

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 11 stycznia 2021 roku, wydanym w sprawie z powództwa M. T. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi w punkcie pierwszym wyroku zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz powoda M. T. kwotę 1 178,80 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie:

- od kwoty 875,84 zł od dnia 18 maja 2018 roku do dnia zapłaty,
- od kwoty 302,96 zł od dnia 31 maja 2019 roku do dnia zapłaty,

a w punkcie drugim zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz powoda M. T. kwotę 346 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. W punkcie trzecim wyroku został nadany wyrokowi rygor natychmiastowej wykonalności w zakresie kwoty 302,96 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 31 maja 2019 roku do dnia zapłaty.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając go w części w zakresie zasądzenia w pkt 1 wyroku kwoty 875,84 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 maja 2018 roku do dnia zapłaty oraz w zakresie pkt 2 wyroku.

Na podstawie art. 368 § 1 pkt 2 k.p.c. pozwany zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

a) art. 231 k.p.c. przez błędne uznanie, że z ustalonego faktu w postaci wydania przez pozwanego decyzji o umorzeniu postępowania administracyjnego wobec strony tego postępowania tj. M. Ł. wynika skutek w postaci uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego podczas gdy zgodnie z treścią art. 50 ust. 18a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm. – dalej: u.ś.o.z.) fundusz odstępuje od egzekwowania kosztów leczenia udzielonego osobie, która w tym czasie nie była do niego uprawniona, jeżeli jedyną przyczyną braku tego uprawnienia był brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, a osoba dokonała tego zgłoszenia w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego;

b) art. 233§1 k.p.c. i art. 328 §1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanej wybiórczo, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, polegającej na zupełnym pominięciu dla oceny faktu, że z pisma przekazanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P. pismem znak (...) z dnia 2 stycznia 2020 r. oraz pisma znak (...) z dnia 3 stycznia 2020 r., w których ZUS informuje, iż Pani Ł. M., P.: (...) „Brak zgłoszeń ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 01.01.2013 do 31.12.2013 r.” wynikało, iż Pani M. Ł. nie posiadała prawa do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w systemie publicznym w dniach wystawionych przez powoda recept podlegających refundacji;

c) art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanej wybiórczo poprzez przyjęcie, że w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym przez pozwanego wobec M. Ł. o ustalenie obowiązku poniesienia kosztów wystawionych recept w dniach: 31 stycznia 2013 r., 27 maja 2013 r., 5 sierpnia 2013 r., 18 października 2013 r. przez SP ZOZ w S. i umorzeniem tego postępowania, wynika brak podstawy do żądania zapłaty przez powoda kwoty nienależnie zrefundowanych recept, podczas gdy z treści art. 50 ust. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika, iż powód powinien był przyjąć oświadczenie od pacjentki M. Ł. i zweryfikować status ubezpieczenia zdrowotnego pacjentki oraz jej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w postaci zrefundowanych recept, a także zgodność wpisanych przez świadczeniobiorcę danych z dokumentem tożsamości

pacjentki - na oświadczeniu musi znaleźć się pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, podpis osoby przyjmującej oświadczenie oraz data jego złożenia, a ponadto postępowanie administracyjne zostało wszczęte przez pozwanego w przedmiocie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów wystawionych recept podlegających refundacji przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. w dniach 31 stycznia 2013 r., 27 maja 2013 r., 5 sierpnia 2013 r., 18 października 2013 r, natomiast powód udzielił świadczeń w dniach nie objętych tym postępowaniem administracyjnym.

2. naruszenie prawa materialnego tj:

a) art. 355 § 1 k.c. w zw. § 5 ust. 3 umowy nr (...) poprzez ich niezastosowanie konsekwencji nieprzyjęcie, iż powód był zobowiązany ustalić prawo świadczeniobiorcy do świadczeń, w tym uprawnienia do poszczególnych kategorii odpłatności wskazanych w ustawie refundacyjnej;

b) art. 354 § 1 k.c. w zw. z art. 355 § 1 k.c. w zw. z § 5 ust. 3 umowy nr (...) poprzez ich niezastosowanie i w konsekwencji przyjęcie, że pozwany zobowiązany jest do zapłaty żądanej kwoty mimo niedochowania przez powoda obowiązków warunkujących dokonanie przez pozwanego zapłaty za realizowane świadczenia zgodnie z postanowieniami umowy;

c) naruszenie art. 410 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. poprzez ich błędne zastosowanie w sytuacji istnienia po stronie powoda obowiązku przyjęcia oświadczenia od pacjentki M. Ł. i weryfikacji statusu ubezpieczenia pacjenta, zgodnie z treścią art. 50 ust. 15 ustawy o świadczeniach podczas gdy z dokumentów zgromadzonych w sprawie wynika, że powód nie ustalił statusu ubezpieczenia pacjenta i nie przesłał Funduszowi oświadczeń przewidzianych w art. 50 ust. 6 ww. ustawy w konsekwencji czego zostały wystawione przez powoda recepty podlegające nienależnej refundacji ze środków publicznych.

Mając na względzie powyższe pozwany wniósł o:

- zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez oddalenie powództwa w całości;
- zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;
- rozpoznanie sprawy w trybie art. 374 k.p.c. na posiedzeniu niejawnym.

Powód nie zajął stanowiska w przedmiocie złożonej przez pozwanego apelacji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Zdaniem Sądu Okręgowego, wyrok Sądu Rejonowego w zaskarżonej części jest prawidłowy. Podniesione przez apelującego zarzuty nie zasługują na uwzględnienie. Sąd Okręgowy podziela zarówno ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji i przyjmuje je, jako własne, jak i dokonaną ocenę prawną.

Skarżący nie ma racji, iż w przedmiotowej sprawie Sąd I instancji naruszył przepisy prawa procesowego – zarzuty naruszenia przepisów art. 231 k.p.c., 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 1 k.p.c. należy uznać za bezzasadne albowiem skarżący wnioski Sądu I instancji dokonywane na gruncie stosowania prawa materialnego błędnie uznaje za wnioski czynione w ramach ustalania stanu faktycznego.

Należy bowiem podkreślić, iż ocena skutków wydania decyzji o umorzeniu postępowania administracyjnego z dnia 30 stycznia 2018 roku w stosunku do M. Ł., której treść w niniejszym postępowaniu nie była sporna, pozostaje w sferze stosowania prawa i odbywa się na płaszczyźnie prawa materialnego, a nie dokonywania ustaleń faktycznych. Sąd I instancji w toku swojego wyводу nie wiązał wydania w/w decyzji z uzyskaniem przez M. Ł. prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, ale z dokonaniem ustaleniem, iż już od dnia 1 stycznia 2013 roku spełniała ona warunki do zgłoszenia do ubezpieczenia jako członek rodziny, co w świetle art. 67 ust. 1 i 3 w zw. z art. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowej ze środków publicznych (zwanej dalej u.ś.o.z.), przy zgłoszeniu do ubezpieczenia skutkowało wstecznym, za cały okres ubezpieczenia, uzyskaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej i powołał się przy tym na wnioskowanie zawarte w uzasadnieniu wskazanej decyzji. Powyższe wnioskowanie Sądu I instancji, ze zrozumiałych przyczyn nie mogło więc naruszać art. 231 k.p.c., który reguluje dokonywanie ustaleń faktycznych w razie braku bezpośrednich środków dowodowych lub w sytuacji, gdy udowodnienie okoliczności faktycznych jest niezwykle trudne.

W przedmiotowej sprawie nie został również naruszony art. 233 § 1 k.p.c. regulujący jedynie problematykę oceny wiarygodności i mocy (wartości) dowodowej przeprowadzonych w sprawie dowodów, do którego z pewnością nie odnosi się ocena, czy pani M. Ł. posiadała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w systemie publicznym w dniach wystawionych przez powoda recept podlegających refundacji. Powyższej kwestii, co oczywiste, w żadnej mierze nie rozstrzygały pisma przekazane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P. pod znakiem znak (...) z dnia 2 stycznia 2020 r. i pod znakiem (...) z dnia 3 stycznia 2020 r., które informowały jedynie o braku zgłoszenia ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 01.01.2013 do 31.12.2013 r. przez M. Ł., co przecież nie było kwestią sporną. Jest oczywiste, że brak owego zgłoszenia we wskazanym wyżej okresie nie przesądza na gruncie ustaleń faktycznych o braku prawa do refundowanych świadczeń zdrowotnych. Nadanie określonego znaczenia ustalonym faktom, dokonanie oceny tych okoliczności bądź pominięcie ich jako nieistotnych na etapie rozstrzygnięcia sprawy odnosi się już do przyporządkowania (podciągnięcia) stanu faktycznego pod ogólną normę (regulę) prawną czyli subsumpcji określonej normy prawnej tj. stosowania prawa materialnego i nie ma żadnego związku ze stosowaniem do oceny wiarygodności i mocy dowodów (w kontekście dokonywanych ustaleń faktycznych) w/w przepisów. Wnioski wyciągnięte ze wskazanych ustaleń i kwestionowane przez skarżącego podlegają więc ocenie w kontekście zgłoszonych zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego, których naruszenie skarżący również zgłosił w przedłożonej apelacji.

Powyższa ocena odnosi się również do zgłoszonego przez skarżącego zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 1 k.p.c. Nie było bowiem kwestią sporną w przedmiotowej sprawie, iż w przeciwieństwie do postępowania przy wydawaniu recept przez SPZOZ w S. objętych decyzją z dnia 30 stycznia 2018 roku wystawieniu recept przez powoda M. T. pacjentce M. Ł. nie towarzyszyło uprzednie uzyskanie oświadczenia od pacjentki o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, czy też dokonanie przez powoda czynności ustalających ubezpieczenie zdrowotne – powyższe fakty były bezsporne i nie były kwestionowane przez Sąd I instancji. Kwalifikowanie natomiast, tych dwóch niewątpliwie odmiennych stanów faktycznych, na gruncie przepisów prawa z oczywistych względów również nie ma żadnego związku z oceną wiarygodności i mocy (wartości) dowodowej przeprowadzonych w sprawie dowodów, nie może więc naruszać przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Z treści sformułowanego zarzutu nie wynika również w jaki sposób miałby zostać przez Sąd I instancji naruszony art. 328 § 1 k.p.c., który w brzmieniu obowiązującym dotyczy procedury składania wniosku o uzasadnienie wyroku.

Przed przystąpieniem do podniesionych zarzutów prawa materialnego należy wskazać, iż Sąd Okręgowy w pełni podziela rozważania prawne Sądu I instancji, iż w przedmiotowej sprawie dokonanie wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia wyłącza możliwość zastosowania art. 50 ust. 16 i 18 u.ś.o.z. w przedmiotowej sprawie, czyli pacjent zostaje zwolniony z obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 50 ust. 18a. u.ś.o.z. przepisów ust. 16 i 18 nie stosuje się w przypadku dopełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 67 ust. 1 i 3, w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez fundusz o wszczęciu postępowania, o którym mowa w ust. 18. Powyższy przepis stanowi o „dopełnieniu obowiązku”, odwołując się do art. 67 ust. 1 i 3. Z kolei ta ostatnia regulacja w ust. 1 stanowi o spełnieniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. W ust. 3 mowa jest o ciężącym na osobie podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny (określonych w innym przepisie). Skoro ma taki obowiązek, to powinna go skutecznie zrealizować. Zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny dokonuje się wraz ze zgłoszeniem osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Dlatego jeśli dana osoba spełniała warunki do zgłoszenia do ubezpieczenia jako członek rodziny już w dniu zgłaszania do tego ubezpieczenia osoby podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, to już z tą datą powinna zostać zgłoszona do tego ubezpieczenia. Jeżeli takie zgłoszenie

nie nastąpiło w tym dniu, nie powinno to oznaczać, że osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym nie może już zgłosić członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego z tą datą. Skoro bowiem obowiązek zgłoszenia członka rodziny istniał od danej daty, to dokonując zgłoszenia takiej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego, należy wskazać zawsze właśnie tę datę, niezależnie od tego, kiedy następuje zgłoszenie członka rodziny do tego ubezpieczenia. Przyjęcie, że takie rozwiązanie jest niedopuszczalne, oznaczałoby, że obowiązek zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego od określonej daty nie byłby jednak realizowany (A. Sidorko [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018, art. 67.).

W przedmiotowej sprawie jednak należy zauważyć, jeszcze jedną istotną kwestię – ubezpieczona M. Ł. dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia w terminie 30 dni od poinformowania przez fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego, które na wstępnym etapie było przecież prowadzone w stosunku do wszystkich recept wystawionych zarówno przez pozwanego, jak i SP ZOZ w S. przed 2017 rokiem – fakt, iż ostatecznie decyzja objęła jedynie recepty wystawione przez SP ZOZ w S. nie ma już znaczenia, jeśli w takiej sytuacji ubezpieczona nie powinna być w ogóle obciążana kosztami zrefundowanych leków z uwagi na dokonanie zgłoszenia w terminie 30 dni. Jeśli zaś stanąć na stanowisku, iż w związku z brakiem złożenia oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej zachowanie ubezpieczonej M. Ł. nie wypełniało dyspozycji przepisu art. 50 ust. 16 u.ś.o.z., a tym samym nie miał zastosowania przepis art. 50 ust. 18a u.ś.o.z. to w takiej sytuacji w świetle wyżej przedstawionych rozważań dokonanie tzw. „wstecznego” zgłoszenia M. Ł. do ubezpieczenia zdrowotnego na gruncie art. 67 ust. 1 i 3 u.ś.o.z. skutkowało uzyskaniem prawa do świadczeń zdrowotnych, tym samym refundacja udzielona na rzecz pacjentki M. Ł. na leki wskazane w receptach:

- 1) nr (...) o wartości 185,40 zł w dniu 06.05.2013r.,
- 2) nr (...) o wartości 9,02 zł w dniu 06.05.2013r.,
- 3) nr (...) o wartości 428,99 zł w dniu 5.06.2013r.,
- 4) nr (...) o wartości 18,04 zł w dniu 05.06.2013r.,
- 5) nr (...) o wartości 234,39 zł w dniu 12.11.2013 r.,

znajdowała oparcie w w/w przepisach. Powyższe oznaczało więc również, iż od momentu dokonania wstecznego zgłoszenia koszty refundacji leków wskazanych w w/w receptach wystawionych przez M. T. znajdowały oparcie w przepisach prawa i stanowiły realizację prawa do zrefundowanych świadczeń zdrowotnych ubezpieczonej M. Ł. – nie stanowiły szkody pomimo niewątpliwie nienależycie wykonanych przez powoda obowiązków wynikających z umowy nr (...).

Mając powyższe na względzie należy uznać za bezzasadne zarzuty naruszenia przez Sąd I instancji przepisów prawa materialnego podniesione w apelacji. Sąd I instancji bowiem zgodnie z twierdzeniami skarżącego przyjął, iż powód nienależycie wykonał swoje obowiązki umowne wynikające z § 5 ust. 3 umowy nr (...) w ramach których był on zobowiązany ustalić prawo świadczeniobiorcy do świadczeń, w tym uprawnienia do poszczególnych kategorii odpłatności wskazanych w ustawie refundacyjnej, nie można więc uznać, iż naruszył on przepisy art. 354 i 355 k.c. regulujące wykonywanie zobowiązań. Jednakże zrefundowana na skutek tych działań ubezpieczonej M. Ł. kwota 875,84 zł na zakup leków nie spowodowała uszczerbku w majątku pozwanego tj. szkody, gdyż na skutek „wstecznego” zgłoszenia uzyskała ona prawo do refundacji tego świadczenia w kwocie 875,84 zł. Tym samym odpadła więc podstawa do uiszczenia na rzecz pozwanego kwoty 875,84 zł z tytułu nienależytego wykonania umowy w oparciu o art. 471 k.c. (brak szkody), którą powód przelał pozwanemu w dniu 10 stycznia 2018 roku, prawidłowo więc Sąd I instancji zastosował przepisy art. 410 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. nakazując jej zwrot powodowi.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację jako bezzasadną.