

Sygn. akt VIII C 3465/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 27 października 2016 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi w VIII Wydziale Cywilnym

w składzie: przewodniczący: SSR Bartek Męcina

protokolant: st. sekr. sąd. Ewa Ławniczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 17 października 2016 roku w Ł.

sprawy z powództwa (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł.

przeciwko (...) R.W. S. sp.j. w W.

o zapłatę

zasądza od pozwanego (...) R.W. S. sp.j. w W. na rzecz powoda (...) (...) Oddział Wojewódzki w Ł. kwotę 376,20 zł. (trzysta siedemdziesiąt sześć złotych dwadzieścia groszy) wraz z odsetkami ustawowymi, przy czym od dnia 1 stycznia 2016 r. z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, od kwoty 138,57 zł. (sto trzydzieści osiem złotych pięćdziesiąt siedem groszy) od dnia 6 grudnia 2014 r. do dnia 7 lutego 2015 r. i od dnia 3 marca 2015 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 237,63 zł. (dwieście trzydzieści siedem złotych sześćdziesiąt trzy grosze) od dnia 20 grudnia 2014 r. do dnia 7 lutego 2015 r. i od dnia 3 marca 2015 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 107 zł. (sto siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 3465/15

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 7 września 2015 roku powód (...) (...) Oddział Wojewódzki (...) z siedzibą w Ł., reprezentowany przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, wytoczył przeciwko pozwanemu (...) W. (...) Spółce Jawnej z siedzibą w W. powództwo o zapłatę kwoty 376,20 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 138,57 zł od dnia 6 grudnia 2014 roku do dnia 7 lutego 2015 roku i od dnia 3 marca 2015 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 237,63 zł od dnia 20 grudnia 2014 roku do dnia 7 lutego 2015 roku i od dnia 3 marca 2015 roku do dnia zapłaty, ponadto wniósł o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód podniósł, że w dniu 9 stycznia 2012 roku zawarł z W. S. (2) prowadzącym działalność leczniczą pod nazwą (...) umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Na mocy porozumienia z dnia 30 grudnia 2013 roku zawartego pomiędzy powodem, W. S. (2) (przekazującym) i (...). (...) Spółką Jawną w W. (przejmującym), z dniem 1 stycznia 2014 roku przejmujący przejął od przekazującego obowiązki wynikające z umowy, o której mowa wyżej. W dniu 4 sierpnia 2014 roku na stronie internetowej (...) Oddziału Wojewódzkiego opublikowany został komunikat o brakach w sprawozdawczości z list oczekujących i skreślonych za lipiec 2014 roku. W dniu 10 października 2014 roku pozwany otrzymał komunikat zwrotny informujący o tym, że sprawozdanie za okres wrzesień 2014 roku zawiera błąd i nie zostało przyjęte. W dniu 13 października 2014 roku, tj. trzeci dzień po terminie, świadczeniodawca ponowił próbę wysłania sprawozdania, ale ponownie otrzymał komunikat o błędzie. Dopiero za trzecim razem sprawozdanie zostało przyjęte. W sprawozdaniu za październik 2014 roku, w dniu 10 listopada 2014 roku świadczeniodawca również dostał komunikat o błędzie w sprawozdaniu, co uniemożliwiło jego przyjęcie. Dopiero za piątym razem, w dniu 16 listopada 2014 roku, tj. szósty dzień po terminie, sprawozdanie zostało przyjęte. W związku ze stwierdzeniem braku poprawnej i terminowej sprawozdawczości z kolejek oczekujących za okres wrzesień, w dniu 18 października 2014 roku powód obciążył pozwanego karą umowną w wysokości 138,57 zł. W

dniu 2 grudnia 2014 roku do powoda wpłynęła prośba pozwanego o odstąpienie od nałożenia kary, na co jednak powód nie wyraził zgody. Tego samego dnia powód nałożył na pozwanego drugą karę umowną, w wysokości 237,63 zł, z tytułu braku poprawnej i terminowej sprawozdawczości z kolejek oczekujących za okres październik. W dniu 23 grudnia 2014 roku do powoda wpłynęło zażalenie pozwanego na czynność Dyrektora (...), polegającą na obciążeniu podmiotu leczniczego karami umownymi. Pismem z dnia 21 stycznia 2015 roku zażalenie zostało przekazane Prezesowi (...), który decyzją z dnia 24 stycznia 2015 roku uznał nałożenie kar umownych za uzasadnione.

Uzasadniając nałożenie kar umownych powód wskazał, że zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczeniodawcy przekazują co miesiąc dane o kolejkach, nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia miesiąca. W niniejszej sprawie termin ten upływał zatem dla miesiąca września – w dniu 10 października, zaś dla miesiąca października – w dniu 10 listopada. Termin ten był przy tym uznany za zachowany wyłącznie wtedy, gdy świadczeniodawca przekazał listę oczekujących zawierającą wszystkie określone przepisami prawa dane, nie zaś wtedy, gdy została podjęta próba przekazania tych danych, zakończona niepowodzeniem. Pismami z dnia 29 kwietnia 2015 roku i 22 maja 2015 roku powód wezwał pozwanego do uiszczenia nałożonych kar umownych, które to wezwania okazały się nieskuteczne.

(pozew k. 2-9)

W dniu 5 października 2015 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi wydał przeciwko pozwanemu nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym (VIII Nc 6229/15), którym zasądził dochodzoną pozwem kwotę wraz z kosztami procesu.

(nakaz zapłaty k. 73)

Nakaz ten pozwany zaskarżył sprzeciwem w całości. W uzasadnieniu skarżący, wskazał, że naliczenie kar umownych w okolicznościach, jak na gruncie niniejszej sprawy, było bezzasadne, albowiem pozwany terminowo przekazał powodowi stosowne sprawozdania, zgodnie z posiadanymi danymi i informacjami. Stwierdzone w sprawozdaniach uchybienia nie wynikały przy tym z zaniedbania pozwanego i o ile w ogóle wystąpiły, powstały z przyczyn od pozwanego niezależnych. Pozwany zaznaczył również, że wbrew twierdzeniom powoda nie można przyjąć, iż skarżący miał możliwość zapoznania się z informacją o błędach w składanych sprawozdaniach, ta bowiem choć była wyświetlana na portalu świadczeniodawcy, to fakt ten nie oznacza automatycznie, że pozwany miał możliwość zapoznania się z jej treścią, zwłaszcza, że okres rzekomego opóźnienia przypadła na dni, w których przychodnia nie funkcjonowała. Na koniec pozwany podniósł, że niedopuszczalne jest naliczanie kar umownych za bliżej nieokreślone naruszenie zasad sprawozdawczości, bez wykazania, iż istotnie naruszenia takie miały miejsce oraz bez wskazania skali uchybień i sposobu naliczenia kary umownej w określonej wysokości.

(sprzeciw k. 87-91)

Odpowiadając na sprzeciw powód podtrzymał żądanie pozwu. Wyjaśnił, że do wywiązania się z obowiązku sprawozdawczego z tytułu kolejek oczekujących nie jest wystarczające samo przekazanie informacji, świadczeniodawca dochowuje bowiem terminu wyłącznie wówczas, gdy przekazana informacja nie zawiera błędów. Złożone przez pozwanego sprawozdania były obarczone błędami, co pozwala na przyjęcie, iż pozwany podjął co najwyżej próbę przekazania tych danych. Pozwany miał przy tym świadomość terminów, w których winny być składane sprawozdania, jednocześnie każdorazowo w komunikacie o błędzie przesyłanym świadczeniodawcy zawarta była informacja, czego dotyczył błąd, pozwany miał zatem pełną wiedzę na temat zarówno terminu złożenia poprawnego sprawozdania, jak i konkretnych uchybień dotyczących komunikatów za miesiące wrzesień i październik 2014 roku.

(odpowiedź na sprzeciw k. 100-103)

W toku dalszego postępowania strony podtrzymały pierwotne stanowiska procesowe.

(protokół rozprawy k. 111-115, k. 148-156, pismo procesowe pozwanego k. 117-120, pismo procesowe powoda k. 133-137)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W. S. (2) prowadzący działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) z siedzibą w B., jako świadczeniodawca, zawarł z powodem (...) (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Ł. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza, w okresie od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku. Przedmiot umowy obejmował udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy.

Pierwotne brzmienie umowy zostało zmienione aneksem z dnia 3 stycznia 2013 roku, a następnie porozumieniem z dnia 30 grudnia 2013 roku. Na mocy tego ostatniego, w miejsce dotychczasowego świadczeniodawcy wszedł pozwany (...) M. (...) Spółka Jawna z siedzibą w W.. W związku z wejściem w prawa i obowiązki dotychczasowego świadczeniodawcy pozwany złożył oświadczenie, w którym oświadczył m.in. że zapoznał się z obowiązującymi warunkami wymaganymi od świadczeniodawców co do realizacji świadczeń objętych przedmiotową umową od dnia przejęcia, określonymi przepisami prawa, akceptuje je i będzie je spełniał od dnia 1 stycznia 2014 roku oraz przyjmuje je do stosowania, a także, że zapoznał się i akceptuje ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku...).

W myśl zawartej umowy oraz na skutek zawartego porozumienia, pozwany, jako świadczeniodawca, zobowiązał się do jej wykonania zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „ogólnymi warunkami umów” oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, dyrektor Oddziału Funduszu był uprawniony do nałożenia na świadczeniodawcę kary umownej w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(umowa k. 21-24, aneks k. 34-35, porozumienie k. 36-38, oświadczenie świadczeniodawcy k. 39, okoliczności bezsporne)

W dniu 4 sierpnia 2014 roku na stronie internetowej (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) opublikowany został komunikat o brakach w sprawozdawczości z list oczekujących i skreślonych za lipiec 2014 roku. W zamieszczonej informacji powód przypomniał o obowiązku przekazywania komunikatów dotyczących kolejek oczekujących do 10-go dnia każdego miesiąca następującego po dniu, którego dotyczy sprawozdanie, a także że przesyłanie komunikatów może następować już od ostatniego dnia miesiąca sprawozdawczego. Wskazał, że brak poprawnej, terminowej sprawozdawczości będzie skutkowało nałożeniem kary umownej, dodając, iż wszystkie ewentualne błędy w sprawozdaniach winny być poprawione w terminie sprawozdawczym, tj. do 10-go dnia bieżącego miesiąca za poprzedni miesiąc.

(zeznania świadka J. K. 00:30:49-01:02:14, komunikat k. 40)

W dniu 8 października 2014 roku powód w przesłanej wiadomości e-mail przypomniał pozwanemu o obowiązku terminowej i poprawnej sprawozdawczości z kolejek oczekujących za wrzesień, jednocześnie informując, że poprawnie

potwierdzone przez serwer i kompletne dane za wskazany okres sprawozdawczy winny być przekazane najpóźniej do dnia 10 października 2014 roku.

W dniu 10 października 2014 roku, o godz. 20:09, pozwany złożył w systemie informatycznym powoda sprawozdanie z kolejek oczekujących za miesiąc wrzesień 2014 roku. Z uwagi na błędy w sprawozdaniu polegające na tym, że suma liczby osób oczekujących oraz skreślonych z listy była mniejsza niż liczba osób oczekujących w bezpośrednio poprzedzającym okresie sprawozdawczym, nie zostało ono przyjęte, o czym pozwany został poinformowany w komunikacie zwrotnym, wygenerowanym o godz. 20:13. W dniu 13 października 2014 roku pozwany ponownie złożył przedmiotowe sprawozdanie i w tym jednak przypadku, z uwagi na zawierane błędy, zostało ono odrzucone. Dopiero trzecia próba, podjęta tego samego dnia, zakończyła się przyjęciem sprawozdania.

W dniu 6 listopada 2014 roku powód w przesłanej wiadomości e-mail przypomniał pozwanemu o obowiązku terminowej i poprawnej sprawozdawczości z kolejek oczekujących za wrzesień, jednocześnie informując, że poprawnie potwierdzone przez serwer i kompletne dane za wskazany okres sprawozdawczy winny być przekazane najpóźniej do dnia 10 listopada 2014 roku.

W dniu 10 listopada 2014 roku, o godz. 23:48, pozwany złożył w systemie informatycznym powoda sprawozdanie z kolejek oczekujących za miesiąc październik 2014 roku. Z uwagi na błędy w sprawozdaniu polegające na tym, że liczba osób skreślonych z ostatnich 6 miesięcy z powodu wykonania świadczenia była różna od sumy przekazanych za ostatnie 6 miesięcy liczb osób skreślonych w miesiącu z powodu wykonania świadczenia, nie zostało ono przyjęte, o czym pozwany został poinformowany w komunikacie zwrotnym, wygenerowanym o godz. 23:59. W dniach 12 i 16 listopada 2014 roku pozwany ponownie złożył przedmiotowe sprawozdanie i w tym jednak przypadku, z uwagi na zawierane błędy, zostało ono odrzucone. Dopiero piąta próba, podjęta 16 listopada 2014 roku, zakończyła się przyjęciem sprawozdania.

Pozwany miał świadomość wystąpienia opisanych błędów w złożonych sprawozdaniach oraz faktu ich nieprzyjęcia przez powoda.

(dowód z przesłuchania pozwanego 00:08:29-00:29:38 w zw. z 01:05:07, zeznania świadka M. K. 00:04:22-00:28:21, zeznania świadka J. K. 00:30:49-01:02:14, wydruk k. 41-42, kopia wiadomości e-mail k. 138, k. 139)

W myśl art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą:

- 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca;
- 2) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
- 3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 (art. 23 ust.1 ustawy).

Zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, świadczeniodawcy udzielający świadczeń, w ramach umowy z Funduszem, w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, prowadzący listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 1, w tym na

świadczenia, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 11 do rozporządzenia, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:

1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:

a) liczbę oczekujących oraz dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2, dotyczące każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca,

b) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia,

c) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,

d) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,

e) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach

- według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy;

2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym;

3) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.

Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2 - co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca (§ 8 ust. 4 rozporządzenia).

(zeznania świadka J. K. 00:30:49-01:02:14, okoliczności bezsporne)

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami polegającymi na nieterminowym przesłaniu prawidłowego sprawozdania z kolejek oczekujących za miesiąc wrzesień 2014 roku, powód w dniu 18 listopada 2014 roku wystawił na pozwanego notę księgową nr (...).III/014-135 opiewającą na kwotę 138,57 zł, płatną w terminie 14 dni od daty otrzymania noty. Nałożona na pozwanego kara umowna stanowiła 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie stron, przy czym karę tę powód naliczył nie od wartości umowy za cały rok, a wyłącznie od wartości umowy liczonej za przedmiotowy miesiąc sprawozdawczy.

Za podstawę wystawienia noty księgowej powód przyjął zapisy § 29 i § 30 ust. 1 pkt 3 lit. g Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W myśl ostatniego z powołanych przepisów, w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

Pismem opatrzonym datą 18 listopada 2014 roku powód poinformował pozwanego o przyczynach wystawienia noty księgowej. Przedmiotowe pismo wraz z notą zostały doręczone pozwanemu w dniu 21 listopada 2014 roku.

(zeznania świadka J. K. 00:30:49-01:02:14, pismo z dnia 18.11.2014 r. wraz z notą księgową i zwrotnym potwierdzeniem odbioru k. 43-46, okoliczności bezsporne)

Pismem z dnia 1 grudnia 2014 roku pozwany zakwestionował podstawę nałożenia kary umownej. Uzasadniając swoje stanowisko wskazał, że błąd w sprawozdaniu nie może być kwalifikowany jako nieterminowe złożenie sprawozdania. W odpowiedzi powód podtrzymał pierwotną decyzję.

(pismo z dnia 1.12.2014 r. k. 47-48, pismo z dnia 18.12.2014 r. k. 50, okoliczności bezsporne)

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami polegającymi na nieterminowym przesłaniu prawidłowego sprawozdania z kolejek oczekujących za miesiąc październik 2014 roku, powód w dniu 2 grudnia 2014 roku wystawił na pozwanego notę księgową nr (...).III/014-210 opiewającą na kwotę 237,63 zł, płatną w terminie 14 dni od daty otrzymania noty. Nałożona na pozwanego kara umowna stanowiła 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie stron, przy czym karę tę powód naliczył nie od wartości umowy za cały rok, a wyłącznie od wartości umowy liczonej za przedmiotowy miesiąc sprawozdawczy.

Za podstawę wystawienia noty księgowej powód przyjął zapisy § 29 i § 30 ust. 1 pkt 3 lit. f i g Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W myśl ostatniego z powołanych przepisów, w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa oraz nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

Pismem opatrzonym datą 2 grudnia 2014 roku powód poinformował pozwanego o przyczynach wystawienia noty księgowej. Przedmiotowe pismo wraz z notą zostały doręczone pozwanemu w dniu 5 grudnia 2014 roku.

(pismo z dnia 2.12.2014 r. wraz z notą księgową i zwrotnym potwierdzeniem odbioru k. 51-54, okoliczności bezsporne)

W dniu 23 grudnia 2014 roku do (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) wpłynęło zażalenie pozwanego na czynności Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) polegające na obciążeniu podmiotu leczniczego karami umownymi w kwotach 138,57 zł i 237,63 zł, w treści którego podniósł, iż sprawozdania z kolejek oczekujących za miesiące wrzesień i październik 2014 roku zostały złożone w terminie. Pismem z dnia 21 stycznia 2015 roku powód przekazał zażalenie do Prezesa (...) (data wpływu – 23 stycznia 2015 roku).

Rozpoznając zażalenie pozwanego prezes (...) nie uwzględnił go w całości. Podniósł w szczególności, że:

- Informacje o osobach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej stanowią podstawę do opublikowania na stronie internetowej Oddziału Wojewódzkiego (...) informacji o prowadzonych listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, który to obowiązek wynika z treści art. 23 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach,
- Świadczeniodawca, z którym podpisano umowę ma obowiązek terminowego przekazywania komunikatów sprawozdawczych,
- Świadczeniodawca dochowuje terminu wyłącznie wtedy, gdy w terminie przekazuje listę oczekujących zawierającą wszystkie określone przepisami prawa dane. Z powyższego wynika obowiązek przekazania danych o listach oczekujących w ustalonym terminie, a nie jedynie podjęcia próby przekazania tych danych, niezależnie od ostatecznego rezultatu.

(zażalenie k. 55-57, decyzja k. 59-62, okoliczności bezsporne)

W dniach 29 kwietnia 2015 roku i 21 maja 2015 roku powód wystawił dwa wezwania do zapłaty, w których wezwał pozwanego do uiszczenia kary umownej powiększonej o skapitalizowane odsetki, tj. odpowiednio kwoty 7,12 zł i 11,49 zł.

(wezwanie do zapłaty wraz ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru k. 63-65, k. 66-68, okoliczności bezsporne)

Do dnia wyrokowania pozwany nie uiszczył kwoty dochodzonej przedmiotowym powództwem.

(okoliczność bezsporna)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił częściowo jako bezsporny, a w pozostałym zakresie na podstawie znajdujących się w aktach sprawy dowodów z dokumentów, których wiarygodność nie była kwestionowana przez strony procesu. Podstawę ustaleń faktycznych stanowił ponadto dowód z przesłuchania pozwanego oraz zeznania świadków.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w całości.

W przedmiotowej sprawie znajdują zastosowanie postanowienia umowy zawartej przez strony (zawartej przez (...) z pozwanym jako świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń) wraz z załącznikami i ze stosownymi aneksami do tej umowy. Zastosowanie, z uwagi na datę zawarcia i obowiązywania umowy, znajdują także przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwanego dalej rozporządzeniem OWU, przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, a także przepisy Kodeksu cywilnego.

Powód wykazał, że jego roszczenie znajdowało swoje źródło w umowie zawartej przez strony i w przytoczonych wyżej przepisach prawa.

Sąd orzekający w przedmiotowej sprawie w całości podzielił argumenty podniesione przez pełnomocnika powoda w uzasadnieniu pozwu i dalszych pismach procesowych, na wykazanie zasadności roszczenia powoda.

W powyższym stanie faktycznym wskazano łącznie z przytoczeniem ustaleń faktycznych, także stosowne podstawy prawne, gdyż było to niezbędne dla przejrzystości wszelkich ustaleń i rozważań.

Nie powielając w całości poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych, podkreślić jednak należy, że powód wykazał fakt nienależytego przesłania dwóch sprawozdań z kolejek oczekujących przez pozwanego, które mogło skutkować i skutkowało nałożeniem na świadczeniodawcę kary umownej.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia OWU (§ 5 ust. 1), pozwany, jako świadczeniodawca, zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.

O czym była już mowa wyżej, w ramach prowadzonej działalności leczniczej, pozwany, jako strona przedmiotowej umowy, był zobowiązany do przekazywania co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmująca:

- 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca;
- 2) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
- 3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1,

przy czym informacje te, przyjmujące formę sprawozdań, winny być przekazywane powodowi do 10-go dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczyło sprawozdanie.

Przenosząc powyższe na grunt omawianego stanu faktycznego Sąd uznał, że powód w sposób właściwy ustalił, że pozwany złożył prawidłowe sprawozdania z kolejek oczekujących po upływie terminu, tj. sprawozdanie za wrzesień 2014 roku złożył skutecznie dopiero w dniu 13 października 2014 roku, zaś sprawozdanie za październik 2014 roku – dopiero w dniu 16 listopada 2014 roku. W ocenie Sądu nie może się przy tym ostać argumentacja pozwanego, że za spełnienie obowiązku z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach... należy uznać samo wysłanie sprawozdania. W takim bowiem przypadku podmiot leczniczy mógłby wysyłać sprawozdania z dowolną zawartością, wychodząc z założenia, że termin ustawowy został przez niego zachowany, a dopiero w późniejszym okresie dokonywałby stosowanych poprawek. Co przy tym oczywiste działanie takie mogłoby trwać dłuższy okres czasu, same poprawki zaś występować wielokrotnie. Taka wykładnia omawianego obowiązku w sposób oczywisty przeczyłaby celowi, dla którego został on ustanowiony. Ideą przesyłania sprawozdania z kolejek oczekujących jest bowiem ułatwienie podjęcia decyzji przez chorego (świadczeniobiorcę), który może w prosty sposób ustalić, który ze świadczeniodawców wykona na jego rzecz świadczenie zdrowotne w najkrótszym możliwym terminie. Powyższe znajduje pełne odzwierciedlenie w treści art. 23 ustawy o świadczeniach..., w myśl którego m.in.:

- informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 2 (a więc odnośnie liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania), oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu,
- oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniobiorcę, na jego żądanie, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2 i 4, przekazywanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu,
- Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, oraz informacji, o której mowa w ust. 4, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną,
- Prezes Funduszu co miesiąc przekazuje informacje, o których mowa w ust. 8, do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Aby (...) mógł w pełni wywiązać się z wymienionych wyżej obowiązków, za niesporne uznać należy, że musi on dysponować aktualnymi i pełnymi informacjami na temat m.in. kolejek oczekujących. Te zaś spełniają te kryteria li tylko wówczas, gdy sprawozdanie w tym przedmiocie zostanie złożone w określonym terminie i nie będzie zawierało błędów. Kara umowna za nieterminowe składanie sprawozdań nie ma zatem na celu, jak sugeruje pozwany, danie (...) instrumentu do automatycznego karania świadczeniodawców, ale służy zabezpieczeniu sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, które to funkcjonowanie przejawia się w tym przypadku w realizacji przez Fundusz zadań, o których mowa w cytowanym art. 23 ustawy o świadczeniach... Zauważenia wymaga przy tym, że ustawodawca na

realizację omawianego obowiązku ciążącego na świadczeniodawcy przewidział 10-dniowy okres czasu, a więc okres, który przynajmniej w założeniu pozwala nie tylko na wysłanie sprawozdania, ale także na dokonanie jego ewentualnej korekty. Oczywiście ta ostatnia, z punktu widzenia terminowości sprawozdania, jest możliwa wyłącznie wtedy, gdy samo sprawozdanie zostanie złożone w początkowych dniach terminu. Pozwany zaś, co było w sprawie niesporne, ze złożeniem sprawozdania zwlekał do ostatniego dnia, co oczywiście samo w sobie było zachowaniem prawnie dopuszczalnym, ale jednocześnie nie dawało pozwanemu możliwości ewentualnego poprawienia sprawozdania, gdyby to zawierało błędy. Nie ma przy tym racji pozwany podnosząc, że nie miał możliwości poprawienia sprawozdania niezwłocznie z uwagi na wystąpienie dni wolnych od pracy (weekendu w przypadku sprawozdania za wrzesień oraz święta w przypadku sprawozdania za październik). Pomijając sam fakt, iż pozwany wyłącznie na skutek własnej decyzji zwlekał z wykonaniem omawianego obowiązku do ostatniego dnia, pozwany zdaje się nie zauważać, że sprawozdanie za październik 2014 roku przesłał skutecznie w dniu 16 listopada, a więc w niedzielę, co czyni argumentację pozwanego niezasadną. Myli się nadto pozwany podnosząc, że w sprawie nie zostało wykazane, w jakiej dacie z systemu powoda został wygenerowany komunikat o błędzie, powyższe wynika bowiem zarówno z wydruku z systemu, załączonego do akt sprawy, jak również z treści depozycji M. K., będącego pracownikiem pozwanego. Co przy tym istotne, w przypadku obu sprawozdań komunikat o błędzie był generowany w krótki czas po ich przesłaniu (4 minuty jeśli chodzi o sprawozdanie za wrzesień oraz 11 w przypadku sprawozdania za październik). Co przy tym oczywiste to na pozwanym, jako podmiocie zobowiązanym do złożenia sprawozdania, ciążyła powinność upewnienia się, czy złożone sprawozdanie zostało przyjęte przez powoda, a zatem pozwany nie może bronić się zarzutem, że w sprawie nie zostało wykazane, iż zapoznał się on z komunikatem na swoim portalu świadczeniodawcy. Pozwany pomija również okoliczność, że o prawidłowym sposobie składania sprawozdań powód wielokrotnie przypominał nie tylko na swojej stronie internetowej (w komunikatach powód wskazywał ponadto na najczęściej pojawiające się błędy i sposoby ich naprawienia), ale także w wiadomościach mailowych przesyłanych podmiotom leczniczym. Wiadomość taką pozwany otrzymał m.in. w dniu 8 października i 6 listopada 2014 roku, a jej treść nie pozostawiała wątpliwości co do tego, że w terminie 10-cio dniowym winno być złożone sprawozdanie, które nie będzie zawierało błędów. W świetle powyższych okoliczności nie może się ostać podnoszony przez pozwanego zarzut, iż powód nakładał kary umowne bezrefleksyjnie, bez informowania o błędach pozwanego i bez poinstruowania go o prawidłowych sposobach działania. Bezzasadny jest również zarzut pozwanego, iż powód nie wszczął procedury kontrolnej opisanej w art. 64 ustawy o świadczeniach..., procedura ta ma bowiem charakter fakultatywny, o czym przesądza treść w/w przepisu. W niniejszej sprawie kontrola taka nie była zaś konieczna, nieprawidłowe przesłanie sprawozdań przez pozwanego było bowiem widoczne *prima facie* i nie wymagało podejmowania przez powoda dodatkowych działań. Nie ma także racji pozwany podnosząc, że powód naliczył karę umowną za bliżej nieokreślone naruszenie zasad sprawozdawczości, bez wykazania, iż istotnie naruszenia takie miały miejsce, bez wskazania skali uchybień oraz przepisów naruszonych przez świadczeniodawcę. W załączonych do wystawionych not księgowych pismach powód w sposób precyzyjny wskazał, jakich naruszeń i za jaki okres dopuścił się pozwany, przytaczając przy tym naruszony przepis prawa, tj. art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach..., w oparciu o jakie przepisy została naliczona kara umowna, a nadto, jakie skutki dla ubezpieczonych powoduje brak poprawnej i terminowej sprawozdawczości.

Powyższe rozważania implikują jednoznaczną konstatację, iż pozwany, w ramach wykonywania umowy zawartej z powodem, dopuścił się nieprawidłowości, na skutek czego umowa ta nie została wykonana w sposób należyty, co dało powodowi *asumpt* do naliczenia kary umownej. W świetle poczynionych wyżej rozważań, Sąd nie ma przy tym wątpliwości, że nieprawidłowości te wystąpiły z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

Choć okoliczność ta nie była kwestionowana przez pozwanego, w tym miejscu przypomnienia wymaga, że już w samej umowie (§ 6 ust. 1), strony przewidziały możliwość naliczenia kary umownej w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, niewątpliwie zaś z taką sytuacją mamy do czynienia na gruncie niniejszej sprawy. W dalszej kolejności wskazania wymaga, iż wysokość kary umownej winna być zastrzeżona w umowie w ten sposób, aby możliwym było ściśle jej wyliczenie przez stronę umowy, przy czym oznaczenie kary umownej może nastąpić zarówno wprost, tj. poprzez podanie określonej kwoty, bądź też pośrednio, a więc poprzez wskazanie podstaw (kryteriów) do jej wyliczenia. Jak wskazał bowiem Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lutego 2008 roku (II CSK 428/2007, niepubl.), fakt, iż kara umowna występuje wyłącznie pod postacią określonej

sumy, niekoniecznie musi oznaczać, że zastrzegając ją, należy ustalić jednocześnie jej wysokość. Określenie kary może nastąpić przez wskazanie kryteriów, którymi posłużenie się umożliwi wskazanie sumy, jaką dłużnik zobowiązany będzie zapłacić wierzycielowi (por. również wyrok SA w Gdańsku z dnia 30 października 2012 r., V ACa 779/12, Legalis nr 733974). Przenosząc powyższe na grunt omawianej sprawy zauważyć należy, że strony zastrzegły w umowie (§ 6 ust. 4), iż kara umowna nakładana będzie w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W myśl zaś § 29 ust. 1 załącznika, o którym mowa wyżej, wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości. Zgodnie z § 30 ust. 1 załącznika, w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

1) do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:

a) obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,

b) udaremniania kontroli,

c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,

d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,

e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych;

2) do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:

a) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,

b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,

c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;

3) do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku:

a) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,

b) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 i 5,

c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 i 3,

d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 i § 34 ust. 1,

e) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,

f) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,

g) nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

Jednocześnie w § 30 ust. 3 załącznika zastrzeżono, iż kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają kumulacji, przy czym łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy.

W kontekście przytoczonych regulacji za niesporne należy uznać, iż oznaczenie wysokości kary umownej w postanowieniach przedmiotowej umowy nastąpiło w zgodzie z literą prawa, umożliwiło bowiem każdorazowe wyliczenie maksymalnej kary umownej grożącej pozwanemu za dane uchybienie. Oczywistym jest przy tym, że charakter umowy stron, a w szczególności sposób rozliczania pozwanego za wykonane usługi, uniemożliwił oznaczenie kary umownej w inny sposób, aniżeli przez posłużenie się miernikiem procentowym od kwoty zobowiązania, powód nie był bowiem w stanie z góry przewidzieć, jaka będzie wysokość comiesięcznej należności przysługującej pozwanemu, ponieważ ta była bezpośrednio powiązana z liczbą i rodzajem udzielonych przez pozwanego świadczeń zdrowotnych. Zdaniem Sądu wskazane kryteria ustalania wysokości kary umownej są przy tym jednoznaczne i nie budzą żadnych wątpliwości interpretacyjnych, a jednocześnie pozwalają na precyzyjne i proste pod względem matematycznym wyliczenie tejże. Nie budzi przy tym wątpliwości okoliczność, że omawiane kryteria określały maksymalną wysokość kary umownej, jaką powód był uprawniony nałożyć na świadczeniodawcę w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umowy, natomiast to do powoda należała decyzja, czy karę tę nałoży w maksymalnej wysokości, czy też dokona jej miarkowania. Na marginesie należy zauważyć, że zgodnie z treścią art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu obowiązującym w dacie zawierania umowy, tj. na dzień 1 lutego 2012 roku), Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy w/w ustawy oraz przepisy odrębne, przygotowywał projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania. Projekt ten był następnie przesyłany (...), (...) i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców i podlegał uzgodnieniu z tymi podmiotami w trybie negocjacji. Projekt uważał się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożyli pod nim własnoręczne podpisy. Nie jest zatem tak, iż powód wykorzystując swoją pozycję na rynku udzielania świadczeń zdrowotnych narzucał świadczeniodawcom treść zawieranych umów, na skutek czego ci nie mieli możliwości ich negocjacji.

Wskazać ponadto należy, że uprawnienie do nałożenia kary umownej nie jest uzależnione od powstania po stronie wierzyciela szkody. Zgodnie bowiem z ugruntowanym stanowiskiem judykatury, w wypadku zastrzeżenia kary umownej wierzyciel nie ma obowiązku wykazania faktu szkody i jej wysokości, a zobligowany jest jedynie udowodnić, że kara umowna została skutecznie zastrzeżona oraz, że doszło do nienależytego wykonania lub niewykonania zobowiązania (por. m.in. wyrok SA w Katowicach z dnia 10 października 2014 r., V ACa 245/14, (...); wyrok SA w Białymstoku z dnia 27 czerwca 2013 r., I ACa 38/13, Legalis nr 719578; wyrok SN z dnia 4 grudnia 2003 r., II CK 160/02, Legalis nr 64496). W uchwale siedmiu sędziów z dnia 6 listopada 2003 roku (III CZP 61/03, OSNC 2004/5/69), mającej moc zasady prawnej, Sąd Najwyższy wprost wskazał, że zastrzeżenie kary umownej na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania nie zwalnia dłużnika z obowiązku jej zapłaty w razie wykazania, że wierzyciel nie poniósł szkody. Uzasadniając przytoczony pogląd, Sąd Najwyższy dostrzegając istniejące wcześniej rozbieżności w zakresie tego, czy powstanie po stronie wierzyciela szkody stanowi przesłankę roszczenia o zapłatę kary umownej, wyjaśnił, że przepisy art. 483 k.c. i art. 484 k.c. winny być rozumiane wedle wykładni funkcjonalnej, przy założeniu konstrukcyjnej ciągłości odszkodowania umownego i kary umownej. Skoro roszczenie wierzyciela o zapłatę kary umownej o określonej przez strony wysokości przysługuje wierzycielowi "bez względu na wysokość poniesionej szkody" (art. 484 k.c.) to w formule takiej można dostrzegać zasadniczo tę samą myśl legislacyjną, jaka została zawarta w zwrocie ustawowym zawartym w art. 84 § 1 Kodeksu zobowiązań ("bez potrzeby wykazywania jakiegokolwiek szkody"). Jeżeli kara umowna przysługuje wierzycielowi w zastrzeżonej wysokości "bez względu na wysokość poniesionej szkody", oznacza to, że nie ma w ogóle znaczenia także sam fakt wystąpienia szkody. Wylimitowana została, także de lege lata, zależność między karą umowną i szkodą, a nie tylko między samą wysokością kary umownej i wysokością szkody. Wierzyciel byłby wobec tego zawsze zwolniony z wykazania nie

tylko wysokości szkody, ale także z faktu jej poniesienia. Inaczej stałoby się w razie dochodzenia przez wierzyciela odszkodowania na zasadach ogólnych (art. 484 § 1 zdanie drugie i art. 471 k.c.). W ocenie Sądu Najwyższego, w art. 484 § 1 zdanie pierwsze k.c. doszło zatem do zmodyfikowania ogólnych przesłanek odpowiedzialności kontraktowej dłużnika w razie powstania obowiązku zapłaty przez niego kary umownej, ponieważ jej zapłata w wysokości pierwotnie umówionej może nastąpić bez względu na fakt wystąpienia i wysokość poniesionej szkody. Zastrzeżenie kary umownej w umowie powoduje modyfikację reguł odpowiedzialności kontraktowej w tym sensie, że wierzyciel wykazuje jedynie sam fakt zastrzeżenia kary umownej i niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania przez dłużnika. Kara umowna stanowi zatem jedną z umownych sankcji kontraktowych, aktualizującą się w związku z naruszeniem zobowiązania przez dłużnika, o uproszczonym sposobie jej zastosowania, w sferze odpowiedzialności kontraktowej obowiązek naprawienia szkody nie stanowi bowiem jedynej konsekwencji (sankcji) niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania.

Reasumując Sąd uznał, że powód z uwagi na nienależyte wykonanie umowy, był uprawniony do nałożenia na pozwanego kary umownej w wysokości dochodzonej przedmiotowym powództwem. Sąd przyjął przy tym, że powód w sposób precyzyjny wyjaśnił, w jaki sposób została naliczona kara umowna za stwierdzone nieprawidłowości, powołał bowiem podstawę prawną nałożenia kary umownej, jak również kryteria jej wyliczenia, wskazując w tym ostatnim przypadku procentowy wymiar kary (1% od wartości kontraktu, liczonej jednak nie od wartości rocznej, ale od wartości za dany miesiąc sprawozdawczy) oraz podstawę jej naliczenia. Nałożona kara nie miała przy tym charakteru zawyżonego, skoro powód za podstawę jej wyliczenia przyjął wartość kontraktu za jeden tylko miesiąc, nie zaś za cały rok.

Mając na uwadze powyższe, Sąd zasądził od pozwanego (...)W. (...) Spółki Jawnej w W. na rzecz powoda (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z siedzibą w Ł. kwotę 376,20 zł z ustawowymi odsetkami, przy czym od dnia 1 stycznia 2016 roku z odsetkami ustawowymi za opóźnienie:

- od kwoty 138,57 zł od dnia 6 grudnia 2014 roku do dnia 7 lutego 2015 roku i od dnia 3 marca 2015 roku do dnia zapłaty;
- od kwoty 237,63 zł od dnia 20 grudnia 204 roku do dnia 7 lutego 2015 roku i od dnia 3 marca 2015 roku do dnia zapłaty.

M.-prawną podstawę roszczenia powoda stanowi przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z treścią którego jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Wskazany przepis art. 481 k.c. obciąża dłużnika obowiązkiem zapłaty odsetek bez względu na przyczyny uchybienia terminu płatności sumy głównej. Sam fakt opóźnienia przesądza, że wierzycielowi należą się odsetki. Dłużnik jest zobowiązany uiszczyć je, choćby nie dopuścił się zwłoki w rozumieniu art. 476 k.c., a zatem nawet w przypadku gdy opóźnienie jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności i choćby wierzyciel nie doznał szkody. Odpowiedzialność dłużnika za ustawowe odsetki w terminie płatności ma zatem charakter obiektywny. Do jej powstania jedynym warunkiem niezbędnym jest powstanie opóźnienia w terminie płatności. Zgodnie z treścią § 2 art. 481 k.c. jeżeli strony nie umówiły się co do wysokości odsetek z tytułu opóźnienia lub też wysokość ta nie wynika ze szczególnego przepisu, to wówczas wierzycielowi należą się odsetki ustawowe ogólne (od dnia 1 stycznia 2016 roku odsetki ustawowe za opóźnienie). Ustalając okres, za który powodowi należne są odsetki, Sąd uwzględnił przepisy § 28 ust. 3 oraz § 29 ust. 6 zamieszczone w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne, które zawieszają prawo do żądania odsetek za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności stron za wynik procesu i na podstawie art. 98 k.p.c. zasądził od pozwanego (...)W. (...) Spółki Jawnej w W. na rzecz powoda (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z siedzibą w Ł. kwotę 107 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Na koszty procesu poniesione przez powoda złożyły się: 30 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, 60 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego powoda w stawce minimalnej (§ 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, t.j. Dz.U. 2013, poz. 490) oraz 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.