

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 9 czerwca 2021 r. wydanym w sprawie o sygn. akt II C 2/20 w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi:

1. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 35.353,16 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie naliczanymi do dnia zapłaty od kwot:

a. 35.010,72 złotych od dnia 27 lipca 2016 roku;

b. 342,44 złotych od dnia 8 września 2016 roku;

2. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.600 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając wydane rozstrzygnięcie w całości, któremu zarzucił naruszenie:

1. przepisów prawa procesowego:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez sprzeczną z zasadami logiki oraz doświadczenia życiowego

ocenę zgromadzonego materiału dowodowego polegającą na uznaniu, iż pomimo uwzględnienia lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarzy w trakcie takiej specjalizacji) w wykazie dyżurów jako lekarzy pełniących dyżur w ramach chirurgii naczyniowej, nie udzielają oni świadczeń w ramach chirurgii naczyniowej, podczas gdy logiczna i zgodna z doświadczeniem życiowym ocena zgromadzonego materiału dowodowego winna prowadzić do wniosku, iż ujęcie w wykazie dyżurów chirurgii naczyniowej lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarzy w trakcie takiej specjalizacji) stanowi o realizacji świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej przez lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarzy w trakcie takiej specjalizacji), co w sposób oczywisty miało wpływ na rozstrzygnięcie w sprawie;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia zgromadzonego materiału

dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnej części tego materiału (tj.

zebranych w sprawie dokumentów oraz zeznań świadków w zakresie braku prawidłowej kwalifikacji przedoperacyjnej pacjenta o numerze PESEL (...) oraz braku ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Pracowni Radiologii Zabiegowej) podczas gdy z pominiętego materiału dowodowego wynika zasadność nałożenia na powoda kary umownej, co w sposób oczywisty miało wpływ na rozstrzygnięcie w sprawie;

2. przepisów prawa materialnego tj.

- § 6 ust. 1 i 2 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”

będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008, Nr 81, poz. 484) dalej: „OWU” w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU poprzez ich niezastosowanie, polegające na ustaleniu przez Sąd I instancji, iż uchybienia, za które pozwany nałożył na powoda karę umowną miały miejsce, a mimo to uznaniu kary umownej za które pozwany nałożył na powoda karę umowną miały miejsce tj. przy ustaleniu, iż miały miejsce nienależyte wykonanie zobowiązania w zakresie nieaktualizowania danych w załącznikach do umowy dotyczących potencjału

wykonawczego Oddziału (...) Naczyniowej, Sąd I instancji winien zastosować omawiane przepisy i karę umowną uznać za należnie nałożoną;

- § 4 ust. 1, § 5, § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014 poz. 177) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU poprzez ich niezastosowanie polegające ustaleniu przez Sąd I instancji, iż uchybienia, za które pozwany nałożył na powoda karę umowną miały miejsce, a mimo to uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy przy ustaleniu przez Sąd I instancji, iż uchybienia, za które pozwany nałożył na powoda karę umowną miały miejsce tj. przy ustaleniu, iż miało miejsce nienależyte wykonanie zobowiązania w zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej niezgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2014 poz. 177), Sąd I instancji winien zastosować omawiane przepisy i karę umowną uznać za należnie nałożoną;

- załącznika nr 4 lp. 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1510) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU poprzez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż Świadczeniodawca powinien zapewnić dostęp do wykonywania świadczeń wewnątrznacyniowych (endowaskularnych) w Pracowni Radiologii Zabiegowej przez lekarzy z odpowiednim doświadczeniem (specjalista chirurgii naczyniowej lub specjalista radiodiagnostyki lub radiologii) całodobowo, w ramach gotowości, a co za tym idzie uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy prawidłowa wykładnia naruszonego przepisu prowadzi do wniosku, iż Świadczeniodawca powinien zapewnić dostęp do wykonywania świadczeń wewnątrznacyniowych (endowaskularnych) w Pracowni Radiologii Zabiegowej przez lekarzy z odpowiednim doświadczeniem (specjalista chirurgii naczyniowej lub specjalista radiodiagnostyki lub radiologii) całodobowo, na każdej zmianie roboczej, a co za tym idzie do uznania kary umownej za należnie nałożoną;

- załącznika nr 3 lp. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz 1510) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU poprzez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż skoro przepisy rozporządzenia nie przewidują, iż dyżuru nie może pełnić obok specjalisty z zakresu chirurgii naczyniowej (lub lekarza w trakcie takiej specjalizacji), także lekarz specjalista z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarz w trakcie takiej specjalizacji) to za zasadne należy uznać dopuszczenie do pełnienia dyżuru w Oddziale (...) Naczyniowej przez lekarza specjalistę z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarza w trakcie takiej specjalizacji), a co za tym idzie uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy prawidłowa wykładnia naruszonego przepisu prowadzi do wniosku, iż przepis ten stanowi katalog zamknięty, zawierający wszystkie i zarazem jedyne dopuszczalne specjalizacje lekarzy mogących pełnić dyżur w Oddziale (...) Naczyniowej, a co za tym idzie do uznania kary umownej za należnie nałożoną;

- § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1520) oraz § 11 ust. 1 Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU poprzez ich niezastosowanie polegające na uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy przy wszechstronnej ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego i dokonaniu jego oceny bez pominięcia istotnej części tego materiału (tj. zebranych w sprawie dokumentów oraz zeznań świadków w zakresie braku prawidłowej kwalifikacji przedoperacyjnej pacjenta o numerze PESEL (...)), Sąd I instancji winien zastosować omawiane przepisy i karę umowną uznać za należnie nałożoną;

- § 5 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1520) w związku z art. 50 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160) w związku z § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU poprzez ich

niezastosowanie polegające na uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy przy wszechstronnej ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowe

-go i dokonaniu jego oceny bez pominięcia istotnej części tego materiału (tj. zebranych w sprawie dokumentów oraz zeznań świadków w zakresie braku ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Pracowni Radiologii Zabiegowej), Sąd I instancji winien zastosować omawiane przepisy i karę umowną uznać za należnie nałożoną;

- art. 484 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie, polegające na uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy przy ustaleniu przez Sąd I instancji, iż uchybienia, za które pozwany nałożył na powoda karę umowną miały miejsce tj. przy ustaleniu, iż miało miejsce nienależyte wykonanie zobowiązania, Sąd I instancji winien zastosować omawiany przepis i

karę umowną uznać za należnie nałożoną;

- art. 484 § 2 k.c. poprzez jego niezastosowanie, polegające na niedokonaniu zmiarkowania nałożonej kary umownej i uznaniu kary umownej za nienależnie nałożoną, podczas gdy przy ustaleniu przez Sąd I instancji, iż uchybienia, za które pozwany nałożył na powoda karę umowną miały miejsce, lecz jednak miały one charakter techniczny i incydentalny, tj. przy ustaleniu, iż miało miejsce nienależyte wykonanie zobowiązania, Sąd I instancji winien zastosować omawiany przepis i karę umowną zmiarkować.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez orzeczenie o oddaleniu powództwa w całości, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, ponowne rozstrzygnięcie o kosztach postępowania za I instancję, zasądzenie od rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za czas po upływie tygodnia od dnia ogłoszenia orzeczenia do dnia zapłaty.

W odpowiedzi na apelację, powód wniósł o jej oddalenie.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja jest w części uzasadniona.

Wstępnie należy odnotować, że ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji jako prawidłowe Sąd Okręgowy podziela, przyjmując za własne. Jednakże ocena materiału dowodowego mimo prawidłowości ustaleń faktycznych nie odpowiada w pełni dyrektywom wskazanym w art. 233 § 1 k.p.c., co zarzut naruszenia przywołanej normy prawnej czyni uzasadnionym.

Ma rację skarżący twierdząc, że ujęcie w wykazie dyżurów chirurgii naczyniowej lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarzy w trakcie takiej specjalizacji) stanowi o realizacji świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej przez lekarzy o innej specjalności, bo specjalistów z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarzy w trakcie takiej specjalizacji), czemu sprzeciwiają się zapisy umowy.

Z materiału dowodowego wynika także brak ustalenia w kontrolowanym okresie 2014, 2015 minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Pracowni Radiologii Zabiegowej.

Przed rozważeniem naruszeń prawa materialnego, należy odnotować, że umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym także przedmiotowa umowa, powinna być wykonywana zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniach Prezesa NFZ, wydanych na podstawie delegacji ustawowej przewidzianej w art. 146 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2017, poz.1938 ze zm.; dalej: „u.ś.o.z.”), ale i w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008, Nr 81, poz. 484) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w

sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, poz. 1143), albowiem akty te zostały powołane w umowie.

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i warunki ich udzielania określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, której przepisy mają zastosowanie do regulowanych nią umów z wyprzedzeniem kodeksu cywilnego (art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.). Takie umowy muszą precyzować świadczenia, do wykonywania których zobowiązuje się świadczeniodawca, ich zakres, warunki udzielania oraz zasady wynagradzania za ich wykonanie.

W nieopublikowanych wyrokach z 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15 i z 29 stycznia

2016 r., II CSK 91/15, Sąd Najwyższy stwierdził, że ze względu na ogólny charakter tych wzorców normatywnych, złożoność objętej nimi materii, konieczność indywidualizacji i uszczegółowienia postanowień umów dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej niemożliwe jest oznaczenie praw i obowiązków stron konkretnych umów tylko na ich podstawie. Za dopuszczalne uznał przy tym włączenie do umowy postanowień zarządzeń Prezesa NFZ, wydawanych w oparciu o przepis kompetencyjny dotyczący postępowania konkursowego. (por. nieopubl. wyroki Sądu Najwyższego z 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, z 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15).

Postanowienia umowy określające rodzaj, zakres i warunki spełnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez zobowiązanego do tego podmiot oraz świadczeń wzajemnych przez NFZ są - co do zasady - wiążące dla stron umowy. O ile między stronami takiej umowy dojdzie zatem do sporu co do tego, czy umowa została wykonana przez obie jej strony (art. 354 k.c.), to odpowiedź na tak postawione pytanie wymaga najpierw stwierdzenia, jakie obowiązki przyjęły na siebie strony umowy i jakie uprawnienia przysługiwały im wobec kontrahenta. Także w tych stosunkach umownych dłużnik powinien bowiem wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel (por. wyrok Sądu Najwyższego z 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, nieopubl.).

Ma rację skarżący, zarzucając naruszenie § 6 ust. 1 i 2 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008, Nr 81, poz. 484) w związku z § 29 ust. 1 i 2. Z akt sprawy wynika, że nieprawidłowo podawano zmiany aktualizujące skład personelu medycznego, niektórych pracowników świadczących pracę nie wykazano, a niektórzy z nich, wprawdzie zgłoszeni, pracy nie świadczyli. Zarzucane powodowi uchybienia, polegające na nienależytym wykonaniu zobowiązania w zakresie nieaktualizowania danych w załącznikach do umowy dotyczących potencjału wykonawczego Oddziału (...) Naczyniowej, za które pozwany nałożył na powoda karę umowną, miały miejsce, zatem co do zasady kara umowna była należna.

Słusznie też skarżący wywodzi, że § 4 ust. 1, § 5, § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014 poz. 177) nakładający na powoda obowiązek należytego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, któremu to wymogowi podmiot leczniczy uchybił, w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU stanowi podstawę do obciążenia karą umowną.

Podobnie rzecz się ma co do wadliwej wykładni załącznika nr 4 lp. 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1510) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU polegającej na przyjęciu, iż świadczeniodawca powinien zapewnić dostęp

do wykonywania świadczeń wewnątrznaczyniowych (endowaskularnych) w Pracowni Radiologii Zabiegowej przez lekarzy z odpowiednim doświadczeniem (specjalista chirurgii naczyniowej lub specjalista radiodiagnostyki lub radiologii) całodobowo, w ramach gotowości, podczas gdy prawidłowa wykładnia naruszonego przepisu prowadzi do wniosku, iż świadczeniodawca powinien zapewnić dostęp do wykonywania świadczeń wewnątrznaczyniowych (endowaskularnych) w Pracowni Radiologii Zabiegowej przez lekarzy z odpowiednim doświadczeniem (specjalista chirurgii naczyniowej lub specjalista radiodiagnostyki lub radiologii) całodobowo, na każdej zmianie roboczej co skutkuje uznaniem co do zasady za należną karę umowną.

Prawidłowa wykładnia załącznika nr 3 lp. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 poz. 1520) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU winna prowadzić do wniosku, że skoro przepisy rozporządzenia nie przewidują, iż dyżuru nie może pełnić obok specjalisty z zakresu chirurgii naczyniowej (lub lekarza w trakcie takiej specjalizacji) także lekarz specjalista z zakresu chirurgii ogólnej (lub lekarz w trakcie takiej specjalizacji,) to za zasadne należy uznać, że przepis ten stanowi katalog zamknięty, zawierający wszystkie i zarazem jedyne dopuszczalne specjalizacje lekarzy mogących pełnić dyżur w Oddziale (...) Naczyniowej, co także skutkuje zasadnością nałożenia kary umownej.

Naruszenie zaś § 5 ust. 4 przywołanego wyżej rozporządzenia w związku z art. 50 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160) w związku z § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545) w związku z § 29 ust. 1 i 2 OWU, jak trafnie zauważa skarżący, polega na wadliwym przyjęciu, że nie występuje brak ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Pracowni Radiologii Zabiegowej w sytuacji, gdy zgromadzony materiał dowodowy przeczy takiej tezie.

Natomiast Sąd Okręgowy nie podziela zapatrywania skarżącego co do braku prawidłowej kwalifikacji przedoperacyjnej pacjenta o numerze PESEL (...). Prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 15 marca 2018 roku wydanym w sprawie o sygnaturze akt II C 1366/16 uznano zasadność udzielonego S. F. świadczenia zdrowotnego. Konsultacji i kwalifikacji pacjenta do zabiegu dokonał lekarz kardiolog posiadający specjalizację internistyczną oraz lekarz anestezjolog. W przypadku tego pacjenta nie istniała konieczność odbycia konsultacji z innych dziedzin, nie tylko z uwagi na fakt, iż konsultacja taka nic nie wniosłaby do kwalifikacji pacjenta do zabiegu, lecz również z powodu konieczności udzielenia szybkiej pomocy medycznej w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Z art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 125 ze zm.; dalej: „u.z.l.”) wynika zaś, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Natomiast według art. 19 ust. 1 u.ś.o.z.

w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z regulacji tych wynika ustawowy obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi, w sposób bezzwłoczny (natychmiastowy), jeżeli wymaga tego stan pacjenta (zagrożenie życia i zdrowia). Wskazane formuły ustawowe mają charakter ogólny i powinny być uściślane m.in. w zależności od rodzaju i stanu chorobowego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, a te z kolei mogą determinować rodzaj i zasięg zastosowanej terapii medycznej (por. wyroki Sądu Najwyższego z 17 marca 2016 r., II CSK 275/1, z 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, nieopubl.). Z dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta w sposób jednoznaczny wynika stan nagły, wymagający ratowania życia. Zarzut apelacji w powyższym zakresie jest zatem chybiony.

Zasadne jest zaś zarzucenie zaniedbań dotyczących dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta, w której występują liczne braki i niedokładności, a które szczegółowo opisał Sąd Rejonowy.

W tym stanie rzeczy, zważywszy na całokształt materiału dowodowego, nie sposób nie zauważyć, że powód dopuścił się szeregu uchybień w wykonywaniu umowy zawartej z NFZ, co skutkuje przyjęciem, że konsekwencją nienależytego

wykonania zobowiązania, jest nałożenie kary umownej. Zarzut naruszenia art. 484 § 1 k.c. należy zatem uznać za trafny.

Nieprawidłowe jest założenie, że dla uznania, iż podmiot świadczący usługi zdrowotne wykonał zawartą ze Świadczeniodawcą umowę o ich udzielanie wystarczy stwierdzenie, że podmiot ten w ogóle świadczył usługi o takim charakterze i osiągnął ich cele medyczne wobec pacjentów, a skoro do żadnych szkód nie doszło ewentualnie ich charakter był znikomy, kara umowna nie jest należna. Otóż w przedmiotowej umowie brak jest zależności między uchybieniem wynikającym z jej niewykonania a szkodą jako przesłanki dla ustalenia zasadności kary umownej. Kara umowna pozostaje konsekwencją powstałych uchybień w wykonaniu zapisów umowy, a przesłanką jej naliczenia jest przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym. Art. 484 § 1 k.c. wprost stanowi, że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości bez względu na wysokość poniesionej szkody.

Jednakże z uwagi na różnego rodzaju uchybienia w wykonaniu umowy, głównie o charakterze technicznym i incydentalnym, jak też z uwagi na cele, jakie spełnia podmiot leczniczy oraz zrealizowanie umowy w znacznej części, uzasadnione jest, w ocenie Sądu Okręgowego, zastosowanie regulacji opisanej w art. 484 § 2 k.c.

Katalog kryteriów pozwalających na zmniejszenie kary umownej nie jest zamknięty, a ocena w tym zakresie, w zależności od okoliczności sprawy, należy do sądu orzekającego. Niewątpliwie miarkowanie kary umownej ma na celu przeciwdziałanie dużym dysproporcjom między wysokością zastrzeżonej kary a godnym ochrony interesem wierzyciela przy uwzględnieniu okoliczności konkretnej sprawy. Takie rozwiązanie zapewnia możliwość elastycznego stosowania miarkowania kar umownych. Kara umowna, nie będąc rażąco wygórowaną w momencie jej zastrzegania, może się taką stać w następstwie późniejszych okoliczności, do których można przykładowo zaliczyć fakt, iż szkoda wierzyciela jest znikoma, skutkiem czego zachodzi rażąca dysproporcja pomiędzy jej wysokością a wysokością należnej kary. (por. wyrok SN z 3 lutego 2021 r. (...) 17/21, wyrok SA w Białymstoku z 4 marca 2021 r. I AGa 51/20, legalis).

Odnosząc powyższe do realiów badanej sprawy, wolno powiedzieć, że brak terminowego aktualizowania zgłaszania zmian w wykazie personelu medycznego nie zniweczyło zabezpieczenia medycznego, które gwarantowano na odpowiednim do umowy poziomie. Kwalifikacja przedoperacyjna pacjenta o podawanym numerze P. była zaś prawidłowa. W tych okolicznościach, zastosowana za opisane dwa uchybienia kara umowna na poziomie 0,5% jawi się jako zawyżona i wobec uznania za uchybienie tylko pierwszą część opisanego zarzutu, Sąd Okręgowy uznał za zasadną karę umowną na poziomie 0,2%. Przyjęcie kary w wysokości 0,1% za zawierającą niedokładności, braki dokumentację medyczną pacjenta trzeba uznać za uprawnioną w sytuacji, gdy uchybienie ma charakter incydentalny. Za pozostałe opisane uchybienia w postaci niezapewnienia obsadzenia dyżurów na oddziale chirurgii naczyniowej przez specjalistów wyłącznie z tej dziedziny (a przy pomocy także chirurgów ogólnych) oraz dyżurów w Pracowni Radiologii w sposób wynikający z kontraktu, oraz brak ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, kara umowna została obniżona do 0,2% z uwagi na zabezpieczenie medyczne wskazanych oddziałów i znikomego wpływu na proces leczniczy braku planu zatrudnienia. Szpital zapewniał obsadę personelu w drodze tzw. dyżurów pod nadzorem – w razie zaistnienia potrzeby doświadczony chirurg naczyniowy przyjeżdżał na zabieg. W ramach Pracowni Radiologii Zabiegowej powód zapewniał całodobowy dostęp do wykonywania zabiegów, gwarantując dostępność personelu medycznego w dzień i w nocy.

W konsekwencji przyjętych ocen, kara umowna uległa obniżeniu odpowiednio z kwoty 6 670,80 zł (z 0,5%) do 2 668,32 zł (do 0,2%), z kwoty 27 005,76 zł (z 0,5%) do 10 802,30 zł (do 0,2%). Pozostała kwota 1 334,16 zł bez mian. Łącznie kara umowna po zastosowaniu instytucji jej miarkowania wynosi 14 804,78 zł. Odsetki od wskazanej kwoty za okresy: od 6.04.2016 r. do 18.05.2016 r. wynoszą 119,25 zł, od 19.07.2016 r. do 26.07.2016 r. – 19,87 zł, łącznie 139,12 zł. Kwota główna z odsetkami składa się na sumę 14 943,90 zł.

Nienależną jest zatem kwota 20 409,26 zł (35 353,16 zł – 14 943,90 zł), podlegająca uwzględnieniu w badanej sprawie jako nienależnie ustalona kara umowna. Kwota ta została zasądzona z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 20 205,94 zł (stanowiącej różnicę między karą umowną -35 010,72 zł a należną -14 804,78 zł) od dnia 27 lipca 2016

roku, a od kwoty 203,32 zł (stanowiącej różnicę między dochodzonymi w wysokości 342,44 zł a należnymi -139,12 zł) od dnia 8 września 2016 roku – do dnia zapłaty (art. 481 § 1 i § 2 k.c.).

Konsekwencją zmiany merytorycznej zaskarżonego wyroku i częściowego uwzględnienia powództwa (w 57,7%) jest zmiana kosztów postępowania w pierwszej instancji, o których Sąd orzekł w odwołaniu do zasady wyrażonej w art. 100 k.p.c. Na koszty te złożyły się wynagrodzenie pełnomocników procesowych w kwotach po 3 600 zł, ustalone na podstawie § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 roku, poz. 265). Zasądzeniu na rzecz powoda podlegała kwota 554,40 zł (7 200 zł x 57,7% - 3 600 zł).

Konkludując, w przedstawionych okolicznościach, zasadna w części (w 42,27%) apelacja pozwanego skutkowałą zmianą zaskarżonego wyroku na podstawie art. 386 § 1 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. Na koszty złożyły się: opłata sądowa od apelacji w wysokości 1 768 zł, koszty zastępstwa procesowego po 1 800 zł, ustalone na podstawie § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 roku, poz. 265), łącznie 5 368 zł. Zasądzeniu na rzecz skarżącego podlegała kwota 469 zł (5 368 zł x 57,7% przegranej pozwanego – 3 568 zł poniesionych przez pozwanego kosztów).