

## UZASADNIENIE

W dniu 05 marca 2014 r. – data stempla pocztowego, powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki z siedzibą w W. wniósł o zasądzenie od pozwanego M. W. kwoty 19.015,53 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 02 września 2013 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (pozew k. 1-5).

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 26 maja 2007 r. zawarł z pozwanym umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Powyższa umowa wygasła w dniu 16 lipca 2009 r. z uwagi na niezapłacenie przez pozwanego w terminie tj. do dnia 15 czerwca 2009 r. składki za maj 2009 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 19.015,53 zł.

W dniu 29 stycznia 2015 r. tut. Sąd wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym zgodnie z żądaniem pozwu (nakaz zapłaty, k. 30).

W dniu 17 lutego 2015 r. pozwany złożył sprzeciw od nakazu zapłaty wydanego w postępowaniu upominawczym. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu (sprzeciw od nakazu zapłaty, k. 38-41).

W uzasadnieniu pozwany potwierdził, że w 2007 r. zawarł z powodem umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego i opłacił składkę za maj 2009 r. w terminie, co wynikać ma z dołączonej do pozwu listy wpłat zidentyfikowanych. Pozwany wyjaśnił również, że powód poinformował go o wygaśnięciu w 2009 r. przedmiotowej umowy dopiero pismem z lipca 2013 r. W jego ocenie zachowanie powoda przez dalszy okres opłacania przez niego składek na ubezpieczenie zdrowotne wskazywało na to, iż strony nadal łączy umowa. Przede wszystkim podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie negowały jego uprawnienia do korzystania z tychże świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Powód otrzymując za pośrednictwem ZUS składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne zawsze decydował się wykonywać na rzecz pozwanego świadczenia zdrowotne.

Stanowiska procesowe stron nie uległy zmianie (protokół rozprawy, k. 145-146 v.).

### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 17 maja 2007 r. pozwany M. W. złożył wniosek o objęcie go od dnia 17 maja 2007 r. dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. W dniu 28 maja 2007 r. Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w W. (zwany dalej: MOW NFZ) zawarł z pozwanym M. W. 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, 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.

Dyrektor MOW NFZ decyzją z dnia 23 maja 2007 r. wyraził zgodę na odstąpienie od pobrania od pozwanego opłaty dodatkowej w wysokości 4.106,67 związanej z zawarciem w/w umowy (decyzja, k. 110).

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 17 maja 2007 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 (okoliczność niesporna, umowa nr (...) dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z wnioskiem o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ k. 102-105; zeznania pozwanego k.146).

W imieniu pozwanego umowę zawarła jego matka Z. W. na mocy stosownego upoważnienia. Pozwany pobieżnie zapoznał się z treścią umowy, w czasie zawierania przedmiotowej umowy oczekiwał na zabieg i przyjęcie do szpitala, postawiona została pozwanemu diagnoza lekarska, która była dla pozwanego dużym przeżyciem emocjonalnym. Zgadzając się na warunki umowy pozwany wiedział jakie są terminy płatności składek, miał świadomość konsekwencji wynikających z nieterminowego opłacenia składek polegających w szczególności na wygaśnięciu umowy (upoważnienie, k. 107; zeznania pozwanego, k. 146).

Składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego za okres od maja 2007 r. do kwietnia 2009 r. pozwany opłacał za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ustalonym przez strony terminie, przy czym składkę zadeklarowaną przez pozwanego jako składka za maj 2009 r., uiszczoną w dniu 15 czerwca 2009 r., zaewidencjonowano jako składkę należną za kwiecień 2009 r., ponieważ brak było opłaty za kwiecień 2009 r. Konsekwentnie, składkę zadeklarowaną jako składka za czerwiec 2009 r., uiszczoną w dniu 28 lipca 2009 r. zaewidencjonowano jako składkę należną za maj 2009 r., a więc uiszczona została po terminie płatności.

W dniu 16 lipca 2009 r. wygasła zawarta pomiędzy stronami umowa o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Następnie w dalszym okresie od sierpnia 2009 r. do maja 2013 r. pozwany nadal uiszczał za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na rzecz powoda kolejne składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego obejmujące łącznie okres do lutego 2013 r. Również i w tym okresie pozwany uiszczał składki w różnych odstępach czasu, w tym nieterminowo: składka za wrzesień 2010 r. została opłacona w dniu 18 listopada 2010 r., składka za październik 2010 r. została opłacona w dniu 16 grudnia 2010 r., składka za grudzień 2010 r. została opłacona w dniu 18 lutego 2011 r., składka za styczeń 2011 r. została opłacona w dniu 24 marca 2011 r., składka za luty 2011 r. została opłacona w dniu 20 kwietnia 2011 r., składka za marzec 2011 r. została opłacona w dniu 01 czerwca 2011 r., składka za kwiecień 2011 r. została opłacona w dniu 07 lipca 2011 r., składka za maj 2011 r. została opłacona w dniu 29 lipca 2011 r., składka za grudzień 2011 r. została opłacona w dniu 29 lutego 2012 r., składka za styczeń 2012 r. została opłacona w dniu 20 marca 2012 r., składka za maj 2012 r. została opłacona w dniu 25 lipca 2012 r., składka za czerwiec 2012 r. została opłacona w dniu 17 września 2012 r., składka za lipiec 2012 r. została opłacona w dniu 24 września 2012 r., składka za wrzesień 2012 r. została opłacona w dniu 13 grudnia 2012 r., składka za październik 2012 r. została opłacona w dniu 16 stycznia 2013 r., składka za grudzień 2012 r. została opłacona w dniu 12 marca 2013 r., składka za luty 2013 r. została opłacona w dniu 08 maja 2013 r. Jednocześnie pozwany nie uiścił składek za kwiecień 2009 r., czerwiec 2011 r., marzec 2012 r., sierpień 2012 r., listopad 2012 r., styczeń 2013 r. Nie odnotowano żadnych wpłat za marzec 2013 r. i dalszych (lista wpłat zidentyfikowanych, k. 15-21, zeznania świadka H. K., k. 145 v.; zeznania pozwanego, k. 146).

W okresie od 19 kwietnia 2010 r. do 07 maja 2010 r. pozwany przebywał w Samodzielnym Publicznym (...) Szpitalu (...) w W. przy ul. (...), gdzie wykonano mu zabieg ethmoidektomii z odbarczeniem stożka oczodołu oraz zatoki jamistej. Następnie w dniach 19 maja 2010 r. i 04 maja 2011 w/w placówka udzieliła pozwanemu dwóch porad specjalistycznych w zakresie otolaryngologii. W okresach od 03 stycznia 2012 r. do 16 stycznia 2012 r. ponownie pozwany był hospitalizowany w w/w placówce w celu przeprowadzenia kompleksowych zabiegów nosa. Ponadto w dniu 17 stycznia 2012 r. pozwany dokonał zakupu refundowanego leku (karta informacyjna, k. 45; zestawienie udzielonych świadczeń zdrowotnych, k. 22; lista zrealizowanych recept, k. 23; zeznania pozwanego, k. 146).

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 odmową 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 przedłożenia i okazania 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.

Pozwany przed korzystaniem z każdej usługi medycznej okazywał stosowne kwity potwierdzające opłacenie przez niego ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne (zeznania pozwanego, k. 146).

Koszty związane z korzystaniem przez pozwanego ze świadczeń zdrowotnych poniesionych przez MOW NFZ w okresie od 13 sierpnia 2009 r. do 31 grudnia 2012 r. wyniosły 19.002,00 zł, a koszty refundacji leków poniesione przez MOW NFZ we wskazanym okresie wyniosły 13,53 zł (lista zrealizowanych recept i zestawienie świadczeń zdrowotnych, k. 22; lista zrealizowanych recept refundowanych, k. 23).

W dniu 07 sierpnia 2013 r. powód wystawił pozwanemu notę księgową obciążeniową nr (...) wzywając go do uiszczenia łącznej kwoty 19.015,53 zł z tytułu poniesionych przez niego w/w kosztów w terminie 14 dni. Powyższa nota została doręczona pozwanemu w dniu 16 sierpnia 2013 r. (nota księgową obciążeniową RE/06/06/2013, k. 24; zwrotne potwierdzenie odbioru, k. 25).

Pismem doręczonym pozwanemu w dniu 01 października 2013 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma kwoty 19.015,53 zł wynikającej z noty księgowej obciążeniowej nr (...) (przesądowe wezwanie do zapłaty, k. 26; zwrotne potwierdzenie odbioru k. 27).

Pozwany zwracał się do powoda z prośbą o kontynuację umowy z powodem w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem powyższego było jednak uiszczenie tzw. opłaty dodatkowej za przerwę w ubezpieczeniu, z której to przy zawieraniu umowy z 2007 r. pozwany został zwolniony. Pozwany dwukrotnie wnioskował do powoda o odstąpienie od pobrania tejże opłaty, co spotkało się z decyzjami odmownymi, wobec niewykazania przez pozwanego jego ciężkiej sytuacji finansowej. Mimo pozytywnego rozpatrzenia wniosku pozwanego o rozłożenie opłaty dodatkowej na raty, pozwany rat tych nie uiszczał, w konsekwencji czego, z winy pozwanego nie doszło do zawarcia kolejnej umowy (pisma dyrektora MOW NFZ, k. 82-84, k. 130-131, k. 135; zeznania świadka H. K., k. 145 v.; zeznania pozwanego, k. 146).

Obecnie od dnia 11 lipca 2014 r. pozwany objęty jest obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w związku z zatrudnieniem na umowę o pracę. Płatnikiem składek jest jego matka, Z. W. (pismo powoda, k. 96-100).

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

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

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka H. K. w całości, gdyż były one logiczne i znalazły potwierdzenie w zebranych w sprawie materiale dowodowym.

Sąd dał wiarę zeznaniom pozwanego w całości z wyjątkiem tego, że do momentu otrzymania pisma od powoda z dnia 23 lipca 2013 r. nie wiedział o tym, iż jego umowa wygasa. Pozwany, choć jak twierdzi, pobieżnie zapoznał się z treścią umowy, ale zgodził się z jej warunkami, to należy uznać, iż miał świadomość konsekwencji wynikających z opóźnienia w zapłacie składek, stąd trudno przyjąć, iż nie wiedział o wygaśnięciu umowy. Wskazać w tym miejscu należy, iż o tym, że pozwany miał świadomość wygaśnięcia umowy z 2007 r. świadczy fakt, iż ubiegał się on o zawarcie kolejnej umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo jako uzasadnione, zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie było ustalenie czy pozwany pomimo opóźnienia w zapłacie składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne za maj 2009 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, na 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 opłacaniu 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 17 maja 2007 r. złożył wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ i następnie w dniu 28 maja 2007 r. zawarł 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 opłacaniu składek lub w przypadku nieopłacenia w wyznaczonym terminie kolejnej raty opłaty. Na podstawie tak zawartej umowy pozwany do marca 2009 r. uiszczal we wskazanym terminie składki z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast składkę za maj 2009 r. opłacił on dopiero w dniu 28 lipca 2009 r. podczas, gdy zgodnie z umową oraz przepisami u.o.ś.z. powinien był uiścić ją do dnia 15 czerwca 2009 r.

Pozwany kwestionował opóźnienie w zapłacie składki, wskazywał, że po wygaśnięciu umowy 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 udzielał mu świadczeń medycznych 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 opłacaniem jednej ze składek

na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne i uiściła tę składkę już po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek, a następnie pomimo powyższego spóźnienia w opłaceniu składki uiszczala następne składki w terminie. Uiszczenie składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu 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 uiszczala 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).

Z listy wpłat zidentyfikowanych wynika, iż pozwany w dniu 15 czerwca 2009 r. uiścił opłatę tytułem składki zadeklarowanej przez niego jako składka na maj 2009 r., jednak co wykazała strona powodowa oraz co potwierdziły zeznania świadka H. K., składka ta została prawidłowo zaewidencjonowana jako składka za poprzedni nieopłacony dotąd miesiąc, tj. za kwiecień 2009 r. Pozwany nie przedstawił jakiegokolwiek dowodu na okoliczność terminowej wpłaty składki za miesiąc kwiecień 2009 r. Konsekwentnie zatem składkę uiszczoną przez pozwanego w dniu 28 lipca 2009 r. zadeklarowaną przez pozwanego jako składka za czerwiec 2009 r., powód zarachował na poczet nieopłaconej składki za maj 2009 r. Pozwany uiścić powinien ją w terminie do dnia 15 lipca 2009 r. Powyższej opłaty dokonał zatem uchybiając wskazanemu w umowie terminowi, co doprowadziło do wygaśnięcia umowy w dniu następnym, tj. 16 lipca 2009 r.

Ponadto, nawet jeżeli przyjąć, iż umowa pomiędzy stronami była nadal kontynuowana to należałoby wskazać, że również w późniejszym okresie pozwany opłacał składki nieregularnie bądź za pewne okresy nie uiszczal ich w ogóle. Powyższe okoliczności w swoich zeznaniach potwierdził również sam pozwany, przyznając, iż opłacał składki wówczas, gdy pozwalała mu na to sytuacja finansowa. Wbrew twierdzeniom pozwanego, w ocenie Sądu takie zachowanie pozwanego, który nieterminowo uiszczal składki nie może świadczyć o tym, że jego wolą było kontynuowanie ubezpieczenia. Uznać należy natomiast, iż miał on świadomość konsekwencji wynikających z tytułu opóźnień w zapłacie składek, albowiem twierdził, że choć pobieżnie zapoznał się z treścią umowy zawartej w 2007 r., to jednak zgodził się na jej warunki.

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, co zresztą uczynił, wystąpić z odpowiednim wnioskiem mającym na celu zawarcie kolejnej umowy, ale i uiścić opłatę dodatkową, do której został zobowiązany. Do zawarcia nowej umowy jednak nie doszło, a to wskutek nieuiszczenia opłaty dodatkowej. Wobec powyższego należy uznać, że zawarta przez powoda z pozwanym umowa o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym wygasła w dniu 16 lipca 2009 r., tj. w dniu następującym po miesiącu nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

W tym miejscu odnieść się należy do zarzutu pozwanego, że umowa zawarta pomiędzy powodem a pozwanym obowiązywała nadal albowiem świadczone pozwanemu nieprzerwanie usługi medyczne. Istotnie, świadczeniodawcy wykonywali usługi na rzecz pozwanego, a także nastąpił wykup lekarstw 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 z potwierdzeniem opłaconej składki, ale nie uwzględnia w tym wykazie kiedy de facto ubezpieczony tę składkę zapłacił i czy nastąpiło to w terminie, czy już po jego przekroczeniu. Zatem wywieść z tego należy, że NFZ nie miał obowiązku badać, czy umowa z pozwanym nadal obowiązuje, a jedynie płacił za świadczenia, których udzielono po uprzedniej weryfikacji dokumentów ubezpieczenia świadczeniodawcy. Skoro pozwany za każdym razem legitymował się w/w dokumentami to świadczenia te otrzymywał.

Pozwany twierdził, że o łączącej strony umowie świadczył fakt, że nigdy podmioty świadczące usługi medyczne nie zgłaszały zastrzeżeń co do jego ubezpieczenia, a powód zawsze udzielał mu świadczeń medycznych.

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 niewydawanie 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 uzyska 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 13 sierpnia 2009 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.

Dochodzona przez powoda kwota z tytułu pokrytych kosztów leczenia oraz refundacji leków obejmuje okres od 13 sierpnia 2009 r. do 31 grudnia 2012 r.

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 zasługiwałby on w sytuacji, kiedy brak prawa do świadczeń wynikałby 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 zawarta przez niego umowa mogła ulec wygaśnięciu.

Reasumując należy wskazać, że w wyniku opóźnienia w płatności składek w dniu 16 lipca 2009 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 zawarł z powodem kolejnej umowy. Jednocześnie w okresie od 13 sierpnia 2009 r. do 31 grudnia 2012 r. korzystał on ze świadczeń opieki medycznej oraz refundacji leków finansowanych przez NFZ. Z kolei powód z tytułu udzielonych w tym okresie świadczeń poniósł łączne koszty w wysokości 19.015,53 zł, co udowodnił załączoną do pozwu dokumentacją, a pozwany wysokości tej nie kwestionował.

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.s.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.

Wobec powyższego należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 19.015,53 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 wiarygodność 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 02 września 2013 r. do dnia zapłaty (pkt I wyroku). W tym miejscu wskazać należy, iż powód nie dokonał w niniejszej sprawie skutecznej modyfikacji powództwa do protokołu rozprawy z dnia 10 września 2015 r. – k. 87 a.s., tj. żądając odsetek ustawowych od dnia 31 sierpnia 2013 r. do dnia zapłaty, w miejsce wskazanych w pozwie tj. od dnia 2 września 2013 r. Modyfikacja żądania jest skuteczna bowiem tylko kiedy wyrażona zostanie na piśmie i doręczona stronie przeciwnej. W niniejszej sprawie strona powodowa takiej formy nie zachowała. Brak skutku modyfikacji żądania powoduje, iż Sąd był związany żądaniem powoda zawartym w pozwie i jego uzasadnieniu – art. 321 k.p.c. Skoro powód żądał odsetek od daty późniejszej o dwa dni niż data wymagalności to Sąd tym żądaniem był związany, wobec nieskutecznej zdaniem Sądu modyfikacji żądania (poprzez jego rozszerzenie).

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. W niniejszej sprawie przegrany jest strona pozwana – M. G.. Natomiast art. 102 k.p.c. przewiduje w uzasadnionych wypadkach możliwość zasądzenia od strony przegranej tylko części kosztów albo nieobciążania jej kosztami w ogóle. Oceniając całokształt okoliczności Sąd nie znalazł podstaw do orzekania na podstawie art. 102 k.p.c. Podstawą orzeczenia o kosztach była ogólna zasada wyrażona w art. 98 k.p.c.

Na koszty poniesione przez stronę powodową złożyła się opłata od pozwu w wysokości 951 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w osobie radcy prawnego w wysokości 2.400 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 od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.368 zł (pkt II wyroku).

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji.

## ZARZĄDZENIE

1. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem proszę doręczyć pełnomocnikowi strony powodowej;
2. wniosek o sporządzenie uzasadnienia orzeczenia złożony jak wynika z systemu currenda przez pełnomocnika pozwanego w dniu 7.12.2015 r. przedstawić s ref do decyzji;
3. kal. 21 dni lub z wpływem apelacji.