

Sygn. akt V ACa 322/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lutego 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maryla Domel-Jasińska
Sędziowie:	SA Artur Lesiak (spr.) SA Anna Daniszewska
Protokolant:	st. sekr. sąd. Magdalena Tobiasz - Ignatowicz

po rozpoznaniu w dniu 21 lutego 2017 r. w Gdańsku na rozprawie
sprawy z powództwa Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w L.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - (...) w B.
o zapłatę
na skutek apelacji pozwanego
od wyroku Sądu Okręgowego w B.
z dnia 18 stycznia 2016 r. sygn. akt I C 917/13

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 322/16 **UZASADNIENIE**

Pozwem z dnia 12 grudnia 2013r. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w B. powód Szpital (...) wniósł o zasądzenie łącznie kwoty 78.540 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 201 Ir. do dnia zapłaty. Powód wniósł również o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, iż łączyła ją z pozwanym umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mocą tej umowy powód zobowiązał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa zawierała określone limity udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących górną kwotę, jaką pozwany mógł zapłacić powodowi, przy czym pozwany nie zwracał kosztów udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych. Powód wskazał, iż w jego placówce medycznej niejednokrotnie zdarzają się sytuacje, w których istnieje konieczność udzielenia pomocy medycznej z uwagi na nałożone przez ustawodawcę obowiązki zawarte w treści ustawy z dnia 5 grudnia 1996

roku o zawodach lekarza i dentysty oraz w ustawie z dnia 30 czerwca 2011 roku o zakładach opieki zdrowotnej, jak i w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. W przedmiotowej sprawie, żądanie pozwu dotyczy zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda w 2010r. w warunkach przymusu ustawowych udzielonych następującym pacjentom: W. S. (1), P. S. (1), H. S. (1), K. R. (1), A. R., W. R., M. Z. (1), K. Z. (1), M. Ż., M. Z. (2), J. Z., D. Z., O. Z., K. Z. (2), A. Z., M. W. (1), B. W., M. W. (2), W. W., P. W., N. W. (1), N. W. (2), K. W., Z. W., M. W. (3) wskiemu, M. W. (4), A. U., N. T., J.

T., M. T. (1), M. T. (2), W. T., M. Ś., P. S. (2), D. S.. Strona powodowa, w przypadku kwestionowania przez pozwanego charakteru udzielonych przez powoda świadczeń zdrowotnych wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny na okoliczność ustalenia- na podstawie całokształtu dokumentacji medycznej, iż osobom wymienionym w treści pozwu konieczne było natychmiastowe udzielenie świadczeń medycznych dla ratowania ich życia i zdrowia.

W odpowiedzi na pozew, pozwany wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów procesu.

Strona pozwana pierwszej kolejności podniosła zarzut przedawnienia roszczenia w części obejmującej kwotę 32.895 zł, dalej zakwestionowała powództwo co do zasady, wskazując, iż świadczenia będące przedmiotem roszczenia finansowane są tylko w ramach kontraktu zawartego przez powoda z NFZ. Przy czym nie stanowią one świadczeń,, nielimitowanych", za jakie NFZ zobowiązany jest zapłacić bez względu na limity określone w umowie. Tym samym powód ma prawo domagać się zapłaty jedynie za świadczenia w wysokości określonej kontraktem. Jedyną podstawą do dochodzenia dodatkowych środków jest udzielenie świadczenia w warunkach określonych w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym świadczeniodawca ma prawo do dodatkowych środków w przypadku udzielenia świadczeń w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie. Powód w żaden sposób nie wykazał, aby taki stan zaistniał. Powód na bieżąco w przesyłanych raportach statystycznych nie kwalifikował dochodzonych niniejszym pozvem świadczeń jako ratujących życie, co faktycznie oznacza, iż świadczenia takiego charakteru nie miały. Pozwany wskazał ponadto, iż nie dysponuje własnymi środkami finansowymi, do dyspozycji ma jedynie środki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W sposób oczywisty przeznaczenie większych środków na finansowanie działalności powoda spowoduje zmniejszenie środków przeznaczonych na finansowanie innych świadczeniodawców. Tym samym powód dochodzący roszczenia na drodze

sądowej w istocie narusza prawo innych podmiotów do otrzymania zapłaty za zrealizowane przez nich świadczenia. Stanowi to istotę sprzecznego z zasadami współżycia społecznego korzystania z własnego prawa.

Z analogicznym pozvem powód wystąpił przeciwko pozwanemu w dniu 12 grudnia 2013r. i wniósł o zasądzenie łącznie kwoty 78.999,00 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty i kosztami procesu. Powód wskazał, iż żądanie dotyczy następujących pacjentów: Ł. O., B. O., M. N., M. O. (1), K. P. (1), S. O., K. O., A. P. (1), K. R. (2), M. R., K. P. (2), P. P., W. P., D. P., A. P. (2), J. P., B. N., J. N., O. N., P. N., A. S. (1), P. S. (3), W. S. (2), A. S. (2), K. S., A. S. (3), N. S. (1), M. S. (1), R. S., N. S. (2), M. S. (2), A. S. (4). Świadczenia te zostały udzielone w 2010r.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia co do kwoty 36.210 zł, wskazując, iż świadczenia zdrowotne objęte są trzyletnim terminem przedawnienia przewidzianym w art. 118 kc. Powód jako świadczeniobiorca dochodzi od pozwanego zapłaty roszczeń związanych z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. Wobec powyższego, roszczenia, których termin wymagalności jest wcześniejszy niż 3 lata przed wniesieniem pozwu do sądu są przedawnione. Pozwany zakwestionował również zasadność roszczenia z tytułu świadczenia udzielonego pacjentowi K. O.. W raportach statystycznych przekazanych przez powoda nie ma żadnej informacji o hospitalizacji w/w pacjenta w tym okresie. Pozwany wskazał ponadto, iż nie akceptuje dochodzonej należności. Świadczenia będące przedmiotem roszczenia finansowane są tylko w ramach kontraktu zawartego przez powoda z NFZ. Przy czym nie stanowią one świadczeń,, nielimitowanych", za jakie NFZ zobowiązany jest zapłacić bez względu na limity

określone w umowie. Tym samym powód ma prawo domagać się zapłaty jedynie za świadczenia w wysokości określonej kontraktem. Jediną podstawą do dochodzenia dodatkowych środków jest udzielenie świadczenia w warunkach określonych w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym świadczeniodawca ma prawo do dodatkowych środków w przypadku udzielenia świadczeń w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie. Powód w żaden sposób nie wykazał, aby taki stan zaistniał. Powód na bieżąco w przesyłanych raportach statystycznych nie kwalifikował dochodzonych niniejszym pozwem świadczeń jako ratujących życie, co faktycznie oznacza, iż świadczenia takiego charakteru nie miały. Pozwany wskazał ponadto, iż nie dysponuje własnymi środkami finansowymi, do dyspozycji ma jedynie środki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W sposób oczywisty przeznaczenie większych środków na finansowanie działalności powoda spowoduje zmniejszenie środków przeznaczonych na finansowanie innych świadczeniodawców. Tym samym powód dochodząc roszczenia na drodze sądowej w istocie narusza prawo innych podmiotów do otrzymania zapłaty za zrealizowane przez nich świadczenia. Stanowi to istotę sprzecznego z zasadami współżycia społecznego korzystania z własnego prawa.

Sprawy zostały połączone do wspólnego rozpoznania i dalszego prowadzenia pod sygnaturą I C 917/13.

Wyrokiem z dnia 18 stycznia 2016 r. sygn. akt I C 917/13 Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 153.306,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2011 r. do dnia zapłaty (pkt 1), oddalił powództwo w pozostałej części (pkt 2), zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt 3).

Sąd Okręgowy wskazał, że powyższy wyrok oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach:

W dniu (...) powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) ((...)), której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2010r. Maksymalna kwota zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji umowy w tym okresie została ustalona na kwotę 19.043 984,00 zł. Wartość finansowania świadczeń z zakresu pediatrii -hospitalizacji została określona na kwotę 1.296,000 zł. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń z zakresu pediatria -hospitalizacja do wysokości ustalonego limitu.

Oddział pediatrii powodowego szpitala w sytuacji zagrożenia życia dziecka zobowiązany jest do jego przyjęcia na oddział. Raporty szpitalne dotyczące wykonanych usług i świadczeń trafiają do tzw. systemu (...), świadczenia ratujące życie oznaczone są przez lekarza przyjmującego literą (...), następnie świadczenia te rozliczane są w systemie informatycznym (...), który dokonuje wyceny świadczenia i następnie wystawia i drukuje fakturę. Nie ma możliwości ręcznego wystawienia faktury, jest możliwość wystawienia korekty faktury. Zdarzają się przypadki, że system (...) nie zawsze wykazuje, że dane świadczenie zostało udzielone w warunkach zagrożenia życia, mimo, że w taki sposób zostało ono zakwalifikowane przez udzielającego świadczenia lekarza.

W powodowym szpitalu na oddziale pediatrii główne przyczyny hospitalizacji dzieci w 2010r. to zapalenie płuc (19 przypadków), obturacyjne zapalenie oskrzeli (4 przypadki), infekcja górnych dróg oddechowych(2 przypadki), zapalenie podgłosniowe krtani (5 przypadków), ostry nieżyt żołądka i jelit(10 przypadków), bóle brzucha (5 przypadków), zatrucie lekami (2 przypadki), infekcja dróg moczowych (2 przypadki), niedokrwistość z niedoboru żelaza (2 przypadki), silnie wyrażona pokrzywka uczuleniowa (1 przypadek), zapalenie ucha środkowego (1 przypadek), zapalenie jamy ustnej (1 przypadek). 15 dzieci przyjęto do szybkiej diagnozy wnikającej z niepokojących objawów chorobowych, których nie można było przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych. Nie wyjaśnienie przyczyn patologicznych objawów narażało dzieci na niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia. Postępowanie diagnostyczne dotyczyło dzieci z infekcjami dróg moczowych- wyjaśnienie czy przyczyna nie leżała w wadzie układu moczowego, patologicznymi objawami kardiologicznymi, były także postępowania diagnostyczne, których celem było określenie schorzenia tarczycy, drgawek gorączkowych, wad układu moczowego płciowego, zaburzeń krzepnięcia krwi, nadciśnienia tętniczego.

Z 70 udzielonych przez powoda świadczeń medycznych za które domagał się zapłaty 68 świadczeń zostało udzielonych w sytuacji ratującej zdrowie i życie pacjenta. 14 hospitalizacji diagnostycznych wymagało natychmiastowego świadczenia przeprowadzonego w warunkach szpitalnych, skracalo to w zasadniczy sposób czas postawienia prawidłowej diagnozy, wyjaśnienia przyczyn występowania niepokojących objawów chorobowych, które demonstrowały dzieci, a które zagrażać mogły zdrowiu i życiu pacjenta. Zaniechania przeprowadzenia szybkiej diagnozy mogło być powodem szybko narastających patologii, zagrażających zdrowiu i życiu dzieci. Nie potwierdzenie w niektórych przypadkach w badaniu diagnostycznym podejrzanych chorób nie może dyskwalifikować hospitalizacji jak niezasadnych. Lekarze każdorazowo wskazywali maksimum staranności, aby zapobiec sytuacjom, gdy zbyt późne postawienie diagnozy i wdrożenie postępowania leczniczego może być tragiczne w skutkach dla dziecka. W dwóch hospitalizacjach (dotyczących N. S. (3) i J. N.) nie było wskazań do przyjęcia i leczenia w trybie pilnym, postępowanie lecznicze i diagnostyczne mogły być z powodzeniem prowadzone w warunkach ambulatoryjnych (wyprysk alergiczny i łojotokowe zapalenie skóry, podjedzenie dysplazji stawu biodrowego) Powodowy szpital prawidłowo kwalifikował świadczenie według grupy JPG (jednorodnych grup pacjentów).

Powyższy stan faktyczny Sąd I instancji ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, a także opinię biegłego.

Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Strony w żaden sposób nie kwestionowały ich wiarygodności i prawdziwości. Autentyczność zgromadzonych dokumentów nie budziła również wątpliwości Sądu I Instancji.

Sąd Okręgowy przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadków: K. C., A. A., H. S. (2), J. K., T. P., R. S., M. O. (2), M. K.. oceniając je jako spójne, zgodne, logiczne i konsekwentne. Świadkowie ci uczestniczyli w leczeniu pacjentów oddziału pediatrii powodowego szpitala, mieli z leczonymi pacjentami kontakt bezpośredni, ich zeznania korespondowały ze sobą. Sąd Okręgowy podkreślił, że zeznania tych świadków znalazły potwierdzenie zarówno w przedłożonej do akt sprawy dokumentacji medycznej pacjentów jak i w opinii biegłego. Świadkowie szczegółowo opisali charakter schorzeń pacjentów, jakim udzielono świadczeń medycznych objętych żądaniem pozwu.

Jako wiarygodne Sąd I Instancji ocenił również zeznania świadków: J. H. i Z. M.. Świadkowie zeznawali na okoliczności dotyczące mechanizmu rozliczania udzielonych przez powoda świadczeń leczniczych, zeznania świadków znalazły potwierdzenie w znajdujących się w aktach sprawy dowodach z dokumentów.

Sąd I Instancji podzielił wnioski wynikające z opinii biegłego z dziedziny pediatrii i neonatologii, bowiem opinia ta jest logiczna, przekonująca i odpowiada wymogom zawartym w treści przepisu art. 285 §1 k.p.c. Podkreślić należy, iż biegły w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny analizował każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego, wnioski sformułowane przez biegłego zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej, wobec czego Sąd Okręgowy uznał opinię sporządzoną przez biegłego za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo jest zasadne w przeważającym zakresie.

Odnosząc się do podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia części roszczeń objętych przedmiotowym pozwem, Sąd I Instancji zgodził się ze stanowiskiem strony powodowej, iż moment wymagalności należności za świadczenia realizowane przez powoda w 2010 r. zgodnie z Ogólnymi Warunkami Umów uregulowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w/s ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008r., poz. 81 nr 484) rozpoczyna się po upływie okresu rozliczeniowego i nie może być liczony od momentu wykonania usługi. Dodatkowo przy ustalaniu tego okresu należy wziąć pod uwagę § 23 tego aktu, który stanowi, że podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwany dalej „dokumentem rozliczeniowym”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie do 45 dni po upływie okresu

rozliczeniowego. Termin ten przypada na dzień 28 lutego następnego roku, czyli w przypadku roszczeń objętych żądaniem pozwu jest to data 14 lutego 2011 r. W przedmiotowej sprawie, termin wymagalności poszczególnych roszczeń liczyć należało zatem od dnia 15 lutego 2011 r., zatem jak podkreślił Sąd I Instancji w dacie wniesienia pozwu, trzyletni termin przedawnienia roszczeń nie upłynął.

Sąd Okręgowy wyjaśnił nadto, iż zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt.33 w/w ustawy, to taki o którym mowa w art. 3 pkt.8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.).

Według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Zgodnie natomiast z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, iż określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2003 roku, IV CK 189/02, LEXnr 164009).

Uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, Sąd Okręgowy posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów, opinii biegłego, zeznań świadków, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, doszedł do przekonania, że świadczenia objęte przedmiotowym pozwem (za wyjątkiem świadczeń udzielonych N. S. (3) oraz J. N.), wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2010, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Tym samym jak wyjaśnił Sąd I Instancji na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Konsekwencją takich ustaleń jest uznanie, że mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, powodowy Szpital nie mógł odmówić udzielenia pomocy pacjentom zgłaszającym się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

W ocenie Sądu Okręgowego, nie sposób również oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej.

Sąd I Instancji podkreślił nadto, że zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej-zawartej na podstawie przepisu art. 132 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust.1 w/w ustawy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się także do przepisu art. 56 i 65 k.c. a co do wykonania umowy art. 354 k.c, co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści

ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z powyższego przepisu wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 w/w ustawy, należy stwierdzić, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 k.c. mającego zastosowanie przy interpretacji umowy łączącej strony, koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013 roku, V ACa 136/13, Lex nr 1344033).

Sąd Okręgowy uznał zatem, że powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne bez względu na limit ustalony w zawartych umowach, jeżeli świadczenia za które powód dochodzi zapłat zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

Odnosząc się do świadczeń udzielonych przez powodowy szpital pacjentom N. S. (3) i J. N. Sąd I Instancji wskazał, że, świadczenia te, jak wynika z opinii biegłego nie zostały udzielone w trybie pilnym, a leczenie tych pacjentów mogło być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych. W związku z powyższym, powód nie mógł domagać się od pozwanego zapłaty za w/w świadczenia (wartość tych świadczeń wynosiłaby łącznie kwotę 4.233zł).

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie I wyroku, na podstawie w/w przepisów. O odsetkach Sąd I Instancji rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c.- zgodnie z żądaniem pozwu w tym zakresie. W pozostałym zakresie, Sąd Okręgowy powództwo jako nieuzasadnione oddalił, o czym orzekł w punkcie 2 wyroku.

Zgodnie z art. 98 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Zgodnie z treścią przepisu art. 100 k.p.c. Sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczej części swego żądania (..) Powód wygrał sprawę w przeważającej części, wobec tego Sąd Okręgowy na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. 2002 r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (punkt 3 wyroku).

Apelację od powyższego wyroku wywiódł pozwany, który zaskarżył go w części dotyczącej pkt 1 oraz 3 orzeczenia. Skarżący zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego tj. art. 132 ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w związku z ustaleniem, iż powodowi z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem sporu przysługuje wynagrodzenie w wysokości wskazanej przez powoda – ustalonej z zastosowaniem ceny określonej w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W stanie faktycznym sprawy, w sytuacji, gdy Sąd pierwszej instancji ustalił, iż świadczenia objęte przedmiotem zaskarżenia apelacją były udzielone w trybie „nagłym”, a nadto, że strony związane były umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a pozwany zakwestionował roszczenie także co do wysokości – zasądzając od pozwanego wynagrodzenie Sąd winien zastosować przepis art. 19 ust. 4 w/w ustawy. Podmiotowi leczniczemu bowiem, który zawarł z NFZ umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowanych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich leczenia.

2. naruszenie prawa procesowego, to jest przepisu art. 233 §1 kpc polegających na:

- a). nie rozpoznaniu istoty sprawy w związku z nie rozpoznaniem następujących zarzutów pozwanego, że powód nie wykazał, aby prowadził rozróżnioną gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielenie

świadczeń opieki zdrowotnej, tj., że planował ich udzielenie w taki sposób, że pozostawił rezerwę na wypadki nagłe, tj. w sposób umożliwiający utrzymanie się w wartościowym limicie zakontraktowanych świadczeń, a nadto, że nie wykazał w związku z tym, iż udzielając świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem na rzecz pacjentów wymagających podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej, dokonywał przesunięcia na inny – późniejszy termin pacjentów oczekujących na świadczenie lub, że nie było to możliwe

b). nie rozpoznanie istoty sporu w związku z przyjęciem, że dla oceny zasadności żądania pozwu wystarczającym jest tylko ustalenie, czy świadczenia objęte żądaniem pozwu zostały udzielone w trybie nagłym. Dla rozpoznania istoty sporu zaś koniecznym było także dokonanie ustaleń – zżywszy, iż ustawa o udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej nie przewiduje, że świadczenia tzw. „ratujące życie” udzielane są ponad limit wartościowy świadczeń zakontraktowanych umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – w przedmiocie organizacji przez powoda udzielania świadczeń i wyjaśnienie, czy powód mógł tak zorganizować udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresach objętych przedmiotem sporu, aby nie przekroczyć uzgodnionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń. Aspekt ten winien być rozważony w kontekście realizacji świadczeń, za które pozwany dokonał powodowi zapłaty. Powód na tę okoliczność nie zaoferował dowodów, które pozwoliłyby przedmiotową kwestię poddać ocenie. Przedstawione przez powoda dowody, które przywołuje w uzasadnieniu wyroku Sąd pierwszej instancji pozostają bez jakiegokolwiek związku z żądaniem pozwu oraz kwestią organizacji sposobu udzielania świadczeń przez powoda,

c). nie rozważaniu zarzutu pozwanego polegającego na zakwestionowaniu wartości roszczeń w kontekście przywołanego w pkt 1 przepisu art. 19 ust. 4 ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

W oparciu o tak skonstruowane zarzuty apelujący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 poprzez oddalenie powództwa także w kwocie 153.306 zł.
2. zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 3 i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych
3. obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, w tym kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Ewentualnie skarżący wniósł o uchylene zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I Instancji celem ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji skarżący wyjaśnił, że w powód nie zaoferował jakiegokolwiek dowodu na potwierdzenie, że żądane przez niego wynagrodzenie stanowi równowartość uzasadnionych kosztów udzielenia tychże świadczeń. Również Sąd I Instancji nie odniósł się do tego zarzutu. Niezależnie od powyższego, zdaniem apelującego Sąd Okręgowy nie rozpoznał istoty sporu. Jak wyjaśnił pozwany Sąd I Instancji poczynione rozważania ograniczył do ustalenia czy, świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem sporu były świadczeniami udzielonymi pacjentom wymagającym w dacie zgłoszenia się o ich udzielenie - podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej. Tymczasem dla rzetelnego rozpoznania sporu koniecznym było rozważenie przez Sąd Okręgowy czy powód podejmował działania w celu utrzymania się w wartościowym limicie umowy i czy mimo podjętych działań nie mógł go przekroczyć.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i rozważania w zakresie oceny materiału dowodowego oraz podstawy prawnej rozstrzygnięcia, przyjmując je za podstawę także własnego rozstrzygnięcia i odwołuje się do nich bez potrzeby ich powtarzania.

W apelacji postawione zostały zarówno zarzuty naruszenia prawa materialnego, jak i procesowego. Zauważyć trzeba, że prawidłowość zastosowania lub wykładni prawa materialnego może być właściwie oceniona jedynie na kanwie niewadliwie ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Skuteczne zatem zgłoszenie zarzutu dotyczącego naruszenia prawa materialnego wchodzi zasadniczo w rachubę tylko wtedy, gdy ustalony przez sąd pierwszej instancji stan faktyczny, będący podstawą zaskarżonego wyroku, nie budzi zastrzeżeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 1997 r., II CKN 60/97).

Z powyższych względów ocenę zasadności apelacji należy rozpocząć od zarzutu naruszenia prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c.

Wbrew odmiennemu stanowisku skarżącego nie zachodzi zarzucane w apelacji naruszenie przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Przypisując Sądowi I Instancji naruszenie przywołanego powyżej przepisu skarżący wyjaśniał, że miało ono polegać na nierozpoznananiu przez Sąd Okręgowy istoty sprawy.

Skuteczność zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wskazania jaki konkretnie dowód przeprowadzony przez Sąd został przez niego oceniony wadliwie, w czym wadliwość tej oceny się wyraża i jaki wywarła ona wpływ na wynik sprawy. W tym miejscu zauważyć trzeba, że gdy chodzi o zarzut naruszenia przepisu art. 233 k.p.c., zakreślającego Sądowi granice oceny zebranego materiału dowodowego, to mógłby być on skutecznie podniesiony tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Powyższą regułą, należy rozwinąć i rozumieć w ten sposób, że nawet, jeżeli na podstawie zebranego materiału dowodowego, można wywnioskować inną wersję wydarzeń, zbliżoną do twierdzeń skarżącego, ale jednocześnie, wersji przyjętej przez Sąd pierwszej instancji nie można zarzucić rażącego naruszenia szeroko pojętych reguł inferencyjnych, to stanowisko skarżącego stanowić będzie tylko i wyłącznie polemikę ze słusznymi i prawidłowymi ustaleniami Sądu.

Tych wymogów apelacja pozwanego nie spełnia, bowiem apelujący podnosząc ogólnikowy zarzut przekroczenia zasady swobodnej oceny dowodów przez Sąd I Instancji, zarzucając Sądowi Okręgowemu sprzeczność poczynionych ustaleń ze zgromadzonym materiałem dowodowym, nie wyjaśnił jakie konkretnie środki dowodowe zostały przez Sąd I Instancji błędnie ocenione. Ustalony przez Sąd I Instancji stan faktyczny sprawy znajduje oparcie w przeprowadzonych w toku postępowania dowodach, które zostały ocenione przez Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy.

Z kolei oceny czy sąd pierwszej instancji rozpoznał istotę sprawy, dokonuje się na podstawie analizy żądań pozwu i przepisów prawa materialnego stanowiących podstawę rozstrzygnięcia, nie zaś na podstawie ewentualnych wad postępowania wyjaśniającego. Niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy nie jest równoznaczne z nierozpoznananiem istoty sprawy (zob. wyrok SN z dnia 22 kwietnia 1999 r., II UKN 589/98, OSNP 2000, nr 12, poz. 483, M.P. Wójcik, Komentarz do art. 386 k.p.c., LEX).

Niezależnie od błędnego sformułowania przez skarżącego zarzutu nierozpoznanania istoty sprawy Sąd Apelacyjny poddał go rozprawie jak również odniósł się do niego w pierwszej kolejności, albowiem jest to zarzut o najdalej idących skutkach. W ocenie Sądu Apelacyjnego podniesiony przez apelującego zarzut okazał się niezasadny.

Uchybienia tego powód błędnie upatrywał w pominięciu podnoszonych przez apelującego merytorycznych zarzutów pozwanego, że powód nie wykazał, aby prowadził w 2011r. roztropną gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Tym samym należało uznać że formułując taki zarzut skarżący w istocie zarzucił Sądowi I Instancji niewyjaśnienie wszelkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, nie zaś nierozpoznanie istoty sprawy.

Omawiając podniesiony przez skarżącego zarzut należy wyjaśnić, że nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 7 u.z.o.z. i art. 15 u.d.l. powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania, gdyż podważałoby to sens przeznaczenia określonych środków w ramach umowy na finansowanie właśnie takich świadczeń. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia ratujące życie i zdrowie pacjenta nie podlegają odrębnemu finansowaniu. Dopiero w razie każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ponad określony w umowie limit (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18.01.2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258565, z dnia 13.10.2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671).

W kontekście powyższego wyłania się zagadnienie rozkładu ciężaru dowodu okoliczności, że sporne świadczenia medyczne udzielane przez powoda pacjentom w sytuacji zagrożenia ich życia i zdrowia powinny być wykonane w ramach umownego limitu finansowania określonego w umowie łączącej strony.

W ocenie Sądu Apelacyjnego ciężar udowodnienia tych okoliczności obciążał pozwanego. W myśl art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Skoro zatem pozwany twierdził, że powodowy szpital mógł wykonać świadczenia objęte pozwem w niniejszej sprawie w ramach umówionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń powinien był te okoliczności udowodnić. Tymczasem podnosząc zarzuty: niewłaściwego wykorzystywania przez powoda przyznanej w umowie puli środków finansowych, niewłaściwego planowania udzielanych świadczeń bez pozostawienia bieżącej rezerwy na wypadki nagłe, niewłaściwego oznaczenia wykonanych świadczeń jako ratujących życie celem uzyskania w pierwszej kolejności finansowania świadczeń planowych, pozwany nie tylko nie powołał na te okoliczności żadnych dowodów, ale usiłował przerzucić ciężar ich udowodnienia na powoda. Takie też stanowisko podtrzymywał w apelacji.

Reasumując powyższe rozważania uznać należy, że z uwagi na brak inicjatywy dowodowej pozwanego w zakresie podnoszonej przez niego okoliczności, iż powód miał możliwość rozliczenia świadczeń objętych sporem w granicach limitu i powinien był zachować odpowiednią rezerwę na przypadki świadczeń ratujących życie, wykazania braku prowadzenia przez powoda racjonalnej oraz rozsądnej polityki finansowej, kwestie te nie były przedmiotem ustaleń Sądu I instancji. Stąd też zarówno zarzut nierozpoznania istoty sprawy jak również naruszenia normy zawartej w art., 233 § 1 kpc okazał się niezasadny.

W skierowanej do Sądu apelacji, podnosząc zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc pozwany zarzucił Sądowi I Instancji nie rozważenie zarzutu pozwanego odnoszącego się do zakwestionowania wartości wywiedzionego przez powoda roszczenia w kontekście art. 19 ust. 4 ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W ocenie Sądu Apelacyjnego powyższy zarzut, jako, że odnosi się do postawy materialnej zasądzonego na rzecz powoda świadczenia nie stanowi przesłanki, która Sąd winien oceniać rozważając prawidłowość dokonanej przez Sąd Okręgowy oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

W kontekście powyższego przywołany powyżej zarzut należało ocenić łącznie z podniesionym przez pozwanego zarzutem naruszenia prawa materialnego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w omawianej sprawie nie doszło do naruszenia art. 132 ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008, NR 164, poz. 1027).

W pierwszej kolejności podkreślić należy, że wskazany przez skarżącego przepis art., 132 został zawarty w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i reguluje tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem oraz niezbędne składniki tych umów. Z uzasadnienia apelacji wynika, że skarżący w istocie kwestionuje możliwość, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Odnosząc się do tak postawionego zarzutu wskazać należy, że z opinii biegłego wynika w sposób bezsporny, że wszystkie świadczenia, które zostały przez powoda udzielone pacjentom poza dwoma

przypadkami były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z przywoływanej powyżej opinii wynika również, że proces choroby przebiega w sposób odmienny u dzieci, co wynika z różnego stopnia dojrzałości narządów oraz immunologicznych systemów obronnych. W procesie chorobowym u dziecka dochodzi do zaburzenia funkcjonowania tych niedojrzałych systemów, skutkujące szybkimi zaburzeniami czynności całego organizmu mogącym powodować szybko stan zagrożenia życia. Stąd też udzielając świadczenia medycznego 68 zakwalifikowanym do hospitalizacji dzieciom powód wypełnił swój prawny obowiązek gwaranta zdrowia oraz życia pacjenta.

Nie sposób zatem przyjąć, jak to sugerował powód, by powód był zobligowany w toku postępowania pierwszoinstancyjnego wykazać na podstawie zaoferowanych środków dowodowych wysokość kosztów faktycznie poniesionych w związku z udzieleniem 68 osobom usługi medycznej w warunkach w sytuacji

ratującej zdrowie i życie pacjenta. Nie sposób również przyznać racji skarżącemu, by orzekający w I Instancji Sąd Okręgowy był zobligowany precyzyjnie analizować powyższa kwestię.

Jak słusznie bowiem wyjaśnił Sąd I Instancji koszty poniesione w związku z udzieleniem usługi medycznej w sytuacjach ratujących życie czy zdrowia pacjenta należy włączyć do skutków jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń z opieki zdrowotnej. Wobec powyższego świadczeniobiorcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

W przypadku kiedy strony łączyła umowa i istniały podstawy wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych, z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych z przypadkiem pozalimitowym. Dostrzec należy, że same umowy przyjmują hipotetyczne założenia w zakresie wyliczeń kosztów leczenia, skoro przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonywane w przyszłości. Wręcz niemożliwym jest aby strona powodowa była w stanie przedłożyć kosztorys uwzględniający absolutnie wszystkie koszty związane z konkretnym przypadkiem, tak aby mogłyby zostać one następnie zweryfikowane. (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 maja 2015 r., I ACa 435/15, LEX nr 1746832)

Stąd też skoro również wynagrodzenie należne powodowi za wykonaną usługę medyczną w ramach zawartej z pozwanym umowy jest wynagrodzeniem szacunkowym, jedynie hipotetycznie określającym wysokość poniesionych w związku udzieloną usługą medyczną kosztów nie sposób obarczać powoda dodatkowymi, szczególnie uciążliwymi obowiązkami szczegółowego dokumentowania wszystkich kosztów ponoszonych w sytuacji udzielania usługi w ramach przymusu ustawowego. Skoro bowiem ustawa nakłada na placówki lecznicze obowiązek udzielania takich usług także pacjentom ponadlimitowym, w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia oraz zdrowia, za wykonanie takiej usługi powinno należeć się takie

samo wynagrodzenie jak pacjentom którzy korzystają z tej usługi w granicach wyznaczonym zawarta umową.

Ponadto, jak słusznie zauważył powód o tym, którzy z pacjentów zostali leczeni w zagwarantowanych w umowie limitach, a którzy w ramach tzw. przymusu ustawowego okazuje się ostatecznie do 14 lutego roku następującego po roku którego dotyczą rozliczane świadczenia. Stąd też nie sposób wymagać od powoda, by każdy przypadek udzielenia przez niego usługi medycznej był przez niego dokładnie opisywany, oszacowywany w zakresie zużytych środków, poniesionych nakładów. Takie rozumowanie przywoływanych przez pozwanego przepisów prowadziłoby do skrajnego formalizmu, obowiązku dokumentowania na piśmie każdego wydatku poniesionego przez powoda w odniesieniu do każdego z pacjentów jakie został przez niego przyjęty, także w ramach zawartej z pozwanym umowy. W pełni zrozumiałym jest, że przy obecnej polityce płacowej, braku wystarczających środków na zapewnienie szpitalom wystarczającej liczbie personelu, nałożenia na placówki takiego obowiązku prowadziłoby do spowolnienia, opóźnienia w świadczeniu usług medycznych. Znaczna część czasu, jaką personel aktualnie przeznacza na udzielanie usług medycznych, opiekowanie się pacjentem musiałby przeznaczać na wykonywanie czynności biurowych, kompletowaniu niezbędnej dokumentacji. Wspomnieć nadto należy, że ustalenie takich czynników jak zużycie prądu czy wody w przeliczeniu na jednego pacjenta jest praktycznie niemożliwy do ustalenia w sposób ścisły

oraz udokumentowanie stosownymi rachunkami. Dlatego też zasady racjonalnego rozumowania nakazują przy rozliczaniu pacjentów przyjętych ponad limit zastosowanie zasady analogicznej jak ta, która odnosi się do pacjentów przyjmowanych w ramach kontraktu.

Podkreślić nadto należy, że w omawianej sprawie powód spełnił także wszystkie wymogi formalne określone w art. 19 ust. 4 oraz 5 cytowanej powyżej ustawy, albowiem wystąpił do pozwanego ze stosowym wnioskiem jak również przedłożył stosowne rachunki obrazujące wysokość poniesionych przez niego w związku z udzieleniem usługi medycznej kosztów.

W tym stanie rzeczy nie podzielając wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. w punkcie I wyroku oddalił apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 6) w zw. z § 10 ust 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (t.j. Dz. U. 2015 poz. 1800 ze zm.). Wartość przedmiotu zaskarżenia w niniejszej sprawie wynosiła 153.306,00 zł. Zatem w oparciu o przywołane przepisy należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5400 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie II wyroku.