

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 27 października 2016 r., wydanym w sprawie z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. przeciwko (...). W. (...) Spółce jawnej w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 376,20 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 6 grudnia 2014 r. od dnia 7 lutego 2015 r. i od dnia 3 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty od kwoty 138,57 zł, jak również z ustawowymi odsetkami od dnia 20 grudnia 2014 r. od dnia 7 lutego 2015 r. i od dnia 3 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty od kwoty 237,63 zł, a także kwotę 107,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Apelację od tego wyroku złożył pozwany, zaskarżając go w całości i domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa i odpowiednie skorygowanie rozstrzygnięcia o kosztach procesu przed Sądem I instancji, jak również o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucono naruszenie:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną, i ponadto sprzeczną z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w konsekwencji błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że:
- stosunek zobowiązaniowy łączący strony precyzował, że w terminie 10-dniowym winno być złożone sprawozdanie, które nie będzie zawierało błędów, i tylko takie może być uznane za realizację obowiązku, o którym mowa w § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniobiorców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 192 ze zm.);
- pozwany w ramach wykonywania umowy zawartej z powodem dopuścił się „nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie”, na skutek czego umowa ta nie została wykonana w sposób należyty, co dało powodowi asumpt do naliczenia kary umownej;
- art. 98 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie wobec pozwanego i przyjęcie, że pozwany jako strona przegrywająca sprawę obowiązany jest zwrócić powodowi koszty procesu, podczas gdy powództwo winno być w całości oddalone, a w konsekwencji koszty procesu powinna ponieść strona powodowa;
- § 30 ust. 1 pkt. 3g Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.) w związku z art. 23 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) i w związku z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniobiorców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 192 ze zm.) poprzez ich rozszerzającą wykładnię polegającą na przyjęciu, że:
- obowiązek sprawozdawczy o kolejkach oczekujących jest zrealizowany nie w momencie przekazania wymaganych informacji według stanu wiedzy świadczeniobiorcy, ale w momencie przekazania informacji wolnych od błędów i ich zaakceptowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

- „nieprzekazywanie danych dotyczących list oczekujących w terminie” oznacza nie tylko zaniechanie przekazania danych w ogóle, ale nieprzekazanie danych wolnych od błędów, zgodnych z oczekiwaniami Narodowego Funduszu Zdrowia,

a w konsekwencji ich niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że wobec pozwanego ziściły się przesłanki obciążenia go karą umowną za „nieprzekazywanie danych dotyczących list oczekujących w terminie”;

- § 30 ust. 1 pkt. 3g Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i zasądzenie na rzecz powoda kary umownej z tytułu stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, podczas gdy pozwanemu nie można przypisać zachowania dającego się zdefiniować jako „nieprzekazywanie danych dotyczących list oczekujących w terminie”, a zwłaszcza z przyczyn leżących po jego stronie;
- art. 64 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że procedura kontroli ma charakter fakultatywny i powód nie był zobowiązany do jej przeprowadzenia, podczas gdy obowiązek kontroli u świadczeniobiorcy gwarantuje prawidłowość stosowania wobec niego kar umownych;
- art. 481 § 1 k.c. w związku z § 28 ust. 3 oraz § 29 ust. 6 Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że pozwany opóźnił się ze spełnieniem świadczenia, podczas gdy ze stanu faktycznego i prawnego sprawy wynika, iż pozwany w ogóle nie był zobowiązany do świadczenia pieniężnego wobec powoda.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od skarżącego na jego rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna. Tytułem wstępu wskazać trzeba, że Sąd meriti poczynił w sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne, które Sąd odwoławczy przyjmuje za własne i zaznaczyć należy ponadto, że niniejsza sprawa rozpoznana została w postępowaniu uproszczonym, to zaś determinuje konieczność zastosowania określonych dla tego rodzaju spraw regulacji szczególnych, a zwłaszcza dyspozycji przepisu art. 505¹³ § 2 k.p.c., zgodnie z którym jeżeli sąd drugiej instancji nie przeprowadził postępowania dowodowego, to uzasadnienie wyroku powinno zawierać jedynie wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

Przeważająca część argumentacji zawartej w złożonym środku zaskarżenia zmierza do przekonania Sądu odwoławczego, że w umowie zawartej z powodem pozwany nie zobowiązał się do przekazywania w terminie takich danych dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczeń, które byłyby zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Skarżący wywodzi, że tak radykalnie drakońskich wymagań nie stawia świadczeniodawcy ani § 8 ust. 2 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniobiorców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 192 ze zm.), ani art. 23 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), ani wreszcie § 30 ust. 1 pkt. 3g Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.) i postanowienia umowy stron inkorporujące to unormowanie do jej treści. Z literalnego brzmienia tych przepisów wyprowadzić można byłoby jedynie to, w jakim terminie informacje te należy podać, oraz to, że powinny one zawierać wszystkie elementy enumeratywnie wymienione w § 8 ust. 2

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniobiorców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 192 ze zm.), natomiast w żadnym razie nie wynika z nich, by wolą ustawodawcy objęty był obowiązek podawania informacji w pełni zgodnych z rzeczywistością; nie można także z postanowień przedmiotowej umowy łączącej strony wywieść zgodnego ich zamiaru kreującego po stronie pozwanego obowiązek tej treści. Autor apelacji wydaje się też wywodzić, że nie sposób byłoby nawet nałożyć tego rodzaju ciężaru na świadczeniodawcę i domagać się zadośćuczynienia takiemu obowiązkowi, ponieważ informacje te stanowią wynik obliczeń dokonywanych w oparciu o liczne dane napływające w różnym czasie, co niejednokrotnie uniemożliwia bezbłędne określenie danych sprawozdawczych i można byłoby co najwyżej wymagać, by świadczeniodawca czynił to zgodnie ze swoją najlepszą wolą i wiedzą z chwili upływu umówionego terminu do ich złożenia. Mimo powyższych twierdzeń, skarżący godzi się jednak ostatecznie na to, że w razie złożenia informacji, które okażą się niezgodne z rzeczywistością winien dokonać ich późniejszego uzupełnienia bądź sprostowania, choć nie jest jasne, z jakich unormowań wywodzi swe tak daleko idące obowiązki.

Takiej interpretacji sytuacji prawnej pozwanego Sąd II instancji nie może zaakceptować. Skarżący zapomina, że w myśl art. 65 § 2 k.c. w umowach należy badać przede wszystkim zgodny zamiar stron i cel umowy, przedkładając te przesłanki nad dosłowne brzmienie jej tekstu, a i przy wykładni powszechnie obowiązujących przepisów prawa należy wziąć pod uwagę jej reguły funkcjonalne opierające się m.in. na założeniu o racjonalności prawodawcy, który przy formułowaniu określonych norm ma na uwadze zawsze celowość ich wprowadzenia do porządku prawnego. Trzeba zatem wskazać, że z przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), w szczególności z jej art. 23, wynika jasno, że przekazywanie przez świadczeniodawców danych dotyczących list osób oczekujących na udzielenie świadczeń służy dostępowi świadczeniobiorców do informacji o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (informacje te są udzielane na żądanie świadczeniobiorcy, a także publikowane na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i aktualizowane przynajmniej raz w miesiącu na podstawie danych od świadczeniodawców), jak również umożliwiają Funduszowi stworzenie centralnego wykazu informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich. Trudno byłoby w tej sytuacji zgodzić się z taką interpretacją nałożonych na świadczeniodawcę obowiązków, która dopuszczałaby uznanie, że zostały one należycie wykonane w sytuacji, gdyby przekazane dane nie odpowiadały rzeczywistości, co w oczywisty sposób uniemożliwiłoby założony przez ustawodawcę cel w postaci dostępu świadczeniobiorców do rzetelnej informacji w opisanym wyżej zakresie. Z tych samych względów należałoby uznać, że ramach stosunku umownego łączącego strony oczywistą wolą (...) oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia realizującego nałożone na niego zadania ustawowe było otrzymywanie od świadczeniodawcy w umówionych terminach informacji zgodnych z prawdą, o czym pozwany wiedział i akceptował to – taki też więc był zgodny zamiar stron i cel tego postanowienia umownego.

Zaznaczyć trzeba, że skarżący ostatecznie dość nieśmiało przyjmuje na siebie ciężar podawania kontrahentowi odpowiadających rzeczywistości informacji dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczeń – choć wydawać by się to mogło niekonsekwentne wobec prezentowanej równocześnie przez niego tezy, że wymóg taki musiałby wprost zostać wyrażony w przepisach prawa. Jego wywód, iż obowiązek ten winien zostać uznany za należycie wykonany, o ile nieprawdziwe dane zostałyby uzupełnione lub skorygowane po upływie umówionego terminu, nie znajduje jakiegokolwiek oparcia w obowiązującym stanie prawnym, zaś życzenia świadczeniodawcy w tym względzie pozostają w sferze postulatów *de lege ferenda*; teza o możliwości odwołania się w drodze analogii do rozwiązań przewidzianych w postępowaniu sądowym czy administracyjnym nie jest w najmniejszym nawet stopniu oparta o jakąkolwiek rzeczową argumentację, a skarżący nie wyjaśnił nawet, które rozwiązania proceduralne obowiązujące w ramach tych postępowań ma na myśli i dlaczego uważa, że analogia stosowania określonych unormowań prawnych jest w tym wypadku uprawniona. Wywody powyższe należy więc podsumować dobitnym stwierdzeniem, że podanie nierzetelnych informacji w comiesięcznych sprawozdaniach jest jednak nienależytym wykonaniem obowiązku sprawozdawczego przez świadczeniodawcę, choćby ten nawet później niezwłocznie reagował on na komunikaty

kontrahenta i dokonywał stosownych korekt. Także twierdzenia o podawaniu tych informacji według najlepszej wiedzy pozwanego nie mogą mieć decydującego wpływu na rozstrzygnięcie sprawy, zważywszy, że zakres odpowiedzialności z tytułu kary umownej określonej w art. 483 § 1 k.c. pokrywa się z zakresem ogólnej odpowiedzialności dłużnika za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (art. 471 i n. k.c.), co oznacza, iż dłużnik może uwolnić się od zapłaty kary umownej tylko wykazując, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania nie jest przez niego zawinione, a dopóki tego nie uczyni, to przyjąć trzeba, że nastąpiło to z przyczyn leżących po jego stronie. Aby uwolnić się od odpowiedzialności na gruncie powoływanych przez siebie twierdzeń faktycznych, skarżący winien po pierwsze, przekonać Sąd odwoławczy, że przedmiotowe postanowienie umowne nakłada na niego zobowiązanie starannego działania, a nie rezultatu – co nie wydaje się łatwe – a następnie udowodnić, że mimo dołożenia należytej staranności związanej z zawodowym charakterem swej działalności nie był w stanie z niezależnych od siebie przyczyn podać danych zgodnych z rzeczywistym stanem rzeczy.

Nie można też zgodzić się z twierdzeniem apelacji, że podstawy do obciążania pozwanego obowiązkiem zapłaty kary umownej zaistniałyby dopiero wówczas, gdyby nieskładanie danych dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczeń miało charakter powtarzalny. Z § 29 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.) wynika jasno, że umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy i takie postanowienie rzeczywiście zostało zawarte w łączącej strony umowie. Skoro zatem świadczeniodawca nienależycie wykonał tę umowę, nie składając w terminie informacji miesięcznej zawierającej rzetelne dane, to tym samym bez wątplenia spełnione zostały warunki nałożenia kary umownej. W § 30 ust. 1 pkt. 3g Ogólnych Warunków Umów rzeczywiście użyto sformułowania „nieprzekazywanie” – inaczej niż np. w § 30 ust. 1 pkt. 3d, gdzie mowa o „nieprzekazaniu” – ale właściwe wyjaśnienie tej rozbieżności jest odmienne niż wywodzone przez autora apelacji. Informacje, o których mowa w § 30 ust. 1 pkt. 3d, dotyczą kwestii wskazanych w § 9 ust. 2 i § 34 ust. 1 załącznika, związanych z wydarzeniami zdarzającymi się incydentalnie, natomiast § 30 ust. 1 pkt. 3g odnosi się do regularnego obowiązku podawania danych w stałych comiesięcznych interwałach – i stąd użycie w tym ostatnim przepisie formy rzeczownika odczasownikowego wskazującego na powtarzalny charakter czynności. Zastosowanie takiego sformułowania w tym unormowaniu – które zresztą nie reguluje warunków nałożenia kary umownej, ale określa jej maksymalną wysokość – nie może przemawiać zatem na korzyść takiej jego interpretacji, w myśl której uprawnienie do nałożenia kary umownej powstaje dopiero wówczas, gdy świadczeniodawca kilkakrotnie naruszy obowiązki, o których tam mowa.

Chybiony jest również argument, że warunkiem nałożenia kary umownej przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest wcześniejsze przeprowadzenie kontroli udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, o której mowa w art. 64 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) – wadą zaprezentowanego rozumowania jest przede wszystkim brak normy prawnej ustanawiającej opisywaną przez skarżącego zależność. Trudno zresztą powiedzieć, dlaczego normy prawne dające Funduszowi określony instrument kontroli realizacji kontraktu przez świadczeniodawcę miałyby równocześnie pozbawiać go przysługującej każdej stronie stosunku cywilnoprawnego możliwości stwierdzenia że umowa została nienależycie wykonana, jeśli wiadomość o tym poweźmie z innych źródeł – jak np. przez odczytanie z wygenerowanego przez system komputerowy komunikatu, że złożone sprawozdanie zawiera błędy świadczące o podaniu informacji nieodpowiadających rzeczywistemu stanowi rzeczy – bądź też uzależniać powstanie roszczenia o zapłatę kary umownej od stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji kontraktu akurat w trakcie kontroli przeprowadzanej w myśl powołanego przepisu. Konkluzji takiej nie można również wywieść z przytoczonej przez autora apelacji treści § 30 ust. 3 Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.), gdzie prawodawca wprawdzie wskazał, że łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać określonej wartości procesntowej kwoty zobowiązania wynikającego z umowy, ale w sprzeczności z regułami logiki pozostawałby wniosek, że norma taka oznacza tym samym, iż poza postępowaniem kontrolnym nakładanie kar umownych jest przez ustawę wzbronione.

Podsumowując, zarzuty apelacyjne, w których skarżący kwestionował zasadność obciążającej go kary umownej – i to zarówno w zakresie dokonania przez Sąd Rejonowy należytych ustaleń faktycznych, jak i właściwego zastosowania prawa materialnego – okazały się niezasadne, w szczególności Sąd ten trafnie stwierdził, że świadczeniodawca nie wywiązał się ze spoczywającego na nim obowiązku umownego, z którym powiązana była kara umowna, nie wykazując jednocześnie, by nienależyte wykonanie umowy miało swe źródło w okolicznościach od niego niezależnych. W konsekwencji chybiony jest także zarzut naruszenia art. 481 § 1 k.c., skoro na pozwanym spoczywał obowiązek zapłaty dochodzonej pozwem kary umownej, któremu nie zadośćuczynił w terminie wynikającym z § 28 ust. 3 i § 29 ust. 6 Ogólnych Warunków Umów będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484 ze zm.). Zważywszy na trafność rozstrzygnięcia Sądu I instancji co do meritum sprawy, trafna była też decyzja o obciążeniu przegrywającego pozwanego obowiązkiem zwrotu kosztów poniesionych przez przeciwnika procesowego, stosownie do zasady odpowiedzialności za wynik procesu wyrażonej w art. 98 k.p.c.

Apelacja zostaje oddalona na podstawie art. 385 k.p.c., a skarżący winien, w myśl art. 98 k.p.c. znajdującego zastosowanie także i w tej fazie procesu, zwrócić powodowi koszty zastępstwa prawnego w postępowaniu apelacyjnym obliczone na kwotę 120,00 zł w oparciu o § 10 ust. 1 pkt. 1 in fine w związku z § 2 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804) w brzmieniu pierwotnym.