

Sygn. akt II Ca 256/16

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 maja 2016 r.

Sąd Okręgowy w Białymstoku II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Renata Tabor (spr.)
Sędziowie:	SSO Urszula Wynimko SSR del. Sławomir Głowacki
Protokolant:	st. sekr. sąd. Zofia Szczęsnowicz

po rozpoznaniu w dniu 18 maja 2016 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...): C., H., K., M., T.Spółki partnerskiej w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Białymstoku

z dnia 22 grudnia 2015 r. sygn. akt XI C 1473/15

### **I. zmienia zaskarżony wyrok:**

**1. w punkcie I i oddala powództwo,**

**2. w punkcie III i zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 197 (sto dziewięćdziesiąt siedem) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;**

**II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 230 (dwieście trzydzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu**

**w postępowaniu odwoławczym.**

## UZASADNIENIE

Powód (...): C., H., K., M., T.Spółka partnerska w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. kwoty 1.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do

dnia zapłaty, a także o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

**Wyrokiem z dnia 22 grudnia 2015 roku Sąd Rejonowy w Białymstoku w sprawie XI C 143/15 zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. na rzecz powoda (...): C., H., K., M., T. Spółki partnerskiej w B. kwotę 1.000 zł z ustawowymi odsetkami w stosunku rocznym od dnia 22 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty /pkt I/; oddalił powództwo w pozostałym zakresie /pkt II/ oraz zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 247,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 197,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego /pkt III/.**

Sąd I instancji ustalił, że 30 grudnia 2011 r. powód działający wówczas pod nazwą: (...) C., H., K., M., O., T. spółka partnerska w B. zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim w B. umowę nr (...), zaś 13 grudnia 2012 r. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ich przedmiotem było udzielanie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a powód zobowiązany był do wykonywania umowy zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi 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 z późn. zm.).

W dniach 8-15 stycznia 2013 roku na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w B. przeprowadził w powodowej spółce kontrolę w zakresie prawidłowości realizacji umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu w latach 2012-2013, ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania warunków realizacji świadczeń określonych w aktualnym, w okresie objętym kontrolą, Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym dostępności do świadczeń oraz realizacji badań diagnostycznych.

Ze sporządzonego z tej czynności wystąpienia pokontrolnego z dnia 18 lutego 2013 roku wynikało, że (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w B. ocenił „pozytywnie z nieprawidłowościami” realizację przez świadczeniodawcę (powoda) umów nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – świadczenia ortopedii i traumatologii narządu ruchu w zakresie objętym kontrolą. W wystąpieniu tym pozwany szczegółowo opisał, które z działań powodowej spółki i z jakiego powodu należało ocenić pozytywnie (punkty 1, 4, 5, 7, 8), które pozytywnie z uchybieniami (punkty 6, 10, 12, 13), które pozytywnie z nieprawidłowościami (punkty 2, 9) oraz które negatywnie (pkt 3 c).

Pozwany pozytywnie ocenił realizację obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 cyt. wyżej ustawy; spełnienie przez D. C., J. K., K. M., M. T. i A. H. wymagań dotyczących kwalifikacji personelu medycznego; warunki lokalowe w części dotyczącej pomieszczeń sanitarnych; wyposażenie sprzętu medycznego i pomocniczego; realizację udzielania świadczeń specjalistycznych zgodnie z art. 57 ust. 1 ww. ustawy, tj. na podstawie skierowania lekarza oraz dostępność do badań diagnostycznych.

Pozytywnie z uchybieniami pozwany ocenił natomiast: realizację obowiązku bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym w części dotyczącej wykazu podwykonawców; sposób rozliczania udzielonych świadczeń w ramach charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w 2012 roku; sposób i zakres prowadzonej przez spółkę zbiorczej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie przez powoda listy oczekujących. Pozytywnie z nieprawidłowościami (...) w B. ocenił organizację udzielania świadczeń w Poradni z zakresie ortopedii i

traumatologii narządu ruchu. Ustalono bowiem, że harmonogram pracy ww. komórki organizacyjnej spełnia warunki określone w § 11 ust. 5 Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a wykaz personelu znajdujący się w Poradni jest zgodny z wykazem zawartym w załączniku nr 2 do umowy Harmonogram – Zasoby. Jednocześnie jednak stwierdzono, że czas pracy w Poradni ma charakter zmianowy, co skutkuje niezgodnością z harmonogramem zgłoszonym do umowy. Pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono także prawidłowość i zasadność kwalifikacji świadczeń zdrowotnych do odpowiednich typów świadczeń specjalistycznych.

Pozwany negatywnie ocenił natomiast spełnienie wymagań dotyczących kwalifikacji personelu medycznego, określonych w załączniku nr 1 pkt 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111, poz. 653 z późn. zm.) w części dotyczącej Lp. 45 – Porada Specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, który wprowadza katalog minimalnych kwalifikacji osób uprawnionych do udzielania świadczeń w ww. zakresie świadczeń. W wyniku kontroli stwierdzono bowiem, że lekarz J. O. nie posiada wymaganych minimalnych kwalifikacji, stąd nie jest i nie był w okresie objętym kontrolą osobą uprawnioną do udzielania świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy stronami. Pozwany wskazał, że zgodnie z kontrolą powód w ofercie oraz w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” podał następujące kwalifikacje zawodowe ww. lekarza: „w trakcie specjalizacji Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu; data otwarcia 5 listopada 1988”. Tymczasem w wyniku weryfikacji okazanych dokumentów, wyjaśnień świadczeniodawcy oraz informacji uzyskanych z Wydziału Polityki Społecznej Oddział (...) w (...) Urzędzie Wojewódzkim ustalono, że ww. lekarz nie posiada wymaganych specjalizacji i aktualnie nie jest w trakcie specjalizacji z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu. J. O. również nie figurował w Rejestrze lekarzy odbywających szkolenie specjalistyczne. Z uwagi na powyższe pozwany nakazał powodowej spółce zwrócić nienależnie przekazane jej środki finansowe z tytułu świadczeń wykonywanych przez lekarza niespełniającego warunków realizacji umowy w wysokości 440.373,60 zł, tj. 406.210,05 zł – z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych w roku 2012 i kwotę 34.163,55 zł – z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych w styczniu 2013 roku.

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami i nieprawidłowościami (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w B. przedstawił powodowej spółce zalecenia kontrolne w postaci:

- 1) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zgodnie z postanowieniami aktualnej umowy oraz przepisami określonymi odpowiednio w Rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zarządzeniach Prezesa NFZ wydanych na podstawie art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.);
- 2) wyeliminowania rozbieżności pomiędzy harmonogramem pracy personelu w Poradni w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, a zadeklarowaną w Załączniku nr 2 do umowy Harmonogram – Zasoby dostępnością do udzielania świadczeń przez poszczególne osoby personelu;
- 3) bezwzględного przestrzegania warunków realizacji świadczeń dotyczących minimalnych kwalifikacji personelu medycznego, określonych w załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111, poz. 653 z późn. zm.) w części dotyczącej Lp. 45 – Porada Specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 4) zgłaszania Dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego (...) na bieżąco i w terminach określonych w umowie informacji o nawiązaniu lub zaprzestaniu współpracy z podwykonawcą;
- 5) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;

6) rzetelnego klasyfikowania i wykazywania do rozliczenia z (...) Oddziałem Wojewódzkim (...) wykonanych świadczeń;

7) podjęcia działań zmierzających do uniknięcia w przyszłości stwierdzonych nieprawidłowości;

8) dokonania korekty raportów statystycznych i faktur o zakwestionowane świadczenia. W punkcie 9 wystąpienia pokontrolnego (...) w B. zalecił natomiast powodowi dokonanie wpłaty kwoty 491.648,04 zł w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Jak wskazał, na kwotę tę składały się: kwota 441.959,25 zł – z tytułu zwrotu wartości nienależnie przekazanych przez pozwanego środków finansowych: za rok 2012 w kwocie 407.795,70 zł i za rok 2013 w kwocie 34.163,55 zł (w związku z niespełnieniem przez powodową spółkę wymagań dotyczących kwalifikacji personelu) w części dotyczącej Lp. 45 – Porada Specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, który wprowadza katalog minimalnych kwalifikacji osób uprawnionych do udzielania świadczeń w ww. zakresie, a w konsekwencji - wobec niespełnienia warunków realizacji zawartej między stronami umowy oraz kwota 49.688,79 zł tytułem kary umownej w związku z nieprawidłowościami opisanymi w punktach 2, 3, 9 i 11 wystąpienia pokontrolnego: za rok 2012 w kwocie 27.315,03 zł i za rok 2013 w kwocie 22.373,76 zł.

Pozwany poinformował przy tym powoda, że na podstawie art. 64 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oczekuje od niego w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń bądź o działaniach podjętych w celu realizacji zaleceń lub przyczyn niepodjęcia takich działań. Jednocześnie zaznaczył, że w sytuacji nieuregulowania zobowiązania, będącego skutkiem finansowym postępowania kontrolnego, Dyrektor (...) w B. na podstawie § 28 ust. 3 i § 29 ust. 5 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo potrącenia należności wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia wymagalności do dnia zapłaty, z przysługujących podmiotowi bieżących należności lub wszczęcia innych działań zgodnie z procedurą windykacji należności NFZ. Pozwany dodał przy tym, że za datę zapłaty przyjmuje datę uznania rachunku bankowego (...). Nadmienił także, że zgodnie z treścią art. 64 ust. 8 w/w ustawy, powodowi przysługuje w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora (...) w B. umotywowanych zastrzeżeń do treści zawartych w wystąpieniu. Pozwany wystawił też powodowi notę księgową nr (...) z dnia 7 marca 2013 roku na kwotę 491.648,04 zł.

Z uwagi na wnioski pokontrolne powodowa Spółka odstąpiła od współpracy i świadczenia usług medycznych przez J. O.. Przyjmując, że pozwany mógłby rozwiązać z powodem umowę o świadczenie usług medycznych lub potrącić dochodzoną kwotę z bieżącymi refundacjami świadczeń, w dniu 14 marca 2013 roku powód zapłacił na rzecz pozwanego kwotę 491.648,04 zł uzyskując ją uprzednio z kredytu bankowego.

W tal ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy stwierdził, że do oceny pozostawała w niniejszej sprawie wyłącznie kwestia, czy pozwany (...) w B. mógł domagać się od powoda na podstawie zapisów umów łączących strony zwrotu kosztów refundacji świadczeń medycznych w zakresie wykonanym przez partnera powodowej Spółki (...), przy przyjęciu, że ze strony powoda doszło do określonych nieprawidłowości wskazanych szczegółowo w Wystąpieniu pokontrolnym. Spór w niniejszej sprawie sprowadzał się bowiem właściwie do jednego tylko aspektu wykonania umów, wskazanego w protokole i wystąpieniu pokontrolnym, tj. negatywnej oceny spełnienia przez lekarza J. O. wymagań dotyczących jego kwalifikacji, która powinna być dokonywana przez przyzmat regulacji wskazanej w załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111, poz. 653 z późn. zm.).

W ocenie Sądu I instancji brak spełnienia przewidzianych prawem kwalifikacji przez J. O. jest oczywisty. Jak wynika bowiem z pisemnych motywów załączonej do akt sprawy kserokopii wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 4 lipca 2014 roku w sprawie I ACa 200/14, których nie kwestionowała żadna ze stron procesu, J. O. otworzył specjalizację 5 listopada 1988 roku i rozpoczęła się ona na gruncie ustawy o zawodzie lekarza z 1950 roku. Z mocy wydanego na jej podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 roku w sprawie specjalizacji

lekarzy, lekarzy dentyistów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz.Urz. MZ 1983 Nr 3, poz. 19 z późn. zm.) wydana mu została karta specjalizacji. Zgodnie z § 11 ust. 4 tego zarządzenia, karta specjalizacji stanowi dowód odbycia wymaganego stażu specjalizacyjnego. Z kolei rejestr osób specjalizujących się prowadzony jest przez wydział zdrowia i opieki społecznej. W zarządzeniu tym wskazano, że staż specjalizacyjny przy zatrudnieniu pełnoetatowym I° wynosi 24 miesiące. Przekroczenie tego okresu winno skutkować złożeniem przez uprawniony podmiot (tj. kierownika specjalizacji, specjalisty krajowego lub wojewódzkiego albo kierownika zakładu pracy) wniosku do głównego lekarza wojewódzkiego o przerwaniu stażu specjalizacyjnego lub skreślenie z rejestru osób specjalizujących się. W sprawie J. O. z wnioskiem o skreślenie go z rejestru osób specjalizujących się wystąpił Konsultant Wojewódzki w dniu 15 stycznia 2002 roku, ale brak jest w tej sprawie ostatecznej decyzji głównego lekarza wojewódzkiego. Sytuacja prawna J. O. uległa jednak zmianie w następstwie kolejnych nowelizacji ustaw regulujących jego pozycję i status. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty stanowiła w art. 64 ust. 2, że lekarz, który rozpoczął specjalizację na podstawie przepisów dotychczasowych, odbywa ją zgodnie z tymi przepisami (Dz.U. 2011 Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.), przy czym ten stan prawny zmienił się w sposób istotny w wyniku wejścia w życie ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o zmianie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. nr 175, poz. 1461). W art. 6 tej ustawy wskazano, że lekarz, o którym mowa w art. 64 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2, może uzyskać tytuł specjalisty pierwszego stopnia lub tytuł specjalisty drugiego stopnia nie później niż w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Ustawa ta weszła w życie dnia 27 września 2005 roku i do dnia 27 września 2007 roku J. O. nie uzyskał specjalizacji, a zatem nie można uznać, by był w trakcie jej odbywania w dacie związania stron umowami, bowiem kilka lat wcześniej upłynął już okres, w którym obowiązany on był ukończyć szkolenie specjalizacyjne.

W dalszej kolejności Sąd I instancji zaznaczył, że warunkiem uzyskania kontraktu finansowanego przez (...) Oddział Wojewódzki (...) odnośnie do udzielania świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu było spełnienie wymagań określonych w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111, poz. 653 z późn. zm.). Nie ulega zaś wątpliwości, że J. O. nie spełniał żadnego z tych wymagań. Powód uchybił tym samym obowiązkowi udzielania zakontraktowanych świadczeń przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje minimalne. Przy tym w ocenie Sądu Rejonowego o ile działaniu powoda nie można przypisać umyślności w zakresie naruszenia obowiązujących przepisów, o tyle z pewnością można mówić o niedbalstwie. Działający w imieniu powoda lekarze – partnerzy, którzy w imieniu Spółki zawierali umowy z (...) w B., nie dołożyli należytej staranności w zakresie weryfikacji kwalifikacji minimalnych J. O.. Od chwili założenia Spółki, w której lekarz ten był partnerem, przedstawiając w każdym przystępowaniu do konkursu o udzielanie świadczeń z zakresu specjalistycznej opieki medycznej – ortopedii i traumatologii narządu ruchu musieli wskazywać kwalifikacje minimalne poszczególnych lekarzy. Posiadali zatem wiedzę, że partner ten od wielu lat był w trakcie specjalizacji, co już powinno ich skłonić do weryfikacji kwalifikacji J. O. zwłaszcza, że doszło też do istotnej zmiany przepisów, z treścią których także powinni się zapoznać.

Występując do powoda w Wystąpieniu pokontrolnym z dnia 28 lutego 2013 roku z żądaniem zapłaty kwoty 440.373,60 zł pozwany przyjmował, że są to środki przekazane nienależnie przez (...). Żądanie zapłaty pozwany opierał zatem na nienależnym wykonaniu obu umów przez powoda (art. 471 kc) przyjmując, że doznał szkody na skutek nienależytego wykonania przez powoda dwóch umów, odpowiadającej wysokości dokonanej refundacji za ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, którą świadczył J. O.. Przywołując zatem treść art. 471 kc, Sąd I instancji zauważył, że zgodnie z art. 6 kc to na pozwanym ciążył obowiązek wykazania okoliczności, z których wywodził skutki prawne, tj. że pozwany na skutek nienależytego wykonania obu umów poniósł szkodę. Po wykazaniu przez pozwanego powyższego zwolnienie się od odpowiedzialności wymagałoby obalenia domniemania zawinięcia niedochowania warunków umownych, nie mówiąc już o tym, że pozwany powoływał się na poniesienie szkody w związku z nienależnym wykonaniem przez powoda umów, a jednocześnie wskazywał, że należąca mu jest również kara umowna, która wobec nienależycie wykonanego przez powoda zobowiązania należy się mu w zastrzeżonej wysokości, niezależnie od poniesionej z tego tytułu szkody.

Ostatecznie Sąd Rejonowy uznał, że sam fakt nienależytego wykonania umowy przez powoda nie przesądza jeszcze o jego odpowiedzialności odszkodowawczej opartej na w/w przepisie. Zgodnie z tym przepisem dłużnik ponosi bowiem odpowiedzialność dopiero wówczas, gdy wierzyciel udowodni, że na skutek nienależytego wykonania umowy poniósł szkodę, która pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z nienależytym wykonaniem umowy. Tymczasem w toku niniejszego procesu udowodniono jedynie, że w dniach 8-15 stycznia 2013 r. przeprowadzono kontrolę za lata 2012 – 2013, która wykazała, że ówczesny współnik powódki J. O. udzielał świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu nie posiadając specjalizacji w tym zakresie i nie będąc w jej toku. Co istotne, udzielone przez niego świadczenia zostały zrealizowane wobec pacjentów powoda, a tym samym pozwany był zobowiązany do ich refundacji w kwocie 440.373,60 zł. Wszyscy pacjenci, którym ww. lekarz udzielił świadczeń z zakresu przewidzianego umowami, posiadali ważne ubezpieczenie zdrowotne, a zatem byli oni uprawnieni do świadczeń refundowanych przez pozwanego. Stwierdzić też trzeba, że samo wypłacenie ww. kwoty przez pozwanego nie doprowadziło do powstania szkody w jego majątku. Gdyby pacjenci przyjęci przez J. O. udali się do innego lekarza udzielającego świadczeń medycznych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w powodowej Spółce, to pozwany bez wątplenia byłby zobowiązany do poniesienia kosztów refundacji ich leczenia. W tych warunkach podnoszona przez pozwanego szkoda nie może być utożsamiana z kosztem refundacji świadczeń medycznych zrealizowanych na podstawie obu umów łączących strony. W ocenie Sądu I instancji, w okolicznościach sprawy nie ma zatem mowy o zaistnieniu po stronie pozwanego szkody, skoro nie wykazał on, aby refundacja świadczeń medycznych trafiła do osób nieuprawnionych, spośród których żadna nie zgłaszała zastrzeżeń co do faktycznych kompetencji lekarza i zastosowanego przez niego sposobu leczenia. To zaś oznacza, że powód nie był zobowiązany do zapłaty pozwanemu kwoty 440.373,60 zł jako równowartości świadczeń wykonanych przez lekarza J. O.. Rekompensatą dla pozwanego w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości są niekwestionowane przez powoda kary umowne, które zostały uiszczone.

O odsetkach Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 481 kc i art. 455 kc, od dnia 22 sierpnia 2015 roku, tj. od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu wobec nieprzedstawienia wezwania do zapłaty.

O kosztach procesu Sąd I instancji rozstrzygnął natomiast w myśl art. 100 zd. 2 kpc uznając, że powód uległ swojemu żądaniu jedynie w niewielkiej części żądania odsetkowego.

***Apelację od powyższego wyroku złożył pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. zaskarżając go w całości i zarzucając mu:***

- 1) ***zastosowanie art. 471 kc w sytuacji, gdy w niniejszej sprawie brak było podstaw do jego zastosowania;***
- 2) ***niezastosowanie § 28 ust. 1 Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484) w sytuacji, gdy bezsporne między stronami był fakt, że powód nie wykonał należycie umowy nr (...) z dnia 30 grudnia 2012 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza niespełniającego warunków realizacji umowy;***
- 3) ***niezastosowanie art. 411 pkt kc, podczas gdy powód dokonał zapłaty na rzecz pozwanego w dniu 14 marca 2013 roku kwoty 491.648,04 zł bez dokonania zastrzeżenia jej zwrotu, a co więcej – nie wyczerpał procedury kontrolnej i odwoławczej zgodnie z art. 64, 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).***

***Mając na uwadze powyższe, pozwany wnosil o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, wg norm przepisanych za obie instancje.***

## **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

### **Apelacja pozwanego podlegała uwzględnieniu w całości.**

W ocenie Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, że Sąd I instancji prawidłowo ustalił stan faktyczny niniejszej sprawy odnośnie takich okoliczności, jak zawarcie przez strony niniejszego procesu w 2011 i 2012 roku dwóch umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, kontrola przeprowadzona przez pozwanego w powodowej spółce w zakresie prawidłowości realizacji tych umów, treść wystąpienia pokontrolnego, a także uiszczenie przez powoda na rzecz pozwanego – wskutek powyższej kontroli – kwoty 441.959,25 zł z tytułu zwrotu wartości nienależnie przekazanych przez pozwanego środków finansowych. Z pewnością prawidłowe było też ustalenie braku wymaganych kwalifikacji (specjalizacji) w przypadku jednego ówczesnych partnerów powodowej spółki – (...). Ustalenia te Sąd Okręgowy akceptuje zatem i przyjmuje za własne. Niemniej jednak Sąd I instancji błędnie przyjął, że zastosowanie w niniejszej sprawie znajduje art. 471 kc, na podstawie którego powód mógłby się skutecznie ubiegać o zwrot uiszczonych uprzednio na rzecz pozwanego środków. W konsekwencji konieczna stała się zmiana zaskarżonego orzeczenia w postulowany przez skarżącego sposób.

Bezsporne jest, że w dniach 08 – 15 stycznia 2013 roku na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015 poz. 581 t.j., dalej: ustawa) (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w B. (dalej: NFZ) przeprowadził w powodowej spółce kontrolę w zakresie prawidłowości realizacji umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu w latach 2012-2013, ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania warunków realizacji świadczeń określonych w aktualnym – w okresie objętym kontrolą – Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki medycznej (Dz.U. 2011 Nr 111, poz. 653). Poza wszelkim sporem jest, że wskutek powyższej kontroli pozwany nakazał powodowej spółce zwrócić nienależnie przekazane jej środki finansowe z tytułu świadczeń wykonywanych przez lekarza nie spełniającego warunków realizacji umowy w wysokości 440.373,60 zł, tj. 406.210,05 zł z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych w roku 2012 i kwotę 34.163,55 zł z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych w styczniu 2013 roku, a zatem łącznie 441.959,25 zł. W ocenie Sądu Okręgowego należy przy tym podkreślić, że w pkt. 9 wystąpienia pokontrolnego pozwany zalecił powodowi dokonanie wpłaty kwoty 491.648,04 zł w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego wskazując przy tym wyraźnie, że na powyższą kwotę składały się: kwota 441.959,25 zł z tytułu zwrotu wartości nienależnie przekazanych przez pozwanego środków finansowych za lata 2012 i 2013 oraz kwota 49.688,79 zł z tytułu kary umownej w związku z nieprawidłowościami opisanymi szczegółowo w samym wystąpieniu pokontrolnym.

Opisywana okoliczność pozostaje zdaniem Sądu Okręgowego o tyle istotna, że pozwany NFZ, bez wątplenia jasno sprecyzował tym samym podstawę żądania od powoda uiszczenia wymienionych wyżej kwot, a za podstawę tę w żadnym wypadku nie mogło uchodzić odszkodowanie za nienależyte wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W konsekwencji – wbrew argumentacji powodowej spółki zaprezentowanej już w pozwie, a także stanowisku Sądu I instancji – nie ma w rozpoznawanej sprawie podstaw, by zastosowanie w niej znaleźć miał art. 471 kc, dotyczący odszkodowania za niewykonanie lub nienależyte wykonanie kontraktu. Z pewnością nie takie świadczenie miała bowiem zapłacić kontrolowana spółka zgodnie z żądaniem NFZ zawartym w wystąpieniu pokontrolnym. Wprawdzie powód w toku niniejszego postępowania powoływał się konsekwentnie na rozważania czynione przez Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 14 listopada 2014 roku w sprawie I CSK 633/13 (Lex nr 1537344), niemniej jednak w ocenie Sądu Okręgowego trudno pominąć, że omawiana materia i zapadłe na jej podstawie orzeczenia Sądu Najwyższego i sądów powszechnych odnoszą się w istocie do bardzo różnych stanów faktycznych i regulacji prawnych, stąd też przywoływanie takich orzeczeń wymaga niejednokrotnie dokładnego zbadania ich podstawy. Wspomniany wyżej wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2014 roku w sprawie I CSK 633/13 dotyczył zaś finansowania leków osób uprawnionych do ich uzyskania ze środków publicznych, a dokładniej – wydatkowania środków na te leki, na podstawie wadliwie wystawionych recept. Tym samym wyrok ten dotyczył sprawy, w której przedmiotem sporu nie były – jak w sprawie niniejszej – środki przekazane świadczeniodawcy i objęte

żądaniem ich zwrotu wskutek przeprowadzonej kontroli, lecz środki służące sfinansowaniu leków pacjentów, którym świadczeniodawca nieprawidłowo wypisał recepty, wskutek czego doszło do powstania szkody w majątku Skarbu Państwa – Narodowego Funduszu Zdrowia, co implikowało z kolei zastosowanie art. 471 kc. Sprawa ta nie mogła być zatem w ocenie Sądu Okręgowego uznana za adekwatną do okoliczności faktycznych i stanu prawnego rozpoznawanej sprawy, stąd też trudno było uznać przydatność czynionych tam rozważań. Kluczowa zdaniem Sądu Okręgowego dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy pozostawała natomiast podstawa prawna żądania zwrotu przekazanych uprzednio przez pozwanego powodowej spółce środków, tj. wskazany wprost w wystąpieniu pokontrolnym § 28 ust. 1 Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008 Nr 81, poz. 484, dalej: załącznik). Innymi słowy, zważywszy na przywołaną przez pozwanego podstawę prawną zadaniem Sądu Rejonowego było rozważenie, czy prawidłowe było żądanie od powodowej spółki kwoty 441.959,25 zł na tej właśnie podstawie.

Zgodnie z powyższą regulacją w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. Nie ulega wątpliwości, że pozwany przyjął § 28 ust. 1 Załącznika do rozporządzenia za samoistną podstawę żądania zwrotu od powodowej spółki środków przekazanych jej uprzednio w ramach dwóch zawartych umów za lata 2012 i 2013. W ocenie Sądu Okręgowego stanowisko takie istotnie było uzasadnione. Przede wszystkim należy zauważyć, że umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami (jak powodowa spółka) charakteryzują się m.in. szczególnym – ofertowym – trybem zawierania. W myśl bowiem art. 132 ust. 2 ustawy, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych. Co więcej, poza wszelkim sporem jest, że świadczeniodawcy (czy też potencjalni świadczeniodawcy) muszą spełniać szereg ściśle określonych wymagań, by w ogóle brać udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (art. 132 ust. 3 ustawy), przy czym szczególne są też rzecz jasna skutki niewykonania zawartych już umów. W ocenie Sądu Okręgowego trudno bowiem nie zgodzić się ze poglądem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 25 lutego 2015 roku, według którego „zakres praw i obowiązków stron, zgodnie z art. 353<sup>1</sup> kc, ukształtowany został nie tylko treścią umowy, ale i przepisami prawa, w tym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Rozporządzenie to, jak wskazuje się w orzecznictwie i doktrynie, ma charakter aktu normatywnego należącego do systemu źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, bezwzględnie obowiązującego. [...] Niedopełnienie obowiązków [...] dawało podstawę do oceny, że przekazane przez Fundusz, za zakwestionowane świadczenia środki budżetowe były środkami finansowymi nienależnymi podlegającymi zwrotowi w terminie 14 dni, zgodnie z § 28 ust. 1 [Załącznika do] rozporządzenia. Przepis ten wprost więc ustanawia roszczenie dla Narodowego Funduszu Zdrowia co do przekazanych środków, jeżeli zostały wykorzystane na świadczenia zdrowotne wykonane w sposób naruszający umowę. Unormowanie to kwalifikuje więc kwoty przekazane jako nienależne i podlegające zwrotowi, a czynności naruszające stosunek prawny nawiązany pomiędzy stronami, jako >>wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami<<. Jeśli do tego dodać, że rzeczywiście nie powinno się konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia wewnątrz umownych stosunków zobowiązaniowych, to możliwym do przyjęcia kierunkiem wykładni omawianego unormowania jest, że stanowi ono samodzielne źródło zobowiązania. Przemawia za tym także argument wynikający z wykładni systemowej, tj. to, że § 29 [Załącznika do] rozporządzenia przewiduje możliwość zastrzeżenia w takim wypadku w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej kar umownych” (IV CSK 343/14, Lex nr 1663417). Stanowisko to Sąd Najwyższy zawarł już zresztą we wcześniejszym wyroku – z dnia 17 grudnia 2010 roku – stwierdzając m.in., że „rozporządzenie [Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej], jakkolwiek jego tytuł mógłby sugerować, że określając ogólne warunki umowy stanowi wzorzec i może w związku z tym podlegać kontroli zbliżonej do kontroli wzorców umownych, jest jednak aktem normatywnym, a więc należy do systemu źródeł prawa jako akt wykonawczy, stąd kształtuje treść umowy w takim samym stopniu jak ustawa” (III CSK 93/10, Lex nr 1001312). Zdaniem Sądu Okręgowego jest zatem jasne, że – jak już wspomniano – przywoływany wyżej § 28 ust. 1 Załącznika do rozporządzenia



może stanowić samodzielną podstawę żądania zwrotu przekazanych uprzednio świadczeniodawcy środków w razie uznania przez NFZ, że środki te przekazano niezasadnie.

Odnosząc się z kolei do zakresu nienależnie wypłaconych przez pozwanego świadczeń należy w ocenie Sądu Okręgowego stwierdzić, że co do zasady umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego – jeżeli przepisy ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej - stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (tak SN w wyroku z dnia 22 maja 2014 roku, IV CSK 536/13, Lex nr 1504577). Zgodnie bowiem z art. 155 ust. 1 ustawy, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Co zdaniem Sądu Okręgowego istotne, przepisy kodeksu cywilnego, do których odsyła art. 155 ust. 1 ustawy, stosuje się, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej, przy czym odesłanie to należy rozumieć jako odesłanie do ogólnych przepisów kc, skoro w ustawie i w przepisach wykonawczych wiążąco określono cechy tej umowy tworząc normatywny typ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tak SN w cytowanym już wyroku z dnia 17 grudnia 2010 roku. III CSK 93/10, Lex nr 1001312). Mając zatem na uwadze fakt, że przy ocenie stosunku zobowiązaniowego łączącego strony przepisy ustawy (z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) należy stosować w pierwszej kolejności jako przepisy szczególne wobec przepisów kodeksu cywilnego, trudno pominąć, że zgodnie z art. 155 ust. 2 ustawy, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie lub zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione. W myśl art. 149 ust. 1 ustawy oferta podlegała zaś odrzuceniu m.in. wówczas, gdy zawierała ona nieprawdziwe informacje. Na marginesie należy jedynie zaznaczyć, że oczywiście oba wspomniane wyżej przepisy zostały zacytowane w brzmieniu sprzed nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonanej ustawą z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1138), a zatem w brzmieniu sprzed dnia 01 stycznia 2015 roku, bowiem umowa powinna być oceniana według stanu prawnego obowiązującego w dacie jej zawarcia. Biorąc pod uwagę treść powyższych regulacji nie ulega zdaniem Sądu Okręgowego wątpliwości, że ewidentnie znajdowały one zastosowanie w niniejszej sprawie. Ostatecznie nie był bowiem kwestionowany fakt, że jeden z ówczesnych partnerów powodowej spółki – (...) nie miał wymaganej specjalizacji, choć informacja o niej (a raczej o jej aktualnym odbywaniu) znalazła się w ofercie spółki skierowanej do NFZ. Tym samym została wypełniona dyspozycja art. 149 ust. 1 ustawy, a w konsekwencji – także art. 155 ust. 2 ustawy, co nie mogło pozostać bez wpływu za ocenę zasadności powództwa wytoczonego w niniejszej sprawie.

Zdaniem Sądu Okręgowego należy podzielić wyrażony w doktrynie pogląd, że m.in. we wspomnianym wyżej art. 155 ust. 2 ustawy wskazano, „kiedy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna. Przepisy określają sankcję dokonania czynności prawnej sprzecznej z ustawą. Czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna [na mocy art. 58 § 1 kc, który] wyznacza od strony negatywnej ogólne ramy dopuszczalnej treści oraz celów czynności prawnych. Funkcja tego przepisu zasadniczo polega na tym, aby zapobiegać powstawaniu stosunków społecznych sprzecznych z porządkiem prawnym i uznanymi normami moralnymi. Nieważność jest najdalej idącą sankcją wadliwej czynności prawnej. Czynność prawna jest nieważna od początku. Od chwili jej dokonania nie wywołuje zamierzonych skutków prawnych. Nieważność ma zatem charakter pierwotny, nie następczy. [...] Umowa jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia tej umowy. Nieważność czynności prawnej jest skutkiem powszechnym, tzn. działającym wobec wszystkich (erga omnes). Oznacza to, że każdy, kto ma w tym interes prawny, może się na nią powołać, jak również dochodzić ustalenia nieważności czynności prawnej na drodze sądowej. Sąd obowiązany jest brać ją pod uwagę z urzędu. Niedopuszczalne jest jej uzdrowienie w drodze konwalidacji, a zatem uznania za ważną z mocą wsteczną w przypadku spełnienia określonych przez ustawę warunków (tak I. Kowalska-Mańkowska [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz. Lex, 2015). Inaczej rzecz ujmując, z uwagi na okoliczności faktyczne niniejszej sprawy zarówno Sąd I instancji, jak i Sąd Okręgowy zmuszony był wziąć pod uwagę kwestię nieważności umów zawartych przez strony, przy czym należy jednocześnie wyraźnie podkreślić, że nieważność ta nie wynikała z przepisów kodeksu cywilnego, lecz z przepisu szczególnego

(art. 155 ust. 2 ustawy). Jeżeli zaś sankcja nieważności niektórych postanowień czynności prawnej wynika z innych przepisów niż art. 58 § 1 i 2 kc, o ważności tej czynności w pozostałym zakresie należy rozstrzygać stosując w drodze analogii art. 58 § 3 kc, który stanowi, że jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana (tak SN w wyroku z dnia 12 maja 2000 roku, V CKN 1029/00, Lex nr 47029).

W rozpoznawanej sprawie, jak już wspomniano, nie był kwestionowany fakt, że w zakresie specjalizacji lekarza J. O. oferta powodowej spółki skierowana do pozwanego NFZ zawierała nieprawdziwe informacje, wskutek czego w tym właśnie zakresie umowy zawarte przez wymienione wyżej podmioty należało uznać za nieważne. Inaczej rzecz ujmując, w tej części, w której pozwany przekazał powodowej spółce środki za świadczenia wykonywane przez lekarza bez specjalizacji nie istniał ważny tytuł prawny do przeprowadzenia tego typu czynności, stąd też w tym właśnie zakresie roszczenie pozwanego wywiedzione z cytowanego wyżej § 28 ust. 1 Załącznika do rozporządzenia okazało się zasadne, a powodowa spółka nie mogła skutecznie domagać się zwrotu środków przekazanych na rzecz NFZ na podstawie tej regulacji wskutek przeprowadzonej kontroli. Jedynie na marginesie warto zdaniem Sądu Okręgowego zaznaczyć, że wprawdzie ocena stosunku zobowiązaniowego stron pozostawała restrykcyjna, niemniej jednak zważywszy na bardzo szczegółowe uregulowanie umów zawieranych przez pozwanego ze świadczeniodawcami, wynikające po części z publicznego charakteru przekazywanych przez NFZ środków, a także szerokie zastosowanie sankcji nieważności czynności prawnych (tj. wspomnianych umów) nie było podstaw do oddalenia apelacji, a zaskarżony wyrok musiał ulec zmianie w postulowany przez skarżącego sposób.

W związku z powyższym, odpowiedniej zmianie uległo też rozstrzygnięcie o kosztach za I instancję, o których należało orzec stosując art. 98 kpc i wyrażoną w nim zasadę odpowiedzialności za wynik procesu, przy czym na koszty te po stronie pozwanego składało się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 180 zł, ustalone w stawce minimalnej na podstawie § 6 pkt 2 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 (Dz. U. 2013, poz. 490 j.t.), a także opłata skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 386 § 1 kpc jak w pkt. I sentencji.

Jednocześnie na podstawie wspomnianego wyżej art. 98 kpc należało też orzec o kosztach procesu w postępowaniu odwoławczym, przy czym w tym przypadku na koszty te po stronie pozwanego również składało się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 180 zł, ustalone jednak na podstawie § 2 pkt 2 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. 2015, poz. 1804), a także opłata od apelacji w kwocie 50 zł, a zatem w sumie 230 zł, podlegające zasądzeniu od powoda na rzecz pozwanego, o czym orzeczono w pkt. II sentencji.