabiegów z dziedziny kardiologii, nastąpił wykup leków refundowanych, aczkolwiek powyższe następowało w sytuacji, gdy po pierwsze pozwany miał pełną świadomość, iż umowa zawarta z powodem już nie obowiązuje i nie zawarto skutecznie umowy kolejnej, a po drugie wszystkie czynności medyczne i usługi realizowano zgodnie z przepisami ustawy tj. po okazaniu stosownych dokumentów – w szczególności ostatniego dowodu opłaty składki za ubezpieczenie, co nie świadczyło automatycznie o woli powoda do zawarcia z pozwanym kolejnej umowy, bądź kontynuowania dotychczasowej. Tak w ocenie Sądu orzekającego należy interpretować zachowanie powoda na mocy obowiązujących wówczas i aktualnie przepisów cytowanej ustawy. Skoro wymóg przedstawienia przez pozwanego dowodu opłaty ostatniej składki i umowy został spełniony, to NFZ nie miał podstaw do odmowy refundacji poniesionych przez świadczeniobiorców kosztów opieki medycznej, zwłaszcza, że ZUS zgodnie z przepisami ewidencjonuje wpłaty składek w ten sposób, że nie uwidaczniają one opóźnienia w ich ponoszeniu przez osobę, która zawarła umowę ubezpieczenia. W ocenie Sądu nie było w przedmiotowej sprawie dorozumianego przyzwolenia na leczenie przez powoda, a jedynie wykonywanie obowiązków przez świadczeniodawców zgodnie z przepisami obowiązujących ustaw wobec pozwanego, za które powód zapłacił.

Należy również wskazać, że ZUS nie był podmiotem kompetentnym do potwierdzenia ważności łączącej pozwanego z powodem umowy. Pozwany zawarł umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ. Z umowy tej wynikało,

że pozwany miał uiszczać składki na ubezpieczenie zdrowotne za pośrednictwem właściwego ze względu na jego miejsce zamieszkania Oddziału ZUS, który równocześnie miał zajmować się ich ewidencjonowaniem. Powyższy zapis umowy odpowiada treści art. 87 ust. 4 pkt 1 u. o. ś. z. zgodnie, z którym składki na ubezpieczenie zdrowotne uiszczane przez osoby podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Jednocześnie z przepisu tego nie wynika, iż ZUS ma obowiązek przekazywania do NFZ informacji odnośnie opóźnienia w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. W praktyce wygląda to w ten sposób, że ZUS wysyła jedynie NFZ dane ubezpieczonego potwierdzeniem opłaconej składki, ale nie uwzględnia w tym wykazie kiedy de facto ubezpieczony tą składkę zapłacił i czy nastąpiło to w terminie, czy już po jego przekroczeniu, a zatem wywieść z tego należy, że NFZ wbrew argumentacji pozwanego nie miał obowiązku badać, czy umowa z pozwanym nadal obowiązuje, a jedynie płacił za świadczenia, których udzielili po uprzedniej weryfikacji dokumentów ubezpieczenia pozwanego świadczeniodawcy. Skoro pozwany za każdym razem legitymował się w/w dokumentami i potwierdzał fakt ubezpieczenia twierdząc, że umowa obowiązuje to świadczenie te otrzymywał.

Pozwany twierdził, że o łączącej strony umowie świadczył również fakt, że nigdy w przychodniach, szpitalach oraz ZUS nie zgłaszano zastrzeżeń co do jego ubezpieczenia, a powód zawsze udzielał mu świadczeń medycznych. Ponadto wskazał on, że część z udzielonych mu świadczeń była uzasadniona z uwagi na konieczność ratowania życia i obecne dochodzenie zwrotu kosztów tych świadczeń jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Zgodnie z art. 2 ust.1 pkt. 1) u.ś.o.z. do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo m.in. osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Powyższe świadczenia udzielane są za pośrednictwem świadczeniodawców. Zgodnie z definicją zawartą w art. 5 pkt 41 u.ś.o.z. są nimi: podmioty wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, inne osoby fizyczne, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Z powyższego wynika, że to nie NFZ zajmował się bezpośrednim udzielaniem pozwanemu świadczeń opieki zdrowotnej i to nie on przed wykonaniem tych świadczeń weryfikował ubezpieczenie pozwanego.

W tym miejscu należy omówić sposób w jaki na przestrzeni ostatnich lat odbywał się proces weryfikacji ubezpieczenia pacjentów. Do końca 2012 r. z uwagi na nie wydawanie przez NFZ karty ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczony był obowiązany przy korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej przedstawić każdorazowo dokument, który potwierdzał jego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Sytuacja prawna w tym zakresie uległa zmianie od 1 stycznia 2013 r. wskutek wejścia w życie nowelizacji dokonanej ustawą z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zgodnie z którą przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających ubezpieczenie zdrowotne nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie dwa następujące warunki:

- 1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu lub prawa jazdy (ewentualnie legitymacji szkolnej w przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia),
- 2) świadczeniodawca (np. przychodnia, szpital) lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji leków uzyska drogą elektroniczną z NFZ potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Od początku 2013 r. świadczeniodawca, dysponując jedynie numerem PESEL pacjenta, może drogą elektroniczną uzyskać natychmiastowe potwierdzenie jego uprawnień do korzystania ze świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Potwierdzenie to odbywa się w drodze weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie danych zgromadzonych w (...) (Centralny Wykaz (...)) prowadzonym przez NFZ. Powyższy wykaz zawiera natomiast dane otrzymane przez NFZ z ZUS i KRUS. NFZ w celu umożliwienia świadczeniobiorcom prawa

do elektronicznego potwierdzania prawa do świadczeń uruchomił ogólnopolski system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców, zwany w skrócie (...) (A. Sidorko, Komentarz do ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych pod red. A. Pietraszewska –Macheta, LEX 2015).

Aktualnie zasadą jest, więc potwierdzanie prawa do świadczenia opieki zdrowotnej przy pomocy dokumentu elektronicznego generowanego w systemie (...) poprzez udostępnioną przez Fundusz aplikację dostępową. Jednocześnie w przypadku, gdy elektroniczne potwierdzenie będzie niemożliwe lub nie uzysk się potwierdzenia osoba uprawniona może przedstawić jeden z dotychczasowych dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada złożyć pisemne oświadczenie o przysługującej jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 6 u.ś.o.z.).

W niniejszej sprawie powód dochodzi zwrotu kosztów udzielonych pozwanemu świadczeń medycznych i refundacji leków za okres od 16 czerwca 2008 r. do 31 grudnia 2012 r., a więc mających miejsce jeszcze przed 1 stycznia 2013 r. Jednocześnie sam pozwany w swoich zeznaniach wskazywał, że każdorazowo przed udzieleniem mu świadczenia medycznego przedstawiał dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie tj. przede wszystkim dowód opłacenia ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Dodatkowo w przypadku problemów z weryfikacją jego danych podpisywał on również oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczenia opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 50 ust. 15 u.ś.o.z. NFZ nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie albo żądać od osoby uprawnionej zwrotu kosztów do wystawienia recept refundowanych zwrotu kosztów refundacji, pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała produkt leczniczy na podstawie recepty, jeżeli świadczeniodawca uzyskał przewidziane w art. 50 u.ś.o.z. potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjenta, o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej albo umowy zawartej z osobą uprawnioną do wystawienia recept refundowanych.

Jednak w sytuacji gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń 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 lub innego dokumentu
- 2) potwierdzenia prawa do świadczeń poprzez eWUŚ osób, o których mowa w art. 52 ust. 1 u.ś.o.z., tj. osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP na podstawie przepisów o koordynacji
- 3) złożenia oświadczenia o prawie do korzystania ze świadczeń

osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia (art. 50 ust. 16 u.ś.o.z.) przy czym dochodzenie tych należności obciąża NFZ.

Zważyć w tym miejscu należy, że w/w art. 50 wprowadzony został do ustawy z dnia 01 stycznia 2013 r. ustawą z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. z 2012 r., poz. 1016. Jednakże od dnia 29 września 2007 r. (do dnia 01 stycznia 2013 r.) obowiązywał analogiczny w brzmieniu i przesłankach art. 49 ust. 8 w/w ustawy, który zobowiązywał osobę, która utraciła prawo do świadczeń, do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń. Zatem na podstawie w/w przepisu, odnoszącego się do okresu spornego wskazanego przez powoda, pozwany M. W. obowiązany był do zwrotu świadczeń mu udzielonych przez świadczeniodawców, a które to koszty poniósł powód w wysokości przez siebie wykazanej.

Pozwany powoływał się również na fakt, że świadczenia zdrowotne zostały mu udzielone w stanach nagłych, a obecne dochodzenie od niego zwrotu kosztów tych świadczeń pozostaje w sprzeczności z zasadami współżycia społecznego.

W pierwszej kolejności należy przywołać treść art. 68 ust. 1 Konstytucji RP. Przepis ten przewiduje, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ustęp 2 tego artykułu zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia równego dostępu do

świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Konstytucja odsyła w tym względzie do ustawy, która winna sprecyzować warunki na jakich ma odbywać się świadczenie usług zdrowotnych. W aktualnym stanie prawnym ustawą regulującą zasady i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2011r. W okresie objętym przedmiotową umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały też (do dnia 1.07.2011r.) przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Obie wymienione tu ustawy – pierwsza w art. 15, druga w art. 7, przewidywały obowiązek podmiotu leczniczego do udzielenia świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia. Obowiązki podmiotu leczniczego związane z przyjęciem pacjenta w stanie nagłym uregulowane są również w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, w art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

„Stan nagły” został zdefiniowany w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z tym zapisem, przez stan nagły należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała albo utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne wykonywane są bez skierowania i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zawartej ze świadczeniodawcą umowy. Warunków takich nie spełnia wykonanie wprawdzie niezbędnych, ale wcześniej zaplanowanych zabiegów w uzgodnionym z pacjentem terminach.

Dochodzona przez powoda kwota z tytułu pokrytych kosztów leczenia oraz refundacji leków obejmuje okres od 16 czerwca 2008 r. do 31 grudnia 2012 r. Tymczasem pozwany w niniejszej sprawie na okoliczność wykazania udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych załączył jedynie dwie karty leczenia szpitalnego jedną z 2010 r. obejmującą okres od 18 sierpnia 2010 r. do 23 sierpnia 2010 r., a drugą z 2012 r. obejmującą okres od 6 marca 2012 r. do 8 marca 2012 r. Również w art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. wskazano, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r. za stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na gruncie u.ś.o.z. przyjmuje się stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem jest uszkodzenie funkcji lub uszkodzenia ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Wymagań tych zasadni zasadniczo nie spełnia wykonanie czynności wprawdzie niezbędnych, ale podjętych w zaplanowanym wcześniej i uzgodnionych z pacjentem terminach, gdy ponadto z innych przyczyn nie zachodzi konieczność udzielenia świadczeń przez tego świadczeniodawcę. Działanie w warunkach nagłych ze swej istoty ma w zasadzie charakter jednorazowy (nawet gdy mieści w sobie szereg czynności) nie zaś charakter ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonymi terminami jej zakończenia (wyrok SN z dnia 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14).

W świetle powyższe nie sposób przyjąć, że pozwany w 2010 r. i 2012 r. został poddany leczeniu szpitalnemu w warunkach nagłych. Z krat tych nie wynikało, aby był on przyjmowany w trybie „pilnym” czy „nagłym” czy w stanie zagrażającym jego życiu.

W karcie leczenia szpitalnego z 2010 r. wskazano, że pozwany został przyjęty do Szpitala z uwagi na dolegliwości dławicowe. Jednocześnie z zeznań świadka E. C. (2) tj. lekarza wypełniającego kartę nie wynikało czy pozwany został skierowany na leczenie szpitalne w warunkach nagłych czy w wyniku skierowania od lekarza. Świadek wyjaśniła, iż powyższe okoliczności można by było ustalić na podstawie historii choroby. Jednak pozwany nie załączył do akt sprawy przedmiotowego dokumentu, a przecież zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał na nim. Tymczasem z karty informacyjnej z 2012 r. wynikało, że pozwany został przyjęty do Szpitala w celu przeprowadzenia koronarografii co wskazuje, że nie był podjęty w stanie nagłym.

Na marginesie należy jedynie wskazać, że przed dniem 1 stycznia 2013 r. prawo do przedmiotowych świadczeń potwierdzała karta ubezpieczenia zdrowotnego, którą ubezpieczony miał obowiązek przedstawić, co do zasady, niezwłocznie, nie później niż do siedmiu dni od zakończenia udzielenia świadczenia, zaś w stanach nagłych do 30 dni od rozpoczęcia udzielenia świadczenia. Stosownie do art. 50 ust. 4 ustawy (w brzmieniu sprzed 1 stycznia 2013 r.) w razie nie przedstawienia dokumentu, o którym mowa wyżej, w powyższych terminach, świadczenie udzielone było na koszt świadczeniobiorcy. Odpowiednikiem tego przepisu jest obowiązujący od 1 stycznia 2013 r. przepis art. 50 ust. 11 ustawy, który stanowi, że w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje 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 efekcie nawet, jeżeli przyjąć, że pozwany korzystał ze świadczeń opieki zdrowotnej nie posiadając ubezpieczenia zdrowotnego, w świetle art. 50 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu na dzień udzielenia usługi medycznej (którego odpowiednikiem jest aktualnie obowiązujący art. 50 ust.11), zobowiązany jest on do zapłaty za świadczone na jego rzecz usługi medyczne.

W ocenie Sądu w niniejszej sprawie nie ma też podstaw do zastosowania art. 5 k.c. Pozwany w chwili składania oświadczenia o prawie do korzystania ze świadczeń nie był osobą działającą w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń. Na ulgowe traktowanie zasługiwałoby on w sytuacji, kiedy brak prawa do świadczeń wynikałoby z działania (zaniechania) innych podmiotów niż on sam, czyli np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku, gdyby pozostawał w stosunku pracy. W niniejszej sprawie powyższa okoliczność nie miała jednak miejsca. Pozwany, który z opóźnieniem uiszczał składki na ubezpieczenie zdrowotne znał i rozumiał konsekwencje wynikające z powyższego zachowania. Zatem musiał się on liczyć z tym, że zwarta przez niego umowa mogła ulec wygaśnięciu.

Reasumując należy wskazać, że w wyniku opóźnienia w płatności składek w dniu 17 października 2006 r. wygaśnięciu uległa łącząca powoda z pozwanym umowa o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Pozwany pomimo dalszego mniej lub bardziej regularnego uiszczania na swoje konto w ZUS składek z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nie wystąpił z wnioskiem o zawarcie kolejnej umowy. Nie przedstawił też żadnych dowodów w sprawie na okoliczność, że strona powodowa zapewniła go o kontynuacji umowy, i że po opłaceniu kolejnych (bez zachowania ciągłości i terminów wynikających z zawartej umowy) składek będzie mógł dalej korzystać z w/w świadczeń bezpłatnie. Jednocześnie w okresie od 16 czerwca 2008 r. do 31 grudnia 2012 r. korzystał on ze świadczeń opieki medycznej oraz refundacji leków finansowanych przez NFZ. Jak ustalono w okresie tym nie zostało podjęte wobec niego żadne leczenie w „stanie nagłym”. Z kolei powód z tytułu udzielonych w tym okresie świadczeń poniósł łączne koszty w wysokości 43.843,48 zł, co udowodnił załączoną do pozwu dokumentacją, a pozwany wysokości tej nie kwestionował.

W jednym ze swoich pism procesowych powód w odpowiedzi na podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia wskazał, że podstawą dochodzenia przez niego zwrotu powyższych kosztów stanowią przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu, których termin przedawnienia wynosi 10 lat.

W tym miejscu należy wskazać, 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 NFZ 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 niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że przepisy u.ś.o.z. zgodnie z tym co wskazano już powyżej przewidywały zarówno przed dniem 1 stycznia 2013 r. jak i po tej dacie możliwość dochodzenia przez powoda zwrotu kosztów udzielonego

świadczenia opieki zdrowotnej od osoby, która złożyła oświadczenia o prawie do korzystania z tego świadczenia, a której to świadczenie nie przysługiwało.

Stąd w niniejszej sprawie znajdują zastosowanie przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu. Zgodnie z art. 405 k.c. kto bez podstawy uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Pozwany nie był już bowiem w momencie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, tym samym nie istniała żadna podstawa prawna do udzielania tych świadczeń przez powoda. Innymi słowy powód pokrył te koszty za pozwanego i zmniejszył w ten sposób jego pasywa.

W odniesieniu do terminu przedawnienia należy wskazać, że jedynie w odniesieniu do roszczeń wynikających z przepisu art. 50 ust. 13 u.ś.o.z. znajduje zastosowanie 5 – letni termin przedawnienia. Z przepisu tego wyraźnie wynika, że termin ten dotyczy takich sytuacji, gdy świadczenie zostało udzielone mimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (np. dokumentem). Termin ten 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. Oznacza to, że nie można przyjąć, by pięcioletni termin przedawnienia miał zastosowanie również do roszczenia wynikającego z obecnego art. 50 ust. 16 cyt. ustawy (wcześniej art. 49 ust. 8 w/w ustawy), a zgodnie z art. 118 k.c. należałoby uznać, iż do takich roszczeń znajduje zastosowanie dziesięcioletni termin przedawnienia.

Powód dochodzi zwrotu kosztów pokrytych przez siebie świadczeń zdrowotnych i refundacji leków od dnia 16 czerwca 2008 r. do dnia 12 grudnia 2012 r. Biorąc zatem pod uwagę 10 – letni termin przedawnienia najwcześniejsze z dochodzonych przez powoda roszczeń tj. z dnia 16 września 2008 r. przedawniłoby się dopiero w dniu 16 czerwca 2018 r. Należy jednak zważyć, że w dniu 14 października 2013 r. został wniesiony pozew co zgodnie z art. 123 k.c. doprowadziło do przerwania biegu terminu przedawnienia.

Wobec powyższego należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 43.843,48 zł o czym orzeczono w pkt I wyroku.

Zgodnie z art. 481 k.c. jeżeli 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 (§1). Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe. Jednakże gdy wierzytelność jest oprocentowana według stopy wyższej niż stopa ustawowa, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy (§2).

Zatem należało od kwoty dochodzonej pozwem zasądzić od pozwanego na rzecz powoda zgodnie z żądaniem pozwu odsetki ustawowe od dnia 24 lipca 2013 r. do dnia zapłaty (pkt I wyroku).

Na końcu należy wskazać, że pozwanemu przysługuje zwrot nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 94 ust. 1 u. o.ś.z.). W myśl art. 24 ust. 6a ustawy o ubezpieczeniach społecznych nienależnie opłacone składki podlegają zaliczeniu przez ZUS z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku - na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek, z zastrzeżeniem wynikającym z tego przepisu. Nienależnie opłacone składki podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku. Jeżeli nienależnie opłacone składki nie zostaną zwrócone w określonym terminie, podlegają oprocentowaniu w wysokości równej odsetkom za zwłokę pobieranym od zaległości podatkowych, od dnia złożenia wniosku. Nienależnie opłacone składki ulegają przedawnieniu po upływie 5 lat, licząc od dnia: otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6b oraz opłacenia składek, w przypadku braku zawiadomienia, o którym mowa w ust. 6b.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, w myśl której strona przegrywająca sprawę jest obowiązana zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia spraw. Na koszty poniesione przez stronę powodową złożyła się opłata od pozwu w wysokości 2193 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w osobie radcy prawnego w wysokości 2400 zł, ustalone zgodnie z § 6 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Łącznie z tytułu kosztów procesu Sąd zasądził solidarnie od pozwanych na rzecz powoda kwotę 4610 zł.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji.

ZARZĄDZENIE

1. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem proszę doręczyć pełnomocnikowi strony powodowej k. 127 a.s. oraz pełnomocnikowi pozwanego ad. 1 i pełnomocnikowi pozwanego ad. 2;
2. wnioski pełnomocników pozwanych o uzasadnienie wyroku złożyć a/a;
3. kal. 21 dni lub z wpływem apelacji.