

Sygn. akt II Ca 773/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 grudnia 2012r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Jerzy Dydo

Sędziowie: SO Barbara Nowicka

SO Longina Góra

Protokolant: Agnieszka Ingram

po rozpoznaniu w dniu 4 grudnia 2012r. w Świdnicy

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) **Centrum Medycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej S.A. w P.**

przeciwko **M. S.**

o zapłatę 1.866,08 zł

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Rejonowego w Kłodzku

z dnia 28 sierpnia 2012r., sygn. akt I C 131/12

I. zmienia zaskarżony wyrok, w ten sposób, że zasądza od pozwanego M. S. na rzecz strony powodowej (...) Centrum Medycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej S.A. w P. kwotę 1.866,08 (tysiąc osiemset sześćdziesiąt sześć 08/100 zł) z ustawowymi odsetkami od dnia 23 września 2011r. oraz 647 zł kosztów procesu, a w pozostałej części powództwo oddala;

II. zasądza od pozwanego na rzecz strony powodowej 394 zł kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 773/12

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 28 sierpnia 2012r. Sąd Rejonowy w Kłodzku oddalił powództwo (...) Centrum Medycznego, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w P. przeciwko M. S. o zapłatę 1.866,08 zł.

Sąd Rejonowy ustalił, że z dniem 1 października 2004r. M. S. zawiesił działalność gospodarczą prowadzoną pod firmą (...) Handel Artykułami Przemysłowymi i Wielobranżowymi Usługi (...) w P. o czym powiadomił Urząd Skarbowy w K..

W dniu 26 listopada 2008r. pozwany otrzymał skierowanie do szpitala powódki od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na oddział neurologiczny lub wewnętrzny z rozpoznaniem objawów sugerujących guza dołu czaszki, choroby kręgow szyjnych i dzwonięcie (szum) w uszach. Pozwany był hospitalizowany przez stronę powodową od

27 do 29 listopada 2008r. W trakcie pobytu w szpitalu był poddany badaniom, których łączny koszt wyniósł 859zł. Należność za każdy dzień pobytu w szpitalu wyniosła 487,04 zł. Pozwany był hospitalizowany dwa dni. W okresie od 27 do 29 listopada pozwany figurował w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. jako osoba ubezpieczona. Jednocześnie w ZUS w tym okresie nie figurował jako osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego. Pozwany został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez małżonkę K. S. z dniem 2 grudnia 2008r.

Strona powodowa obciążyła pozwanego fakturą VAT z 5 grudnia 2008r. na kwotę 1866,08 zł płatną do 19 grudnia 2008r. za hospitalizację.

Przy takich ustaleniach faktycznych Sąd Rejonowy oddalił powództwo wskazując, że strona powodowa była co do zasady, z wyłączeniem stanów nagłych, zobowiązana do uzależnienia prawa do świadczeń od przedstawienia przez pozwanego dokumentów, o których mowa w art. 50 ust. 1 i art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2008.164.1027 ze zm.) Zaniedbując te obowiązki nie może przerzucać na pozwanego skutków własnych uchybień, gdyż takie postępowanie jest zakazane przez art. 5 kc i musi być oceniane jako niedozwolone nadużycie prawa.

Zdaniem Sądu w przedmiotowej sprawie stan zdrowia pozwanego nie był nagły i niespodziewany i nie wymagał natychmiastowej reakcji ratującej życie, nie uzasadniał więc zastosowania art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Jeśli jednak strona powodowa stoi na stanowisku udzielenia mu świadczeń w warunkach art. 7 wyżej wymienionej ustawy to powinna domagać się zapłaty w ramach kontraktu z NFZ.

Niezależnie od powyższego Sąd Rejonowy roszczenie powódki ocenił jako sprzeczne z zasadami współzycia społecznego i nadużycie prawa w rozumieniu art. 5 kc biorąc pod uwagę niedopuszczalność zawarcia z pozwanym umowy przez przystąpienie, oczywisty brak uprzedzenia go o wysokiej odpłatności za hospitalizację, objęcie pozwanego ubezpieczeniem już 2 grudnia 2008r. jako małżonka ubezpieczonego, zaniechanie poszukiwania odpłatności za hospitalizację w inny sposób oraz zezwolenie na korzystanie ze świadczeń medycznych mimo braku udokumentowania uprawnień do korzystania z nich ze środków publicznych.

Powyższy wyrok zaskarżyła strona powodowa zarzucając mu obrazę przepisów prawa materialnego poprzez oczywiście błędną ich wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 50 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez jego niezastosowanie i w konsekwencji obciążenie powoda kosztami świadczeń udzielonych pozwanemu; art. 67 ust. 3 ustawy przez jego niezastosowanie polegające na błędnym przyjęciu, że zgłoszenie członka rodziny do Funduszu uprawniające go do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych może nastąpić w dowolnym momencie; art. 5 kc poprzez jego zastosowanie i uznanie, że żądanie zapłaty za udzielone osobie nieuprawnionej do bezpłatnej opieki medycznej świadczenie jest nadużyciem prawa podmiotowego.

Wskazując na te zarzuty wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa, ewentualnie o jego zmianę i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu.

Sąd Okręgowy rozpoznając apelację oparł się na ustaleniach faktycznych Sądu Rejonowego, które są uzasadnione zebrany w sprawie materiałem dowodowym i zważył co następuje:

Apelacja podlegała uwzględnieniu.

Słusznie zarzuca jej autor, iż zaskarżony wyrok zapadł z obrazą przepisów prawa materialnego wymienionych w apelacji, w szczególności art. 50 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. Nr 184 poz. 1027 z 2008r. ze zm.) – dalej u. ś. o. z.

Stosownie do art. 50 ust. 1 u. ś. o. z. osoba ubiegająca się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązana przedstawić przed każdym skorzystaniem ze świadczenia dokument potwierdzający jej uprawnienia do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, a zwłaszcza dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

To na pacjencie ciąży obowiązek wykazania, że jest uprawniony do skorzystania w danym dniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących w ramach ubezpieczenia. Zatem nieuprawnione jest stanowisko Sądu Rejonowego, iż to na stronie powodowej ciążył obowiązek uzyskania powyższych dokumentów od pozwanego przed rozpoczęciem udzielania mu świadczeń.

W razie nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia w terminach określonych w ust. 2 i 3 art. 50 u. ś. o. z. świadczenie zostaje udzielone na koszt osoby z niego korzystającej. Oznacza to, że osoba ubiegająca się o świadczenie nie przedstawiając np. szpitalowi dowodu ubezpieczenia musi liczyć się z tym, iż kosztami udzielonych świadczeń nie zostanie obciążony NFZ ale ona. Art. 50 ust. 6 u. ś. o. z. przewiduje możliwość przedstawienia przez świadczeniobiorcę dowodu ubezpieczenia w późniejszym terminie niż data udzielenia mu świadczenia a wówczas świadczeniodawca nie może odmówić zwolnienia go z kosztów udzielonego świadczenia, ale pod warunkiem, że w czasie udzielenia świadczenia był uprawniony do uzyskania bezpłatnych świadczeń.

Z niewadliwych ustaleń Sądu I instancji wynika, że pozwany prowadził działalność gospodarczą, którą zawiesił 1 października 2004r.

Zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt. 1c u. ś. o. z. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby prowadzące działalność pozarolniczą, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Oznacza to, że w okresie zawieszenia działalności przedsiębiorca nie podlega ubezpieczeniu społecznemu i tym samym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tego tytułu.

W tym czasie przedsiębiorca nie ma obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu tej działalności.

Jako ubezpieczonych należy traktować stosownie do art. 2 u. ś. o. z. zarówno osoby, które opłacają składkę na obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne jak i członków rodzin takich osób w tym małżonka (art. 3 i 5 pkt. 3 u. ś. o. z.). Natomiast zgodnie z art. 67 ust. 1 u. ś. o. z. obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do NFZ oraz opłaceniu składki na ubezpieczenie. Dopiero po zgłoszeniu do NFZ osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 2 u. ś. o. z.).

Skoro żona pozwanego K. S. zgłosiła go do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny z dniem 2 grudnia 2008r. , a nie wykazał on w toku procesu swoich uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z innego tytułu w dniach od 27 do 29 listopada 2008r. to nie było podstaw do oddalenia powództwa.

Pozwany nie był w tym czasie osobą uprawnioną do bezpłatnej opieki medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Tym samym Sąd Rejonowy błędnie uznał, że roszczenie powódki oparte na przepisie art. 50 ust. 4 u. ś. o. z. stanowi nadużycie prawa i jako takie nie powinno korzystać z ochrony w świetle art. 5 kc.

Wobec powyższego Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok, stosownie do przepisu art. 386 § 1 kpc, w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz strony powodowej kwotę 1.866,08 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 23 września 2011r. oraz 647 zł kosztów procesu na podstawie art. 98 kpc. Oddalił powództwo o zapłatę odsetek ustawowych za okres od 20 grudnia 2008r. do 22 września 2011r., bowiem strona powodowa nie wykazała kiedy doręczyła pozwanemu fakturę VAT nr (...) z terminem zapłaty do 19 grudnia 2008r. oraz wezwania do zapłaty należności wynikającej z tej faktury.

W tej sytuacji Sąd Okręgowy zasądził odsetki od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu w tej sprawie.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzekł zgodnie z art. 98 kpc w zw. z art. 391 § 1 kpc.