

Sygn. I C 914/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 listopada 2015 r.

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Aneta Szalkiewicz – Łosiak
------------------------	--------------------------------

Protokolant: (...)

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2015 r. w Gdańsku

sprawy z **powództwa** Narodowego Funduszu Zdrowia w W.

przeciwko P. B.

o zapłatę

1. oddała powództwo,
2. zasądza **od powoda** (...) w W. na rzecz **pozwanego** P. B. kwotę 2417 zł (dwa tysiące czterysta złotych) tytułem kosztów procesu.

Sygn. akt I C 914/15

UZASADNIENIE

Powód **Narodowy Fundusz Zdrowia w W.** (...) wystąpił przeciwko P. B. o zapłatę kwoty 16.739,18 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 10.07.2012r. do dnia zapłaty, oraz o przyznanie kosztów procesu.

Uzasadniając żądanie powód wskazał, że dochodzona pozwem kwota, którą zapłacił niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, tytułem kosztów świadczeń medycznych udzielonych pozwanemu na terenie (...) w okresie od 08.08.2008r. do 20.08.2008r., oraz w okresie od 25.08.2008r. do 20.10.2008r. (...) wskazał, że w okresie kiedy wykonywane były świadczenia na rzecz pozwanego nie był on zgłoszony do ubezpieczenia, nie był ubezpieczony.

Pozwany wniósł oddalenie powództwa, wskazując iż podjął leczenie w (...) w przekonaniu prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, na podstawie wydanej mu przez (...) (Zwanej dalej (...)). Podniósł także zarzut przedawnienia i wniósł o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu.

Sąd ustalił, następujący stan faktyczny.

P. B. został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny przez żonę od 21.03.2006r. Nie był przez żonę wyrejestrowywany. Od dnia 01.01.2008r. do 31.03.2008r. podlegał ubezpieczeniu w związku z zawarciem umowy zlecenia. Został zgłoszony do ubezpieczenia przez zleceniodawcę.

dowód: pismo k. 32, 33

P. B. w dniu 08.08.2008r. zwrócił się do (...) o wydanie (...) (...) W tym celu, w placówce, w której wydawane są karty, złożył wniosek, w którym wskazał, że jest zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny – mąż M. B.. Do wniosku załączył także zaświadczenie o zatrudnieniu żony i opłaceniu za nią składek na ubezpieczenie społeczne. Wniosek pozwanego poddany został weryfikacji w systemie osób zgłoszonych do ubezpieczenia, która potwierdziła fakt zgłoszenia pozwanego jako członka rodziny do ubezpieczenia. Pozwanemu wydana została (...) na okres do 31.10.2008r.

dowód: wniosek k. 30, zaświadczenie k. 31.

(...) wydawane są na podstawie danych z centralnego wykazu ubezpieczonych, który prowadzony jest przez centralę (...). Dane do wykazu uzyskiwane są m.in. (...)i dotyczą one m.in. faktów zarejestrowania i wyrejestrowania ubezpieczonych. W 2008r. dane aktualizowane były z dużym opóźnieniem, nawet kilku letnim.

dowód: zeznania M. S. k. 153-154.

Podczas pobytu w (...) pozwany w okresie od 08.08.2008r. do 20.08.2008r. korzystał ze świadczeń medycznych. Konieczność skorzystania z pomocy medycznej za granicą wynikała z tego, że pozwany zażył zbyt dużą ilość środków przeciwbólowych, i jego organizm wymagał oczyszczenia, po wykonaniu którego pozwany odbył terapię dla uzależnionych. Koszt leczenia w zakresie w jakim było ono refundowane to 3.883,02 euro. W okresie od 25.08.2008r. do 20.10.2008r. pozwany ponownie korzystał ze świadczeń medycznych niemieckiej placówki zdrowia, których koszt w zakresie w jakim było ono refundowane wyniósł 114,01 euro.

dowód: dokumenty ubezpieczeniowej instytucji niemieckiej k. 12-13, zeznania pozwanego k. 143.

Pozwany został przyjęty do niemieckiej placówki służby zdrowia i udzielono mu świadczeń medycznych, bowiem okazał przy przyjęciu (...) wydaną mu przez powoda. Pozwany musiał zapłacić na rzecz niemieckiej placówki dodatkowo 10 euro, za każdy dzień pobytu, bowiem pacjentów tej placówki obowiązywała zasada współfinansowania świadczeń. Karta była ważna do 31.10.2008r.

dowód: dokumenty ubezpieczeniowej instytucji niemieckiej k. 12-13.

Niemiecka placówka zdrowia, w której pomocy udzielono pozwanemu, przesłała odpowiednią dokumentację do niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, celem rozliczenia kosztów leczenia pozwanego. Następnie niemiecka instytucja ubezpieczeniowa, przesyłając dokumentację do (...) zwróciła się o zapłatę za koszty leczenia pozwanego. (...) zapłacił z tytułu kosztów leczenia pozwanego równowartość na dzień rozliczenia 3997,03 euro, tj. kwotę 16.739,18 zł.

dowód: dokumenty ubezpieczeniowej instytucji niemieckiej k. 12-13, dokumentacja(...)k. 14-24.

Informację, że pozwany w chwili kiedy wydawana była pozwanemu (...), nie był objęty ubezpieczeniem, (...)uzyskał w 2012r.

dowód: pisma k. 25, 32-33.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo nie było zasadne i nie zasługiwało na uwzględnienie.

W nin. postępowaniu powód zażądał od pozwanego zapłaty wskazując, iż pozwem w nin. sprawie domaga się zwrotu świadczenia, które zapłacił na rzecz niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej za leczenie pozwanego w niemieckiej placówce zdrowia, w okresie kiedy pozwany nie był ubezpieczony.

Powód przedstawił podstawę faktyczną żądania, nie wskazał jednak jednoznacznie jaka jest prawna podstawa jego roszczeń, odmiennie określając świadczenie dochodzone od pozwanego i jak odszkodowanie, ale także jako świadczenie nienależne, czy bezpodstawne wzbogacenie.

W związku z powyższym, Sąd dokonał oceny zgłoszonego żądania przez pryzmat regulacji, które odnoszą się do wszystkich powyższych podstaw świadczenia.

Na wstępie należało jednak wskazać na treść przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym na dzień wystąpienia przez pozwanego z wnioskiem o wydanie (...) (zwanej dalej ustawą). Przepisy tej ustawy określały bowiem zasady na jakich udzielane były ubezpieczonym świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w tamtym okresie.

W art. 2 ustawa określała osoby, które są uprawnione do korzystania ze świadczeń z opieki zdrowotnej wskazując, że są nimi osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym i nazywała te osoby „ubezpieczonymi”. W art. 3 ust. 2 pkt. 5 wśród ubezpieczonych ustawa wymieniała tych członków rodzin osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, które same nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia na innej podstawie. Wśród członków rodzin podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu z tego tytułu ustawa wymieniała m.in. małżonka (art. 5 pkt. 3b. ustawy).

Zatem pozwany, który w chwili wystąpienia z wnioskiem o wydanie (...), nie posiadał własnego tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, podlegał temu obowiązkowi jako członek rodziny – mąż M. B., zatrudnionej na podstawie umowy o pracę. Pozwany był więc w dniu 8.08.2008r., w którym złożył wniosek o (...) ubezpieczonym w rozumieniu ustawy.

Ustawa, poza zdefiniowaniem pojęcia ubezpieczonego i określeniem kręgu uprawnionych do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, wskazywała także na określone wymagania, których wypełnienie było konieczne dla uznania, że obowiązek ubezpieczenia został spełniony. Stanowił o tym art. 67 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym - obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 74-76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

W przypadku członków rodzin, obowiązek zgłoszenia, obciążał osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego – czyli w realiach nin. sprawy żonę pozwanego. Dopiero po takim zgłoszeniu ubezpieczony uzyskiwał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 67 ust. 3).

Jednak, dla oceny żądania (...) w realiach nin. sprawy, konieczne jest przytoczenie innych jeszcze przepisów cytowanej ustawy. Pozwany uzyskał bowiem świadczenie medyczne, na podstawie wydanej mu przez powoda (...). Artykuł 51. 1 ustawy w brzmieniu z omawianego okresu, stwierdzał, że (...)wydaje się w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy (...), wydaję się tę kartę na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji.

Wydana pozwanemu karta była więc dokumentem, który potwierdzał wobec niemieckiej placówki medycznej, w której pozwany uzyskał leczenie, jego uprawnienie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa jedynie w sytuacji posłużenia się kartą przez osobę, która utraciła prawo do świadczeń w okresie ważności karty (...) zobowiązywała do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń. (art. 49 ust. 8. ustawy, który odnosi się do posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego lub innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej). Nie przewidywała natomiast takiej sankcji w sytuacji uzyskania świadczeń na podstawie wydanej (...) niezgłoszonemu ubezpieczonemu, któremu – mimo braku zgłoszenia – (...) wydał (...).

Dlatego ocena żądania powoda wymagała analizy w kontekście ogólnych przepisów regulujących stosunki zobowiązaniowe w zakresie określonego stanu faktycznego, przy uwzględnieniu zgłoszonych tytułów żądania tj. odszkodowania, świadczenia nienależnego i bezpodstawnego wzbogacenia.

W ocenie Sądu, nie może być wątpliwości, że w przypadku roszczenia wskazanego w pozwie nie może być mowy o odpowiedzialności kontraktowej, bowiem strony nie łączył stosunek umowny, z którego powód mógłby wywieść odszkodowawcze roszczenie zapłaty przeciwko pozwanemu.

Również – w okolicznościach nin. sprawy – nie było podstaw do uznania deliktowej odpowiedzialności pozwanego. Przyjęcie, że powodowi należy się od pozwanego odszkodowanie, poza wykazaniem faktu poniesienia szkody, wymagało przy tej podstawie udowodnienia tego, że określona szkoda wyniknęła z bezprawnego, zawinionego zachowania sprawcy. Zatem, by powód mógł dochodzić zapłaty od pozwanego na podstawie art. 415 k.c. wykazać musiał, że pozwany bezprawnym, zawinionym zachowaniem doprowadził do uzyskania (...), a następnie – wiedząc, że nie jest do tego uprawnionym – skorzystał, na jej podstawie ze świadczeń medycznych. Tymczasem, jak wynika z dokonanych przez Sąd ustaleń, (...) wydana została pozwanemu, na jego wniosek, ale po dokonaniu przez pracownika (...) weryfikacji podstaw do jej wydania, na podstawie danych, którymi dysponował sam (...). Pozwany poza wnioskiem, okazał autentyczny dokument potwierdzający ubezpieczenie jego żony. Działał w przekonaniu posiadania uprawnień do uzyskania (...), które to przekonanie potwierdzone zostało ustaleniem pracownika (...) po dokonanej weryfikacji. Również wówczas, kiedy pozwany okazywał (...) w niemieckiej placówce medycznej, kiedy uzyskiwał świadczenia medyczne, działał w przekonaniu posiadanych do tego uprawnień. Zwłaszcza, że między chwilą wydania karty a zakończeniem leczenia, nie nastąpiło żadne zdarzenie, które mogłoby mieć wpływ na utratę przez pozwanego prawa do posługiwania się kartą. Zatem przekonanie pozwanego, co do tego, że ma prawo do posługiwania się kartą i uzyskania świadczeń, usprawiedliwiał fakt wydania mu karty, a następnie fakt przyjęcia do placówki i udzielenie świadczeń na jej podstawie. Nie sposób więc zachowaniu pozwanego przypisać cech działania bezprawnego, niezgodnego z prawem czy obowiązującymi normami moralnymi, tym bardziej nie ma podstaw by ocenić je jako zachowanie zawinione w rozumieniu art. 415 k.c. Dlatego nie można uznać, że dochodzona pozwem kwota należy się powodowi jako odszkodowanie, do naprawienia którego zobowiązany jest pozwany.

W ocenie Sądu nie było również podstaw by przyjąć, że pozwany jest zobowiązany wobec powoda do zwrotu świadczenia nienależnego. Powód twierdził, że uiszczona przez niego na rzecz niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej kwota, której równowartości w złotych domaga się od pozwanego, stanowiła świadczenie nienależne, a wywód ten opiera na fakcie, że pozwany nie miał uprawnień do finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce ani za granicą. Jednak sam fakt braku uprawnienia pozwanego do świadczeń zdrowotnych nie ma, w okolicznościach nin. sprawy, rozstrzygającego znaczenie. Pozwany uzyskał pomoc medyczną, za którą zapłacił (...), bowiem w chwili kiedy o tę pomoc się zwrócił do niemieckiej placówki zdrowia, dysponował wydaną przez (...), ważną (...), która potwierdzała jego uprawnienie do

świadczeń medycznych, na takich zasadach jak świadczenia te są wykonywane na rzecz ubezpieczonych w (...). Karta była ważna, więc placówka w (...) zobowiązana przepisami prawa unijnego, udzieliła pomocy pozwanemu. Obowiązek rozliczenia kosztów tej pomocy, obciążający (...), wynikał również z prawa unijnego, z przepisów o koordynacji, o czym zeznawał również świadek. Przywołana regulacja nakazywała ubezpieczeniowej instytucji państwa pochodzenia leczonego zwrot kosztów jego leczenia, a jedynym kryterium podlegającym weryfikacji przy rozliczeniu tych kosztów, był fakt legitymowania się pacjenta (...) i jej ważność w chwili wykonywania świadczeń. Zatem świadczenie, które powód wypłacił niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej za leczenie pozwanego, było świadczeniem należnym tej instytucji.

Poza tym było to świadczenie na rzecz innego podmiotu, nie pozwanego. (...) na rzecz pozwanego żadnego świadczenia nie spełnił. Co więcej, powód świadczył na rzecz instytucji niemieckiej, bowiem był do tego zobowiązany osobiście. Nie płacił za cudzy dług, nie płacił za dług pozwanego. Pozwany, nie był bowiem zobowiązany do zapłaty na rzecz niemieckiej placówki zdrowia, nie zawierał z nią umowy na te świadczenia. Został przyjęty do placówki jako

ubezpieczony, uprawniony do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych. Jedynie dlatego, że był przekonany o posiadanych uprawnieniach do takiego leczenia, zdecydował się na nie.

Powód świadczył więc na rzecz instytucji niemieckiej i jedynie od tej instytucji, w sytuacji gdyby świadczenie nie było jej należne, mógłby domagać się zwrotu z powołaniem na art. 410 k.c.

Wyłączona jest również możliwość przyjęcia odpowiedzialności pozwanego wobec powoda na podstawie art. 518 k.c. Przede wszystkim dlatego, że powód – rozliczając się z instytucją niemiecką - nie płacił za dług osoby trzeciej, za dług pozwanego. Pozwany, jak już na to wskazywano powyżej, nie był dłużnikiem ani placówki zdrowia, w której uzyskał leczenia, ani tym bardziej nie był dłużnikiem niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, na rzecz której powód świadczył. Nie mogło więc dojść do powstania sytuacji, w której w wyniku dokonanej zapłaty na rzecz niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, powód wstąpił w miejsce zaspokojonego wierzyciela i obecnie na tej podstawie może dochodzić zapłaty od pozwanego.

Jak już wspomiano, podstawy żądania powoda nie może stanowić art. 410 k.c., bowiem nie doszło do świadczenia powoda na rzecz pozwanego w rozumieniu przywołanego przepisu. Podkreślić bowiem należy, że kwalifikowana forma bezpodstawnego wzbogacenia jaką jest nienależne świadczenie, zakłada uzyskanie korzyści majątkowej w następstwie świadczenia, czyli zachowania zmierzającego do wykonania oznaczonego zobowiązania. Jeżeli więc określone przesunięcie majątkowe nie jest wynikiem świadczenia, nie może powstać roszczenie o zwrot nienależnego świadczenia (art. 410-411 k.c.) ale, ewentualnie, roszczenie o zwrot bezpodstawnego wzbogacenia na zasadach ogólnych, tj. wynikających z art. 405-409 k.c.

Jednak, w ocenie Sądu, w okolicznościach nin. sprawy nie mamy również do czynienia z istnieniem podstaw do przyjęcia, że pozwany wzbogacił się kosztem powoda. Taka podstawa odpowiedzialności pozwanego wobec powoda, mogłaby zaistnieć jedynie wówczas, gdyby powód - bez podstawy prawnej - wykonał obowiązek ustawowy za pozwanego, ponosząc z tego tytułu wydatki. Tymczasem, jak już było to podkreślane, pozwany nie był zobowiązany wobec żadnej z niemieckich instytucji do zapłaty. Przeciwnie, taki obowiązek obciążał jedynie (...), z którego to obowiązku powód się wywiązał. Pozwany w istocie skorzystał ze świadczenia medycznego, jednak zostało mu ono udzielone na tej podstawie, że wylegitymował się ważną kartą (...). Kartą, która wydana została przez (...) kartą która potwierdzała uprawnienia pozwanego do świadczeń opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych. Pozwany, w wyniku świadczenia powoda na rzecz niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej, nie został więc wzbogacony. Taki stan rzeczy nastąpiłby jedynie wówczas, gdyby pozwany w wyniku zapłaty należności przez (...)zaoszczędził na niezbędnych, koniecznych wydatkach. Taki się nie stało, bowiem świadczenie, za które zapłacił (...) nie było należnością pozwanego, pozwany nie był zobowiązany rozliczyć kosztów leczenia z instytucjami niemieckimi. Nie był im nic winny, więc poprzez zapłatę (...)nie uzyskał żadnej korzyści.

Potwierdzeniem powyższego wywodu jest pośrednio również treść ustawy, a w zasadzie jej art. 49 ust. 8, obowiązujący również obecnie. Przepis powyższy stanowi, że jedynie w sytuacji posłużenia się kartą ubezpieczenia zdrowotnego (...) potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, **która utraciła to prawo w okresie ważności karty**, osoba ta jest obowiązana do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń. W ustawie, tak w brzmieniu obowiązującym w chwili kiedy (...) wydana była pozwanemu, jak również w akcie obecnie obowiązującym, nie ma przepisu, który nakazywałby zwrot kosztów świadczeń udzielonych osobie, na podstawie karty wydanej mimo braku jej zgłoszenia do ubezpieczenia w chwili wdawania dokumentu. Jest tak z pewnością dlatego, że wydanie karty poprzedzone jest weryfikacją uprawnień do jej otrzymania, dokonywaną przecież przez pracownika NFZ, na podstawie danych z centralnego rejestru ubezpieczonych, a w okresie, kiedy kartę otrzymywał pozwany, także dodatkowych dokumentów potwierdzających fakt ubezpieczenia. Przecież pozwany, w chwili kiedy zgłosił się po kartę, poza wnioskiem, w którym wskazał, że jest ubezpieczonym członkiem rodziny, złożył także dokument potwierdzający zatrudnienie jego żony, czyli tytuł jej ubezpieczenia. Na tej podstawie uznano, że pozwany jest ubezpieczonym, uprawnionym do świadczeń i dokument potwierdzający to uprawnienie został mu wydany. Jedynie w sytuacji utraty statusu ubezpieczonego po

wydaniu karty, w okresie jej ważności i mimo to skorzystania ze świadczeń medycznych, ustawa zobowiązuje do zwrotu ich kosztów.

Dlatego też nie znajdując żadnej podstawy prawnej, dla obowiązku zwrotu przez pozwanego dochodzonej przez (...)kwoty, Sąd oddalił powództwo.

Na marginesie można jedynie wskazać, że nawet w sytuacji przyjęcia istnienia po stronie pozwanego obowiązku zapłaty na rzecz powoda dochodzonej pozwem kwoty, to żądanie (...) – w świetle okoliczności nin. sprawy – uznać należałoby jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Powód, jako instytucja publiczna, powołana została do ściśle określonych celów tj. zapewnienia finansowania opieki zdrowotnej osobom ubezpieczonym. W istocie, ustawa dla uzyskania przez ubezpieczonego uprawnień do świadczeń wymagała, w myśl art. 67 ust. 3 jego zgłoszenia, tak jest również obecnie. Jednak, ubezpieczonym w rozumieniu ustawy był już ten, kto podlegał obowiązkowemu ubezpieczeniu, a wśród ubezpieczonych ustawa wymieniała członków rodzin, jeżeli nie byli osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na innej podstawie.

Zatem, pozwany w chwili kiedy była wydawana mu (...), był ubezpieczonym, był osobą podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, zatem był również uprawnionym do świadczeń finansowanych z środków publicznych. Jediną przeszkodą, która w ocenie (...), uniemożliwiła pozwanemu skorzystanie z tych świadczeń było to, że pozwany nie został zgłoszony do ubezpieczenia. W istocie tak było. Jednak nie bez znaczenia, w kontekście omawianego zagadnienia pozostają okoliczności, w jakich powstał obowiązek ponownego zgłoszenia pozwanego do ubezpieczenia a także to, że nie na pozwanym, a na jego żonie, a właściwie jej pracodawcy taki obowiązek spoczywał. Pozwany już w 2006r. został zgłoszony przez żonę do ubezpieczenia jako członek rodziny, i ta podstawa jego ubezpieczenia pozostawała niezmienną do stycznia 2008r. Wówczas pozwany zawarł, na trzy miesiące, umowę zlecenia. Umowę, z której wynikał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego pozwanego, wygaszający ten wcześniejszy, jako członka rodziny. Przy czym, to nie pozwany a zleceniodawca dokonywał zgłoszenia pozwanego, nie informując go zresztą o powyższym. Również to nie pozwany dokonywał wyrejestrowania z ubezpieczenia po zakończeniu umowy zlecenia. Wszystkie te czynności odbyły się poza jego wiedzą i też świadomością. Dlatego w pełni usprawiedliwione było jego przekonanie, że z chwilą zakończenia umowy zlecenia, nadal pozostaje osobą uprawnioną do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, ponownie jako członek rodziny. Przekonanie to jest o tyle usprawiedliwione, że pozwany przecież stale pozostawał ubezpieczonym, był osobą objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, tak przed zawarciem umowy zlecenia, w trakcie jej obowiązywania, jak również po jej zakończeniu. Nie został jedynie ponownie zgłoszony do ubezpieczenia ale nie dlatego, że wiązały się z tym dodatkowe koszty, znaczne trudności, czy innego rodzaju przeszkody. Zgłoszenie pozwanego wymagało właściwie poinformowania przez jego żonę pracodawcy o takiej konieczności. Dlatego, przekonującym było twierdzenie pozwanego, że nie wiedział on o konieczności ponownego zgłoszenia, że jeśli miałby wiedzę w tym zakresie, z pewnością żona dopełniłaby obowiązku. Podkreślenia przy tym wymaga to, że przeświadczenie pozwanego o uprawnieniu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, zostało potwierdzone przez samego powoda, wówczas kiedy wydana została pozwanemu (...). Przed wydaniem dokumentu, weryfikowane było uprawnienie pozwanego do świadczeń, nie tylko na podstawie okazanych przez niego dokumentów, ale także w bazie ubezpieczonych, prowadzonej przez powoda. Przecież wydana karta służyła temu by potwierdzić uprawnienie pozwanego do świadczeń, a fakt jej wydania, a później także udzielone w (...) świadczenia, utwierdziły pozwanego w przekonaniu, że w razie konieczności leczenia, może skorzystać on z pomocy, za którą zapłaci instytucja ubezpieczeniowa. Wskazać także należy na treść informacji załączonej przez powoda do akt nin. postępowania, która wydawana była – jak twierdził (...) – osobie odbierającej (...). W treści tej informacji wymienione są przypadki, w których wygasa uprawnienie do korzystania ze świadczeń ze środków publicznych, po których to przykładach umieszczono zapis, że osobami ubezpieczonymi w(...)są członkowie rodzin zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez ubezpieczonych i, że co do zasady członkowie rodzin posiadają prawo do świadczeń w tym samym okresie, w jakim prawo to przysługuje osobom, które je zgłosiły (k. 126). Tak sformułowane pouczenie, dla przeciętnego adresata tej informacji, niezorientowanego w zawiłościach ustawy, jakim był niewątpliwie pozwany, oznacza tylko tyle, że jeśli został zgłoszony przez małżonka do ubezpieczenia, to może korzystać ze świadczeń, przez cały czas, gdy prawo do takich świadczeń posiada także małżonek. Pozwany wiedział, że został zgłoszony przez żonę do

(...), wiedział również, że żona nadal pracuje w tym samym miejscu, w którym pracowała, kiedy dokonywała zgłoszenia go do ubezpieczenia. Zatem na podstawie tak sformułowanej informacji, nie mógł mieć wątpliwości, że prawo do świadczeń mu przysługuje, a potwierdzeniem tego była wydana karta i faktycznie udzielone świadczenia.

Istotne jest również to, że leczenie, które podjął pozwany w (...), jedynie w pierwszym dniu skierowane było na bezpośrednią pomoc, na oczyszczenie organizmu pozwanego. Później obejmowało terapię dla osób uzależnionych od środków przeciwbólowych, na którą pozwany nie zdecydowałby się w sytuacji konieczności pokrycia jej kosztów z własnych środków.

W kontekście omawianych okoliczności, na uwagę zasługuje obecnie obowiązujący art. 50 ustęp 17 ustawy, który zwalnia z obowiązku zwrotu kosztów leczenia osobę, która mimo braku uprawnień, uzyskała świadczenie medyczne na podstawie pisemnego oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli oświadczenie złożyła w usprawiedliwionym przekonaniu, że takie uprawnienie posiada. Obecnie osoba, która ubiega się o udzielenie jej świadczeń medycznych, w myśl art. 50 ust. 1 zobowiązana jest przedstawić ściśle określone dokumenty, jednak w sytuacji gdy prawa do świadczeń takimi dokumentami nie jest w stanie wykazać, art. 50 ust. 6 ustawy dopuszcza udzielenie takiej osobie świadczeń na podstawie pisemnego oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. W sytuacji udzielania świadczeń na podstawie takiego oświadczenia, mimo faktycznego braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia (art. 50 ust. 16 ustawy). Ustawa przewiduje jednak w ustępie 17 art. 50 zwolnienie z obowiązku pokrycia kosztów, w sytuacji, gdy składający oświadczenie, działał w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Oczywiście powyższy przepis nie może stanowić i nie stanowi podstawy do oddalenia powództwa w nin. sprawie, nie odnosi się do sytuacji, w jakiej świadczeń udzielono pozwanemu, nie obowiązywał w chwili, kiedy świadczenia były mu udzielane, poza tym dla jego realizacji przewidziany jest tryb administracyjny. Jednak powyższy przepis wyznacza kierunek interpretacji przepisów obowiązujących w czasie kiedy pozwanemu wydawana była (...), kiedy pozwany podejmował na podstawie wydanej mu karty leczenie. Z pewnością okoliczności w jakich pozwany ubiegał się o udzielenie mu świadczeń medycznych w (...), w sytuacji wydania mu karty, po dokonaniu weryfikacji jego praw, usprawiedliwiają jego przekonanie, że w chwili kiedy świadczenie było mu udzielane, posiadał do nich prawa. Co więcej, usprawiedliwione było jego przekonanie o uprawnieniu do otrzymania karty (...) kiedy składał wniosek jako ubezpieczony członek rodziny. Przecież był wówczas ubezpieczonym, właśnie na podstawie deklarowanego tytułu, wobec którego nie dopełniono jedynie formalnego aktu zgłoszenia.

Z powyższych względów, a dodatkowo z uwagi na wyjątkowo trudną sytuację osobistą pozwanego, wytoczenie powództwa, gdyby nawet okazało się ono zasadne należy uznać za nadużycie prawa podmiotowego, które zgodnie z art. 5 k.c. nie korzysta z ochrony.

Z tych też względów i na podstawie powołanych przepisów Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.

Sąd rozstrzygając o kosztach postępowania miał na uwadze treść art. art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Koszty pozwanego w nin. postępowaniu to wartość wynagrodzenia za reprezentację przed sądem przez fachowego pełnomocnika w kwocie 2.400 zł. powiększona o kwotę opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

ZARZĄDZENIE

1. (...)
2. (...),
3. (...).