

Sygn. akt: III C 1358/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 lutego 2016 roku

Sąd Rejonowy Szczecin – Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie w III Wydziale Cywilnym w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Szymon Stępień

Protokolant: Mariusz Toczek

po rozpoznaniu w dniu 23 lutego 2016 roku w Szczecinie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Publicznego Szpitala (...) w S.

przeciwko R. R. (2)

o zapłatę

oddala powództwo.

Sygn. akt III C 1358/15

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 23 lutego 2016 roku

wydanego w postępowaniu uproszczonym

Pozwem z dnia 18 lipca 2013 roku powód (...) Publiczny Szpital (...) w S. zażądał zasądzenia od pozwanej R. R. (2) na swoją rzecz kwoty 306 złotych wraz z odsetkami oraz rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

W uzasadnieniu pozwu podał, że udzielił pozwanej świadczeń zdrowotnych, przy czym pozwana nie okazała dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Nakazem zapłaty z dnia 9 października 2013 roku, wydanym w postępowaniu upominawczym, Sąd Rejonowy Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie orzekł o obowiązku zapłacenia przez pozwaną na rzecz powoda kwoty 306 złotych wraz z odsetkami ustawowymi oraz kwoty 107 złotych tytułem kosztów postępowania.

Powyższemu nakazowi zapłaty pozwana sprzeciwiła się, zaskarżając go w całości, co doprowadziło do utraty jego mocy. Podniosła, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, posiadała uprawnienia do korzystania ze środków publicznych.

W pozostałym zakresie strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód (...) Publiczny Szpital (...) w S. udziela świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Okoliczność bezsporna, a nadto:

- umowa, k. 10-19;

Dnia 23 czerwca 2010 roku pozwana R. R. (2) (ówcześnie W.-S.) została przyjęta na II Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantologicznej powodowego (...) Publicznego Szpitala (...) w S.. W czasie do 24 czerwca 2010 roku pozwana była hospitalizowana z powodu infekcji układu moczowego. W trakcie hospitalizacji wykonano badania laboratoryjne i zastosowano leczenie zachowawcze. Łączna wartość udzielonych świadczeń wyniosła 306 złotych.

Okoliczność bezsporna, a nadto:

- protokół przyjęcia, k. 7;
- karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 8;
- umowa, k. 10-19;

W chwili udzielania świadczeń pozwana była zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny ubezpieczonego J. R..

Dowód:

- zaświadczenie, k. 62;

Dnia 5 lipca 2010 roku powód wystawił fakturę VAT nr (...), w której stwierdził zobowiązanie pozwanej w wysokości 306 złotych z tytułu hospitalizacji.

Dowód:

- faktura, k. 20;

Pismem z dnia 27 sierpnia 2010 roku powód wezwał pozwaną do uiszczenia kwoty 311,65 złotych, na którą składały się: koszt hospitalizacji w wysokości 306 złotych oraz upomnienia w wysokości 5,65 złotych. Następnie pismem z dnia 9 stycznia 2013 roku powód wezwał pozwaną do zapłaty kwoty 306 złotych w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania.

Okoliczność bezsporna, a nadto:

- wezwania do zapłaty, k. 21-24;

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się nieuzasadnione.

Żądanie pozwu zostało oparte na podstawie art. 50 ust. 4 ustawy 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 roku, nr 164, poz. 1027 ze zm.), zgodnie z którym w razie nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia lub decyzji wójta w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.

W takim stanie rzeczy powód winien był wykazać, że zostały udzielone pozwanej świadczenia opieki zdrowotnej oraz wartość tych świadczeń. W ocenie sądu okoliczności te były bezsporne. W takiej sytuacji jedynie posiłkowo dowodem na te okoliczności były: protokół przyjęcia do szpitala, karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z załącznikami. Łączny koszt udzielonych świadczeń wyniósł 306 złotych.

W toku procesu pozwana podniosła, że w chwili udzielania świadczeń była zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego. Fakt ten wynika z przedstawionego przez nią zaświadczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 6 marca 2015 roku, z którego wynikało, że w okresie od 26 stycznia 2009 roku do 1 marca 2011 roku pozwana została zgłoszona

dla celów ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny ubezpieczonego J. R.. Zgodnie z treścią art. 50 ust. 6 przywołanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (w stanie prawnym w chwili udzielania świadczeń) późniejsze niż przewidziane w określonych ustawą terminach przedstawienie dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w art. 50 ust. 4, albo ich zwrotu. Wykładnia tego przepisu wskazuje na to, że świadczeniobiorca jest zwolniony od ponoszenia kosztów udzielonych świadczeń w rozumieniu art. 50 ust. 4 przywołanej ustawy, jeżeli przedstawi dowód potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne nawet wówczas, gdy nastąpi to po upływie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń, zaś w razie uiszczenia tych kosztów – stanowi podstawę ich zwrotu. Zwrócić należy uwagę na to, że ustawodawca nie przewidział terminu, w jakim dokument ten winien zostać przedstawiony, by doszło do zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku ponoszenia kosztów udzielonych świadczeń. Oznacza to, że może on zostać przedstawiony w każdym czasie, zaś jego skutek determinowany będzie dyspozycją wynikającą z art. 50 ust. 6 tej ustawy.

Co prawda art. 50 przywołanej ustawy został znowelizowany i w obecnym brzmieniu w art. 50 ust. 12 ustawodawca przewidział roczny termin na przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, jednak w ocenie sądu okoliczność ta nie ma znaczenia. Zauważyć należy, że obowiązek ponoszenia kosztów udzielonych świadczeń powstaje w czasie ich udzielania, niezależnie od tego, czy ponosi je świadczeniobiorca, czy też udzielane są one ze środków publicznych. W takiej sytuacji normy obowiązujące w tym czasie kształtują powyższe obowiązki. Nadto zauważyć należy, że wspomniana nowelizacja art. 50 związana była ze zmianą w zakresie obowiązku przedstawienia dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana ta wyeliminowała obowiązek przedstawienia dokumentów w razie potwierdzenia tożsamości w oparciu o dowód osobisty oraz złożenia oświadczenia o objęciu świadczeniobiorcy ubezpieczeniem zdrowotnym. Nadto należy zauważyć, że nowelizacja art. 50 przywołanej ustawy, wprowadzająca roczny termin na złożenie dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych lub też oświadczenia, nastąpiła po upływie trzech lat od dnia udzielenia tych świadczeń. W takiej sytuacji prowadziłyby do zmiany obowiązków świadczeniobiorcy przed dniem wejścia jej w życie, gdyż powodowałyby wygaśnięcie terminu do złożenia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jeszcze przed wejściem jej w życie, co byłoby niezgodne z treścią art. 88 konstytucji.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, sąd oddalił powództwo, o czym orzekł jak w sentencji.