

Sygn. akt I ACa 784/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 września 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Grzegorz Krężolek
Sędziowie:	SSA Barbara Górczanowska (spr.) SSA Władysław Pawlak
Protokolant:	st. prot. sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 18 września 2013 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa (...) S.A. w U.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 15 marca 2013 r. sygn. akt I C 2218/12

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 18 września 2013 r.

Strona powodowa (...) S.A. w U. domagała się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. – (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. kwoty 895.841,52 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wytoczenia powództwa, tytułem zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej, wykonane przez pozwaną w 2010 roku w ramach (...) Centrum (...) z siedzibą w C., w stosunku do pacjentów w stanie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasądzenia kosztów procesu.

W odpowiedzi na pozew pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia w W. – (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w K. wniósł o oddalenie powództwa podnosząc zarzut przedwczesności powództwa albowiem strona powodowa nie złożyła przed wszczęciem postępowania wniosku, o którym mowa w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu ze środków publicznych udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, a nadto zarzucił, iż strona powodowa nie wykazała przesłanek wskazanych w tym przepisie i nie przedstawiła żadnego dowodu poniesionych kosztów świadczeń.

Wyrokiem z dnia 15 marca 2013 r. Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział I Cywilny oddalił powództwo, zasądził od strony powodowej na rzecz pozwanego kwotę 7.200 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Uzasadniając rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy podał, że strona powodowa domagając się zasądzenia od pozwanego NFZ-u kwoty 895.841,52 zł za wykonane przez powódkę świadczenia opieki zdrowotnej w następstwie zgłoszenia się do powódki pacjentów w stanie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dołączyła do pozwu jedynie odpis z Krajowego Rejestru Sądowego o nr KRS (...) oraz wyciąg z Księgi Rejestrowej o nr (...). Pozostałe załączniki wskazane w pozwie, a w szczególności wnioski w trybie art. 19 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o sfinansowanie ze środków publicznych udzielonych świadczeń, zestawieniem udzielonych świadczeń w okresie od stycznia 2010 do grudnia 2010 r. i ich kosztów nie zostały dołączone do pozwu. Na rozprawie w dniu 15 marca 2013 roku pełnomocnik strony pozwanej przyznał, iż wniosek w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wpłynął do strony pozwanej w dniu 12 marca 2013 r., jednakże nie został poparty żadną dokumentacją medyczną, co nie pozwala na weryfikację tego wniosku.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie (ust. 2 art. 19). Przepis ust. 4 art. 19 cyt. ustawy przewiduje, że świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Jednakże, o czym stanowi ust. 5 art. 19, w celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. Zgodnie natomiast z ust. 6 art. 19 podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Aby podmiot wykonujący świadczenia w stanach nagłych mógł uzyskać środki finansowe na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, konieczne jest złożenie wniosku do NFZ spełniającego wszystkie przesłanki określone w ust. 4 i 5 tego artykułu. Z kolei Narodowemu Funduszowi Zdrowia przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku. Zatem w pierwszej kolejności świadczeniodawca udzielający świadczenia w stanach nagłych, winien zgłosić wniosek do NFZ o wynagrodzenie za udzielone świadczenia. W niniejszej sprawie strona powodowa, choć wskazywała w pozwie, że wniosek złożyła, faktycznie tego nie uczyniła przed wniesieniem pozwu. Wniosek taki wpłynął do pozwanego w dniu 12 marca 2013 r., ale bez dokumentacji która pozwalałaby na weryfikację tego wniosku. Niezależnie od tego, gdyby nawet wniosek ten zawierał rachunek, wykaz udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich koszt oraz pisemne przedstawienie okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniające ich sfinansowanie ze środków publicznych, to ich analiza nie byłaby możliwa do przeprowadzenia przez pozwanego przed dniem rozprawy wyznaczonym na dzień 15 marca 2013 r., podjęcia decyzji i zawiadomienia o tym powódki. Zdaniem Sądu należało więc przyjąć, że powódka nie wyczerpała trybu postępowania przewidzianego w art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i roszczenie jej jako przedwczesne należało oddalić.

Niezależnie od zajętego powyżej stanowiska Sąd Okręgowy podkreślił, iż to na stronie powodowej spoczywał ciężar udowodnienia, że wykonała świadczenia w stanach nagłych, jakie to były świadczenia, w jakich okolicznościach je udzielono i jaki był koszt tych świadczeń. Wszystkie dowody powódka winna była wskazać w pozwie. Tymczasem w pozwie powódka jako dowód wskazała wykaz pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, historie chorób pacjentów znajdujące się w (...), zeznania świadka P. N. na okoliczności przyjęcia pacjentów do leczenia, powodu pilnego przyjęcia, wnioski w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz opinię biegłego z zakresu kardiologii i kardiochirurgii na okoliczność, że świadczenia zostały wykonane w stanie nagłym. Jednakże powódka nie przedłożyła wykazu pacjentów, ani też wniosku w trybie art. 19 u.s.o., nadto nie zawnioskowała żadnego rachunku, ani też innego dowodu na wykazanie kosztów jakie poniosła udzielając świadczenia w stanach nagłych. Niewątpliwie powódka musiała dokonywać jakiejś kalkulacji skoro wskazała w pozwie wysokość kwoty jakiej domagała się od pozwanego z tytułu wykonanych świadczeń w stanach nagłych. Powódka w pozwie nie odniosła się w szczególności co do sposobu i wysokości wyliczonej kwoty żądania 895.841, 52 zł. Treść art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wymaga szczególnej interpretacji i jasno z niej wynika w jaki sposób i na podstawie jakich dokumentów świadczeniodawca winien ubiegać się o wynagrodzenie za świadczenia w stanach nagłych i ewentualnie dochodzić tego wynagrodzenia przed sądem, o ile wynagrodzenie to nie zostało wypłacone przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Dochodząc wynagrodzenia za udzielenie świadczeń w stanach nagłych przed sądem, świadczeniodawca winien w pozwie wskazać wszystkie dowody na wykazanie swojego żądania. Dlatego zgłoszenie ewentualnych dalszych dowodów przez powódkę, działającą przez profesjonalnego pełnomocnika, po wniesieniu pozwu, zwłaszcza takich, które miały wykazać wysokość kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych, a które mogły być zgłoszone w pozwie, należało uznać za spóźnione.

Sąd Okręgowy oddalił więc powództwo również jako nie udowodnione. Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd wskazał przepis art. 98 k.p.c. i § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenie przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349).

Wyrok Sądu Okręgowego zaskarżyła w całości strona powodowa. Zaskarżonemu wyrokowi strona powodowa zarzuciła:

a) naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a to:

1) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie przez Sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku dlaczego Sąd I instancji uznał dowody zgłoszone przez powódkę w piśmie z dnia 8 marca 2013 roku za spóźnione pomimo uprawdopodobnienia, że uwzględnienie tych dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznawaniu sprawy, a co za tym idzie uniemożliwienie instancyjnej kontroli trafności tego stanowiska,

2) art. 207 § 6 i art. 217 § 2 k.p.c. poprzez uznanie że zgłoszone przez powódkę dowody były spóźnione podczas gdy powódka uprawdopodobniła, iż uwzględnienie tych dowodów nie spowoduje zwłoki w postępowaniu

b) naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

1) art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, iż powódka niewykazała uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

2) art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez dokonanie jego błędnej wykładni i przyjęcie, że przepis ten określa przedsądowy tryb dochodzenia zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w stanach nagłych przez świadczeniodawców nieposiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który musi zostać wyczerpany przed wytoczeniem powództwa

c) nierozpoznanie istoty sprawy w całości i orzeczenie jedynie na podstawie niepełnego materiału dowodowego, w szczególności nieprzeprowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność, iż świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez powódkę miały charakter świadczeń udzielonych w stanach nagłych.

Wskazując na powyższe zarzuty strona powodowa wnosila o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji z poleceniem rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest uzasadniona. Zaskarżony wyrok oddalający powództwo jest trafny i brak jest podstaw do jego wzruszenia. Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne prawidłowo poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne, jako znajdujące oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym, ocenionym przez ten Sąd w granicach zakreślonych przepisem art. 233 § 1 k.p.c.

Nie znajduje uzasadnienia zarzut naruszenia art. 207 § 6 i art. 217 § 2 k.p.c. Z przepisu art. 207 § 1 k.p.c. wynika uprawnienie strony do przytaczania okoliczności faktycznych i dowodów na uzasadnienie swych wniosków aż do zamknięcia rozprawy, jednakże uprawnienie to jest ograniczone jeśli Przewodniczący zobowiąże strony do powołania w określonym terminie wszystkich twierdzeń, zarzutów i dowodów pod rygorem skutków procesowych z art. 207 § 3 k.p.c. Zobowiązanie do zgłoszenia wszelkich wniosków dowodowych wymusza pełną aktywność dowodową w wyznaczonym terminie i nie uprawnia do zgłaszania tego rodzaju wniosków w terminie późniejszym (wyr. SN z 8 października 2008 r., V CSK 125/08 - LEX nr 602329). Strona może jednak wykazać, że nie mogła danego wniosku zgłosić wcześniej lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności. Strona powodowa podnosiła, że spóźnione przez nią wnioski dowodowe nie miały wpływu na czas rozpoznania sprawy. Z zarzutem tym nie można się zgodzić, tym bardziej, że obowiązek strony powodowej należy rozpatrywać w świetle treści art. 19 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przewidziano w nim bowiem, że w celu uzyskania wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, świadczeniodawca obowiązany jest złożyć wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych, zaś podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku. Przepis ten wyraźnie zatem wskazuje, jakie przesłanki uzyskania wynagrodzenia leżą po stronie świadczeniodawcy oraz umożliwia finansującemu (NFZ) przeprowadzenie kontroli. Zatem spóźnione zgłoszenie dowodów, które miałyby wykazywać konieczność poniesienia przez stronę powodową środków na udzielenie świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych, niewątpliwie spowodowałyby zwłokę w rozpoznaniu sprawy.

Przede wszystkim jednak należy podkreślić, że nawet gdyby przyjąć, że Sąd pierwszej instancji dopuścił się uchybienia, to wymieniony wyżej zarzut nie może zostać uwzględniony, bowiem strona powodowa prawo powoływania się na takie uchybienia w postępowaniu apelacyjnym utraciła. Wnioski dowodowe, których Sąd Okręgowy nie uwzględnił uznając je za spóźnione, zgłoszone były bowiem przez stronę powodową w piśmie procesowym z dnia 8 marca 2013 r., które to pismo zarządzeniem Przewodniczącego wydanym na rozprawie w dniu 15 marca 2013 r., zostało zwrócone. (karta 125v.). Strona pozwana reprezentowana na rozprawie przez profesjonalnego pełnomocnika, nie zgłosiła zastrzeżenia do tego zarządzenia. Zgodnie zaś z art. 162 k.p.c. skutkiem niepodniesienia przez stronę zarzutu naruszenia przepisów postępowania w sposób określony w tym przepisie jest bezpowrotna utrata tego zarzutu w dalszym toku postępowania i w środkach zaskarżenia, a więc także w postępowaniu apelacyjnym, chyba że chodzi o przepisy prawa procesowego, których naruszenie sąd powinien wziąć pod rozwagę z urzędu, albo że strona nie zgłosiła zastrzeżeń bez swojej winy. Brak winy musi być uprawdopodobniony (postanowienie SN z dnia 17 października 1969 r., I CR 316/69, OSP 1971, z. 1, poz. 5, z glosą W. Siedleckiego; uchwała SN z dnia 27 października 2005 r., III CZP 55/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 144, wyrok SN z dnia 17 kwietnia 2013 r., I CSK 447/12 – lex nr 1341647). Strona powodowa nie wyjaśniła przyczyn niezakwestionowania decyzji o zwrocie pisma procesowego, zatem skoro zwrot ten jest skuteczny,

nie można przypisać Sądowi Okręgowemu uchybienia w nieprzeprowadzeniu dowodów w tym piśmie zgłoszonych. Sąd co prawda nie wskazał w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyczyn dokonania zwrotu, jednakże wobec braku podstaw do zakwestionowania tego zwrotu, uchybienie to pozostaje bez wpływu na treść rozstrzygnięcia.

Nie sposób także przypisać Sądowi Okręgowemu bezpodstawnego pominięcia dowodów zawnioskowanych przez stronę powodową w pozwie, a to dowodów z dokumentów w postaci historii chorób pacjentów, którym strona powodowa udzieliła świadczeń zdrowotnych na okoliczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem dochodzonego roszczenia, w tym w szczególności na okoliczność ustalenia wykonanych procedur, stanu pacjenta uzasadniającego udzielenie świadczenia w trybie nagłym oraz dowodu z opinii biegłego na okoliczność ustalenia że udzielone świadczenia opieki zdrowotnej zostały wykonane na rzecz pacjentów w stanie nagłym. Sąd zwrócił bowiem uwagę, że strona powodowa nie przedłożyła wykazu pacjentów, ani też wniosku w trybie art. 19 u.s.o., nadto nie zawnioskowała żadnego rachunku, ani też innego dowodu na wykazanie kosztów jakie poniosła udzielając świadczenia w stanach nagłych. Stanowiska tego strona powodowa nie podważyła w apelacji.

Podstawę do dochodzenia wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym stanowi art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t.). Wynagrodzenie to uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Aby je uzyskać świadczeniodawca winien złożyć wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych, zaś Funduszowi przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku. Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, inaczej niż Sąd Okręgowy, że niewyczerpanie trybu postępowania przewidzianego w art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przed wszczęciem postępowania sądowego nie prowadzi do oddalenia powództwa jako przedwczesnego. Nie jest bowiem wykluczone, że do oceny zasadności wniosku może dojść także w toku postępowania sądowego, przy czym zaniechanie wyczerpania przesądowego postępowania przewidzianego w art. 19 ust. 4 i 5 cyt. ustawy w takim wypadku wywiera skutek materialnoprawny w postaci stosownej oceny wymagalności roszczenia. W razie uznania go za uzasadniony, mogłoby to mieć wpływ także na koszty procesu. Dlatego pozew świadczeniodawcy powinien co najmniej spełniać wymogi, jakie przepis art. 19 cyt. ustawy stawia przedmiotowemu wnioskowi. Dochodzenie roszczeń na drodze postępowania sądowego wymaga bowiem zastosowania się do reguł postępowania cywilnego. Zgodnie z art. 6 k.c. świadczeniodawca, jako powód w procesie cywilnym, zobowiązany jest wykazać istnienie faktów, z których wywodzi skutki prawne, co oznacza, że obciąża go obowiązek wykazania czy świadczenia, za które dochodzi zapłaty, zostały wykonane pacjentom znajdującym się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. W tym celu świadczeniodawca winien przedstawić rachunek, wykaz udzielonych świadczeń, wykaz kosztów udzielonych świadczeń, opis okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. Powód takich dokumentów nie przedstawił przy pozwie, nie skierował także uprzednio wniosku do strony pozwanej o przyznanie wynagrodzenia. Tym samym przyjęcie przez Sąd Okręgowy, że powództwo nie zostało udowodnione, jest uzasadnione.

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

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 oraz na podstawie § 6 pkt 5) w zw. z § 13 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.).