

Sygn. akt II Ca 801/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 grudnia 2012r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Barbara Nowicka

Sędziowie: SO Aleksandra Żurawska

SO Piotr Rajczakowski

Protokolant: Alicja Marciniak

po rozpoznaniu w dniu 6 grudnia 2012r. w Świdnicy

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) im. dra A. S.

w W.

przeciwko R. L.

o zapłatę 2.448zł

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Rejonowego w Wałbrzychu

z dnia 20 sierpnia 2012r., sygn. akt I C 1124/12

oddala apelację.

Sygn. akt. II Ca 801/12

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 20 sierpnia 2012 roku Sąd Rejonowy w Wałbrzychu oddalił powództwo (...) im. dra A. S. w W. przeciwko R. L. o zapłatę kwoty 2448 zł.

Sąd Rejonowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 14 października 2010 r. pozwany R. L. został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy (...) Szpitala im. (...) w W. z powodu dolegliwości brzusznej. Świadczenie udzielone pozwanemu stanowiło świadczenie ratujące życie. Pozwany R. L. przebywał w szpitalu do dnia 18 października 2010 r.

Z dniem 29 września 2010 r. pozwany R. L. utracił status osoby bezrobotnej i został wykreślony z ewidencji osób bezrobotnych decyzją Starosty (...). Na skutek wniosku (...) Szpitala im. (...) w W.- Prezydent Miasta W. decyzją z dnia

17 grudnia 2010 r. odmówił R. L. potwierdzenia prawa pozwanego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków , jako osobie innej niż ubezpieczeni.

(...) Szpital im. (...) w W. z uwagi na odmowę ubezpieczenia pozwanego R. L. przez Prezydenta Miasta i dodatkowo na skutek nie przedstawienia przez pozwanego dokumentu ubezpieczenia w terminie 7 dni od daty leczenia, wystawił pozwanemu fakturę oraz wezwał go do zapłaty kwoty 2448 zł w terminie 7 dni.

Rozważając tak ustalony stan faktyczny, Sąd Rejonowy oddalił powództwo wskazując, że zgodnie z art. 2 ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tj. Dz. U.2008 r. Nr 164,poz.1027 ze zm.) 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, zwane „ubezpieczonymi”. W myśl zaś art. 66 ust 1 pkt 24 ustawy obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Ponadto, w myśl art. 73 pkt. 7 ww ustawy obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego a wygasa z dniem utraty tego statusu. Zgodnie z art. 67 ust 4 ustawy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

Pozwany R. L. decyzją Starosty (...) z dnia 30 września 2010 r. utracił status osoby bezrobotnej z dniem 29 września 2010 r. i z tego powodu wprawdzie nie podlegał po dniu 29 września 2010 r. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego oraz nie został również objęty prawem do świadczeń zdrowotnych jako osoba inna niż ubezpieczony to jednak zgodnie z powołanym powyżej art. 67 ust 4 ustawy jeszcze przez 30 dni od ustania obowiązku ubezpieczenia przysługiwało mu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższy przepis prowadzi bowiem do uznania, że pozwany miał prawo korzystać z tych świadczeń do dnia 29 października 2010 r.

Pozwany wprawdzie nie dostarczył stronie powodowej, jako świadczeniodawcy, zgodnie z art. 50 ust. 1,2 i 3 ustawy dokumentu, z którego wynikałoby objęcie go ubezpieczeniem zdrowotnym – po wykreśleniu jako osoby bezrobotnej, to jednakże prawo pozwanego do korzystania ze świadczeń zdrowotnych było stronie powodowej znane. Jak bowiem wskazuje sama strona powodowa, decyzją Prezydenta Miasta W. odmówiono pozwanemu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, która to decyzja została wydana na podstawie postępowania wszczętego na jej wniosek. Z uzasadnienia tej decyzji wynika, że pozwany został wyrejestrowany z ewidencji osób bezrobotnych z dniem 29 września 2010 r., a to w powiązaniu z treścią art. 67 ust. 4 ustawy wskazuje, że strona powodowa sama powinna ustalić, iż pozwanemu przysługuje nadal prawo do świadczeń zdrowotnych (przez jeszcze 30 dni). I o ile wprawdzie w myśl art. 50 ust. 1,2 i 3 ustawy świadczeniobiorca powinien przedstawić kartę ubezpieczenia społecznego w terminach wskazanych w tych przepisach to jednak co najważniejsze dla oceny powództwa zgodnie z art. 50 ust 6 ustawy późniejsze przedstawienie dokumentu nie może stanowić odmowy zwolnienia z kosztów udzielonego świadczenia albo ich zwrotu. Treść powyższego przepisu jest zaś jasna i nie może budzić żadnych wątpliwości , że jeżeli tylko świadczeniobiorca wykaże, iż miał prawo korzystać ze świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego to nie ma on obowiązku za te świadczenia płacić nawet gdy prawo to wykaże po upływie wymaganego terminu.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona powodowa zarzucając mu:

- naruszenie prawa materialnego, a to przepisu art. 50 ust. 4 w zw. z ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jednolity Dz.U. nr 164, poz. 1027 z 2008 .) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, poprzez uznanie, że przedłożenie przez pozwanego dokumentu ubezpieczenia po dwóch latach od udzielenia świadczenia, zwalnia go od obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia.

- naruszenie prawa materialnego, a to przepisu art. 67 ust 4 w związku z art. 50 ust4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tekst jednolity Dz.U.164, poz. 1027 z 2008 r.) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, poprzez uznanie, że sam fakt bycia ubezpieczonym w czasie udzielenia świadczenia, zwalnia pozwanego od obowiązku przedłożenia dokumentu ubezpieczenia i wykazania faktu bycia nim objętym w tym czasie

- błędne ustalenia sądu mające wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, poprzez przyjęcie, że to na powodzie ciąży obowiązek ustalenia czy osoba, która korzysta ze świadczenia jest ubezpieczoną i z jakiego tytułu,

Wskazując na powyższe zarzuty wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości ewentualnie o :

uchylenie tego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, pozostawiając rozstrzygnięcie w zakresie kosztów postępowania Sądowi I instancji.

Sąd Okręgowy rozpoznając apelację oparł się na ustaleniach faktycznych Sądu Rejonowego, które podzielił jako uzasadnione, zebranych w sprawie materiałem dowodowym, podzielił też rozważania prawne tego Sądu i zważył co następuje:

Apelacja jest niezasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Chybiony jest zarzut strony powodowej dotyczący naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisów prawa materialnego, a mianowicie przepisu art. 50 ust. 4 w zw. z art. 50 ust 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. Nr164 poz. 1027 z 2008 r. ze zm.) dalej u.ś.o.z. poprzez uznanie, że przedłożenie przez pozwanego dokumentu ubezpieczenia po upływie terminów określonych w ust 2 i 3 ustawy od udzielenia świadczenia zwalnia pozwanego od kosztów udzielonego świadczenia. Jak słusznie wskazał Sąd Rejonowy strona powodowa miała wiedzę na temat prawa pozwanego do korzystania ze świadczeń zdrowotnych już w grudniu 2010 r. Okoliczność powyższa wynikała bowiem z decyzji Prezydenta Miasta W. z dnia 17 grudnia 2010 r. (wydanej na skutek postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek strony powodowej). Z uzasadnienia w/w decyzji wynika, że z dniem 29 września 2010 r. pozwany został wyrejestrowany z ewidencji bezrobotnych. Strona powodowa jako publiczny zakład opieki zdrowotnej a w związku z tym mająca wiedzę o przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinna wiedzieć, że zgodnie z art. 67 ust. 4 u.ś.o.z. pozwanemu przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jeszcze przez okres trzydziestu dni po utracie statusu bezrobotnego a więc do dnia 29 października 2010 r. Pozwany przebywał w placówce zdrowotnej strony powodowej w okresie od 14 do 18 października 2010 r. a więc miał wówczas prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Skarżąca wystawiła pozwanemu fakturę za leczenie szpitalne w dniu 31 grudnia 2010 r. z terminem płatności do 31 stycznia 2011 r. Zatem jej zarzuty, że na skutek nie uiszczenia przez pozwanego dochodzonej w niniejszym postępowaniu kwoty do końca roku 2010 nie mogła rozliczyć się z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie otrzymała zwrotu kosztów udzielonego świadczenia są niezasadne.

Nietrafny jest także zarzut naruszenia przepisu art. 67 ust 4 w zw. z art. 50 ust 4 u.ś.o.z. Wprawdzie zgodnie z art. 50 ust. 1 u.ś.o.z. świadczeniobiorca jest zobowiązany przedstawić dokument potwierdzający jego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej jednakże świadczeniodawca w przypadku nie udokumentowania tego prawa powinien zobowiązać go do złożenia oświadczenia, że jest ubezpieczony i zobowiązać go do przedstawienia dowodu ubezpieczenia w określonym terminie. Powódka tego nie uczyniła a jedynie wystawiła mu fakturę za udzielone świadczenie dysponując już wówczas informacją o tym, że pozwany był w okresie hospitalizacji uprawniony do bezpłatnych świadczeń.

Ponadto przepis art. 50 ust 6 u.ś.o.z. stanowi, że późniejsze przedłożenie dokumentu nie może stanowić odmowy zwolnienia od kosztów udzielonego świadczenia albo ich zwrotu i nie wskazuje żadnego terminu do przedłożenia dokumentu ubezpieczenia. W interesie powoda jako profesjonalisty było ustalenie uprawnień pozwanego do świadczeń finansowanych ze środków publicznych by zapewnić sobie zwrot środków jego leczenia. Tym samym zarzut dotyczący błędnych ustaleń faktycznych sądu w tym zakresie jest niezasadny.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 kpc oddalił apelację.