

Sygn. akt I ACa 342/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 czerwca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Bogusław Suter (spr.)
Sędziowie	:	SA Jarosław Marek Kamiński SA Dariusz Małkiński
Protokolant	:	Izabela Lach

po rozpoznaniu w dniu 18 czerwca 2018 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **I. N.**

przeciwko **(...)w B.**

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 13 listopada 2015 r. sygn. akt I C 715/15

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- 1) zasądza od pozwanego (...) w B. na rzecz powódki I. N. kwotę 208.485 (dwieście osiem tysięcy czterysta osiemdziesiąt pięć) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 marca 2015 roku do dnia zapłaty;**
- 2) oddala powództwo w pozostałej części;**
- 3) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 8716,68 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;**

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 8530,13 zł tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą;

IV. nakazuje zwrócić powódce ze Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Białymstoku kwotę 1266,80 zł tytułem niewykorzystanej części zaliczki.

B. J. M. D. M.

Sygn. akt I ACa 342/16

UZASADNIENIE

I. N. prowadząca działalność leczniczą pod nazwą (...) w B. wniosła o zasądzenie od (...) w B. kwoty 546.199,86 zł z ustawowymi odsetkami od kwot i dat szczegółowo opisanych w pozwie. Podała, że w wyniku przeprowadzonej kontroli wykonania łączących strony dwóch umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (nr (...) oraz nr (...), NFZ niezasadnie – jej zdaniem - uznał, że miały miejsce nieprawidłowości uzasadniające zapłatę przez nią kwoty 551.556,66 zł tytułem zwrotu środków finansowych nienależnie przekazanych w 2012 r. i 2013 r. oraz kar umownych za nienależyte wykonanie umów.

(...) w B. wniósł o oddalenie powództwa. Podnosił, że powódka nie wypełniła ciężących na niej z mocy umów obowiązków, a co za tym idzie winna była zwrócić mu nienależnie przekazane jej środki finansowe oraz kary umowne za nienależyte wykonanie umów.

Wyrokiem z dnia 13 listopada 2015 r. Sąd Okręgowy w Białymstoku oddalił powództwa i zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Orzeczenie to zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

I. N. prowadzi działalność leczniczą z zakresu okulistyki w rodzaju leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywaną przez (...).

W jej ramach w dniu 30 grudnia 2011 r. zawarła z (...) w B. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: nr (...)w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka - hospitalizacja planowa oraz w zakresie skojarzonym okulistyka - hospitalizacja planowa B12, B13, B14, B15 oraz nr (...)w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w zakresie okulistyki.

Pismem z dnia 13 czerwca 2013 r. powódka została zawiadomiona o planowanej kontroli prawidłowości realizacji umów, którą przeprowadzono w jej siedzibie w dniach od 13 do 29 czerwca 2013 r. Kontrola ta wykazała nieprawidłowości, które wymienione w protokole z dnia 23 sierpnia 2013 r. Pismem z dnia 30 sierpnia 2013 r. powódka wniosła zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole kontroli, które jednak nie zostały podzielone przez NFZ.

Ocena realizacji kontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej została zawarta w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 2 października 2013 r. (znak: (...)). Pozwany negatywnie ocenił w nim realizację umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (nr (...)) oraz pozytywnie z nieprawidłowościami, umowę w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (nr (...)). Konsekwencją takiej oceny było przedstawienie zaleceń pokontrolnych.

Pozwany w wystąpieniu pokontrolnym zakwestionował zasadność rozliczenia 177 spośród 287 świadczeń poddanych badaniu. U. wskazał, że:

- w przypadku 6 świadczeń opieki zdrowotnej z 2012 r., ujętych w Tabeli Nr 1, udzielonych w trybie hospitalizacji, w okazanej przez podmiot kontrolowany dokumentacji medycznej stwierdzono brak skierowania na leczenie szpitalne (pkt 2.8.1);

- w przypadku 20 świadczeń opieki zdrowotnej (w tym: 17 z 2012 r., 3 z 2013 r.), rozliczonych poprzez grupę JGP B23 - Średnie zabiegi na soczewce, Świadczeniodawca sprawozdał w raporcie statystyczno-medycznym procedurę

ICD9:13.49 - Rozdrobienie soczewki i aspiracja zaćmy – inne, przy czym z dokumentacji medycznej wynika, iż w trakcie tego samego zabiegu wykonano także procedurę wszczepienia soczewki przy operacji zaćmy, która nie została sprawozdana. Ustalono też, że we wszystkich wymienionych przypadkach pacjenci współfinansowali operację usunięcia zaćmy wraz z wszczepem (pkt 2.8.2);

- w przypadku 5 świadczeń opieki zdrowotnej (3 z 2012 r., 2 z 2013 r.) ujętych w Tabeli Nr 3, wpisy w dokumentacji medycznej nie uzasadniały ich udzielenia w trybie hospitalizacji (pkt 2.8.3);

- w przypadku wszystkich 146 wykazanych do zapłaty świadczeń opieki zdrowotnej (94 z 2012 r., 52 z 2013 r.) rozliczonych w ramach umowy o udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne poprzez grupę B02 (leczenie wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego (...)), powódka nie spełniła warunków określonych w części VI załącznika nr 12 do Zarządzenia (...) nr(...) – Opis przedmiotu umowy – Leczenie wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty - (...) (pkt 2.8.4);

- w 22 przypadkach rozliczonych w ramach umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w tym: 19 z 2012r., 3 z 2013 r.) spośród 924 skontrolowanych powódka naruszyła dyspozycje zapisów Zarządzenia Prezesa NFZ (pkt 3.8).

Mając na uwadze powyższe, (...) w B. ostatecznie zażądał od powódki zapłaty łącznej kwoty 551.556,66 zł, w tym: 432.002 zł (leczenie szpitalne - 431.370 zł; ambulatoryjna opieka specjalistyczna - 632 zł) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w latach 2012 - 2013 oraz 119.554,66 zł (leczenie szpitalne - 110.130,30 zł; ambulatoryjna opieka specjalistyczna - 9.424,36 zł) tytułem kary umownej w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi w toku postępowania.

Pismem z dnia 10 października 2013 r. powódka złożyła zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, które (...) odrzucił w całości pismem z dnia 25 października 2013 r. (znak: (...)).

Pismem z dnia 11 listopada 2013 r. powódka złożyła zażalenie na czynność (...) na negatywne rozpatrzenie zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego.

W odpowiedzi z dnia 18 grudnia 2014 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie uwzględnił zażalenia od rozstrzygnięcia Dyrektora (...) (Znak: (...)). Następnie powódka pismem z dnia 31 grudnia 2014 r. zwróciła się do Prezesa NFZ o ponowne rozpatrzenie sprawy. W dniu 26 stycznia 2015 r. Prezes NFZ poinformował, że nie znajduje podstaw do uwzględnienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy i podtrzymuje swoje dotychczasowe stanowisko.

W dniu 12 stycznia 2015 r., powódka dokonała zapłaty na rzecz pozwanego kwoty 551.556,66 zł - tytułem zwrotu wartości nienależnie przekazanych środków finansowych oraz kary umownej. Jednocześnie złożyła oświadczenie, że zapłata jest dokonywana z zastrzeżeniem zwrotu, gdyż nadal kwestionuje zasadność oraz wysokość określonego przez Dyrektora (...) zobowiązania. Następnie w dniu 9 marca 2015 r. skierowała do pozwanego wezwanie do zapłaty zwróconej wcześniej kwoty 551.556,66 zł.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Na wstępie zauważył, że pozwany wezwał powódkę do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń oraz zapłaty kar umownych w związku z nieprawidłowościami szczegółowo opisanymi w wystąpieniu pokontrolnym w punktach: 2.8.1., 2.8.2., 2.8.3., 2.8.4. oraz 3.8. Powódka zaś w swoich zarzutach zakwestionowała wyłącznie punkty 2.8.2 oraz 2.8.3 tegoż wystąpienia, co zdaniem Sądu oznaczało, że w pozostałym zakresie niejako uznała zasadność stawianych jej zarzutów.

Dalej wskazał, że łączące strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały zawarta na podstawie art. 132 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 - j.t.). Zgodnie z § 1 ust. 2 umowy z dnia 30 grudnia 2011 r. NR (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, powódka zobowiązała się wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach ustalonych w szczegółowo wymienionych przepisów.

Leczenie wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji dożylkowych przeciwciała monoklonalnego (...), zgodnie z § 11 ust. 6 Zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.) każdorazowo mogło być udzielone w trybie hospitalizacji planowej i wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który to stan powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej.

Podkreślił, że proces leczenia pacjenta, w szczególności jeżeli jest dokonywany w oparciu o wykorzystanie środków publicznych, powinien być precyzyjnie oraz rzetelnie udokumentowany, a dokumentacja medyczna zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2010 r. Nr 252 poz. 1697 z późn. zm.) powinna zawierać elementy obligatoryjne takiej jak: skierowanie, epikryzę, wypis lekarza oraz kartę informacyjną.

Sąd Okręgowy stwierdził, że prowadzona przez powódkę dokumentacja medyczna nie posiadała większości z w/w elementów. W skontrolowanej dokumentacji, we wszystkich historiach choroby w części dotyczącej wypisania pacjentów ze szpitala stwierdzono brak epikryzy, zaś karta informacyjna z leczenia szpitalnego była dołączoną tylko do 7 z 287 skontrolowanych historii chorób. Brak było ponadto kart informacyjnych, skierowań oraz udokumentowania spełnienia warunków kwalifikujących do udzielenia świadczenia w ramach grupy B02 zawartych w części VI załącznika nr 12 do Zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.) - Leczenie wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji dożylkowych przeciwciała monoklonalnego anty - (...).

Wobec tego za uzasadnione uznał stanowisko NFZ, że skontrolowana dokumentacja medyczna była niepełnowartościowa, i jako taka uniemożliwiała weryfikację prawidłowości udzielanych świadczeń medycznych. Sąd podzielił też argumenty pozwanego, że opisane braki w dokumentacji są tożsame z niewykonaniem świadczenia i pomimo przeprowadzenia stosownych zabiegów. Wyjaśnił, że to dokumentacja jest podstawą rozliczeń między stronami umowy, a opisane jej braki nie pozwalały na rzetelną ocenę spełnienia warunków kwalifikujących poszczególnych pacjentów do udzielenia świadczeń medycznych (134 ze 146 skontrolowanych dokumentacji nie zawierało skierowania na leczenie szpitalne).

Zdaniem Sądu, słusznie NFZ ocenił jako nieprawidłowe wykonanie umowy, także proceder współfinansowania przez pacjentów wszczęcia soczewki multifokalnej. Zwrócił uwagę, że przedmiotem umowy łączącej strony było świadczenie usług z zakresu leczenia szpitalnego polegające na usunięciu zaćmy z jednoczesnym wszczęciem soczewki. Świadczenie to jest ujęte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. nr 140, poz. 1143 ze zm.) jako świadczenie finansowane w całości ze środków publicznych i nie mogło być współfinansowane przez pacjentów. Dlatego też nie było podstaw do przekazania powódce środków finansowych za świadczenia sprzeczne z zapisami łączącej strony umowy oraz przepisami prawa.

Sąd Okręgowy stwierdził, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie bezspornie wskazuje, na uchybienia powódki w realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym za w pełni zasadne uznał żądanie przez pozwanego zwrotu przez powódkę kwoty 432.002 zł tytułem nienależnych środków finansowych (§ 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. nr 81, poz. 484).

Zdaniem Sądu I instancji, pozwany oddział NFZ był także w pełni uprawniony do obciążenia powódki karami umownymi w związku ze stwierdzeniem niewykonania lub nienależytego wykonania umów z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

O kosztach procesu postanowił w myśl art. 98 k.p.c.

Apelację od tego wyroku wniosła powódka, która zarzuciła Sądowi I instancji naruszenie:

1. art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez uznanie, że pacjent ma prawo do korzystania za opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych tylko i wyłącznie w całości w sposób określony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a rezygnacja z części uprawnienia do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych powoduje brak możliwości skorzystania z finansowania w pozostałym zakresie,
2. art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP przez uznanie, że chcąc skorzystać z prawa do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, pacjent musi w całości korzystać z usług określonych przez NFZ,
3. art. 353 § 1 k.c. przez uznanie, że nie wykonano świadczeń określonych umową, choć z materiału dowodowego wynika, iż zabiegi zostały wykonane,
4. art. 353 § 1 k.c. przez uznanie, że nie wykonano świadczeń określonych umową, pomimo że w rzeczywistości pacjenci uzyskali świadczenia, co było podstawowym obowiązkiem umownym,
5. art. 354 § 1 k.c. przez uznanie, że wykonanie zobowiązania nie nastąpiło zgodnie z jego treścią i w sposób nie odpowiadający celowi społeczno- gospodarczemu, w sytuacji, gdy treścią zobowiązania było wykonanie zabiegów leczniczych a te zostały wykonane,
6. art. 471 k.c. przez uznanie, że obowiązana była zwrócić środki, jako pobrane nienależne, pomimo iż wykonała zobowiązanie,
7. art. 65 § 1 i 2 k.c. przez uznanie, że zawierając umowę z NFZ zagwarantowała jego „wyłącznieść” na korzystanie z usług, a jej oświadczenie o dyspozycyjności przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, wykluczało możliwość wykonywania usług na rzecz innych podmiotów,
8. § 13 ust. 2 Zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. przez uznanie, że przepis ten uniemożliwia częściowe skorzystanie z świadczenia z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Wnosiła o zmianę wyroku i uwzględnienie powództwa w całości, albo jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja zasługiwała na częściowe uwzględnienie.

Rozważania w niniejszej sprawie należało poprzedzić konstatacją natury ogólnej, że stosunki między stronami będące podstawą powstania roszczeń podlegających ocenie w tej sprawie nawiązane zostały w oparciu o przepisy art. 132 ust. 1 w zw. z art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938), w brzmieniu aktualnym w dacie ich zawarcia i obowiązywania.

Zawarte w trybie tej ustawy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają charakter umowy wzajemnej, odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem. Narodowy Fundusz Zdrowia ma wierzytelność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a równocześnie jako dłużnik jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia. Z drugiej strony świadczeniodawca jako dłużnik jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jako wierzyciel posiada wierzytelność względem Funduszu o zapłatę za wykonane usługi. NFZ jest w ten sposób związany umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami uprawnionymi i zarazem zobowiązanymi do jej udzielania. Tym samym pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą powstaje więź prawna o charakterze cywilnoprawnym, znajdująca swe

źródło w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stosunek między NFZ a świadczeniodawcą, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego.

W związku z tym wskazać należy, że I. N. prowadząca działalność leczniczą z zakresu okulistyki w rodzaju leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej(...)zawarła w dniu 30 grudnia 2011 r. z (...)w B. dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: nr (...) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka - hospitalizacja planowa oraz w zakresie skojarzonym okulistyka - hospitalizacja planowa B12, B13, B14, B15 oraz nr (...)w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w zakresie okulistyki. Zawierając te umowy obie strony, jako profesjonalne podmioty na rynku usług opieki zdrowotnej powinny być mieć pełną świadomość związania obowiązującymi przepisami prawa, w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484) oraz powołanymi w treści umowy

zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Nie było w sprawie również kwestionowane, że przeprowadzona w siedzibie powódki kontrola prawidłowości realizacji umów, wykazała szereg nieprawidłowości szczegółowo opisanych w protokole z dnia 23 sierpnia 2013 r. oraz wystąpieniu pokontrolnym z dnia 2 października 2013 r. Zakwestionowano w nim zasadność rozliczenia 177 spośród 287 badanych świadczeń (6 świadczeń udzielonych w 2012 r. w trybie hospitalizacji – stwierdzono brak skierowania na leczenie szpitalne - pkt 2.8.1; 20 świadczeń opieki zdrowotnej (17 z 2012 r., 3 z 2013 r.) dotyczących operacji zaćmy – stwierdzono, że w trakcie zabiegu wykonano także procedurę wszczepienia soczewki, która nie została sprawozdana i była współfinansowana przez pacjentów - pkt 2.8.2; w przypadku 5 świadczeń (3 z 2012 r., 2 z 2013 r.) – stwierdzono że wpisy w dokumentacji nie uzasadniały ich udzielenia w trybie hospitalizacji - pkt 2.8.3; 146 świadczeń (94 z 2012 r., 52 z 2013 r.) dotyczących leczenia wysiękowej postaci A. – stwierdzono brak skierowań do leczenia szpitalnego - pkt 2.8.4; w 22 przypadkach rozliczonych w ramach umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (19 z 2012 r., 3 z 2013 r.) - powódka naruszyła dyspozycje zapisów Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące dokumentacji medycznej- pkt 3.8).

Z powyższego wynika, że uchybienia ujawnione w trakcie kontroli w głównej mierze dotyczyły prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób sprzeczny z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2010 r. Nr 252 poz. 1697 z późn. zm. zwanym dalej Rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej) oraz współfinansowania zabiegów wszczepienia soczewki przez pacjentów. Sam fakt istnienia uchybień wytkniętych przez pozwanego, nie był zresztą kwestionowany przez powódkę, która wywodziła jedynie, że nie miały one charakteru tak rażącego naruszenia prawa, które winno skutkować zwrotem pobranych środków za wykonane świadczenia medyczne.

Z kolei Sąd Apelacyjny dokonując oceny charakteru uchybień wytkniętych przez pozwanego, a nie zakwestionowane skutecznie przez powódkę, doszedł do przekonania, że stanowiły one nienależyte wykonanie łączących strony umów. Stosownie zaś do ich zapisów (§ 5 ust. 1 umowy nr (...) oraz § 6 ust. 1 nr (...)) oraz znajdujących w tej sprawie zastosowanie rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (odpowiednio § 29 i § 30 OWU), pozwany NFZ był uprawniony do nałożenia na powódkę stosownych kar umownych. Uprawniało go do tego w szczególności prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa. Zasady prowadzenia i treść dokumentacji były uszczegółowione przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2010 r. Nr 252 poz. 1697 z późn.), szczegółowo określają zasady prowadzenia dokumentacji medycznej oraz jej elementy składowe. W świetle ustaleń zawartych w protokole pokontrolnym nie budzi wątpliwości, że dokumentacja medyczna nie była prowadzona przez powódkę prawidłowo. Należało zatem podzielić stanowisko Sądu Okręgowego, że naruszenia te miały charakter rażący, skoro trwały przez cały kontrolowany okres, a ich rozmiar i znaczenie z punktu widzenia zasad dokumentowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom (np. brak epikryzy w 100% skontrolowanej dokumentacji medycznej w historii choroby, tylko 7 kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w 287 skontrolowanych historiach chorób, brak większości skierowań na leczenie szpitalne oraz udokumentowania spełnienia warunków kwalifikujących do udzielenia świadczenia) były

bardzo istotne. Prowadzona w ten sposób dokumentacja nie dawała bowiem rzetelnych informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Taki sposób jej prowadzenia zaprzeczał więc samej idei dokumentacji medycznej. Dostrzeżone i wytknięte przez pozwanego poważne naruszenia obowiązków przyjętych na siebie przez powódkę w wyniku zawartych umów, wykluczają też miarkowanie nałożonych kar. W sprawie niniejszej brak też przesłanek uznania, że którakolwiek z kar jest rażąco wygórowana w stosunku do zakresu wytkniętych uchybień.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny uznał za nieuzasadnioną zawartą w apelacji powódki polemikę z ustaleniami faktycznymi Sądu Okręgowego, co do zaistnienia przesłanek nałożenia kar umownych oraz ich wymiaru.

W pozostałym zakresie oś sporu koncentrowała się zaś wokół kwestii, czy ujawnione przez NFZ nieprawidłowości w dokumentacji medycznej mogły stanowić wystarczającą przesłankę do żądania od powódki zwrotu środków przekazanych jej za wykonane świadczenia medyczne. Nie ma przy tym wątpliwości, że zgodnie z § 28 załącznika Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484), co do zasady dawały podstawę Narodowemu Funduszowi Zdrowia żądania zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych.

Zauważyć jednak należy, że do wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i skutków jej niewykonania lub nienależytego wykonania stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego o zobowiązaniach umownych. Cywilny charakter stosunku łączącego NFZ ze świadczeniodawcą nie może być więc przesłonięty przez fakt pochodzenia środków na zapłatę wynagrodzenia wykonawcy ze źródeł publicznych.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter zobowiązaniowy, a zatem obie strony powinny wykonywać zobowiązanie zgodnie z kryteriami określonymi w art. 354 k.c. Istotny jest zwłaszcza cel społeczno-gospodarczy umowy oraz klauzula zasad współzycia społecznego. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych spełniają bowiem funkcję szczególną, stanowiąc instrument zapewniający realizację konstytucyjnie zagwarantowanego prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (por. wyroku SN z 12 grudnia 2006 r., II CSK 284/06; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 12 lipca 2013 r., I ACA 201/13, L.).

Każda umowa podlega też wykładni w myśl art. 65 k.c. Zawarte w tym przepisie reguły interpretacji oświadczeń woli nakazują w umowach badać jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy (§2), ale również tłumaczyć je tak, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współzycia społecznego oraz ustalone zwyczaje (§ 1).

Wzorce umów zawierają szczegółowe zasady postępowania w zakresie realizacji umów przez świadczeniodawców, lekarzy i inny personel medyczny. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone zostały zadania lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, przewidujące obowiązek udzielania tych świadczeń z uwzględnieniem ich kompleksowości oraz dobra pacjenta. Zasady te regulują kwestie związane z organizacją sposobu leczenia, m.in. wystawiania recept, skierowań do specjalisty lub szpitala oraz na badania kontrolne, używania formularzy itp. Świadczeniodawca, który nie spełnia obowiązku prowadzenia odpowiedniej dokumentacji w celu rozliczenia wykonanych świadczeń, bądź udziela świadczeń osobom nieuprawnionym lub świadczeń niemieszczących się w zakresie zakontraktowanym przez NFZ, albo nie mając właściwych uprawnień do udzielania świadczeń, dopuszcza się działania bezprawnego w świetle umowy. Za naruszenie zasad wykonywania umów zastrzega się w ogólnych warunkach: zwrot nienależnych środków finansowych (§ 28), kary umowne (§ 29 i nast.), a w wyliczonych przypadkach wypowiedzenie umowy (§ 36).

Także przepisy kodeksu cywilnego, do których odsyła art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych, stanowią że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy wzajemnej przez jedną ze

stron druga strona może w zależności od rodzaju naruszenia umowy lub typu umowy żądać naprawienia szkody (art. 471 k.c.), kar umownych (art. 483 k.c.) lub odstąpić względnie ją wypowiedzieć.

Nie ma więc wątpliwości, że również odpowiedzialność stron umów będących źródłem sporu w niniejszej sprawie, opiera się na zasadach ogólnych (art. 471 i nast. k.c.). W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych NFZ przysługuje zatem roszczenie oparte na przepisach o odpowiedzialności kontraktowej.

W myśl § 28 załącznika Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także w świetle celu umowy oraz interesów obu stron, świadczeniodawca musi liczyć się z żądaniem przez NFZ zwrotu kwot wypłaconych jako „nienależnie pobrane środki finansowe”, tylko w razie naruszeń zasad rozliczania z tytułu udzielonych świadczeń określonych w § 14–27 załącznika OWU o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

NFZ nie może jednak automatycznie żądać zwrotu kwot zapłaconych za poniesione przez świadczeniodawców i prawidłowo obliczone oraz wykazane koszty usług medycznych, wykonanych na rzecz pacjentów w sposób zgodny z aktualną wiedzą medyczną, co do których jakości beneficjenci (świadczeniobiorcy) nie zgłosili żadnych roszczeń. Przy ocenie interesów stron umowy nie bez znaczenia jest wprawdzie okoliczność, że NFZ wydaje środki publiczne, jednak ta ocena nie może przesłaniać zasad prawa cywilnego, które rządzą stosunkiem zobowiązaniowym między NFZ i świadczeniodawcą oraz wyznaczają granice prawidłowej wykładni oświadczeń woli. W tym duchu wypowiedział się również Sąd Najwyższy, który wyraźnie wskazał, że nie można nakazywać lekarzowi zwrotu refundacji za przepisane leki tylko z powodu braków w dokumentacji (zob. wyrok z dnia 14 listopada 2014 r. I CSK 633/13, Gazeta Prawna (...)).

Świadczeniodawca, który popełnił formalne, administracyjne uchybienia nie może ponosić ciężaru zakontraktowanych i wykonanych prawidłowo świadczeń (na rzecz uprawnionych pacjentów, zgodnie ze sztuką medyczną i przez uprawnionych lekarzy i personel medyczny, w miejscu spełniającym merytorycznie i formalnie kryteria dotyczące bezpieczeństwa pomieszczeń przeznaczonych do udzielania świadczeń medycznych). Interpretacja przeciwna pomija nie tylko cywilnoprawną naturę stosunku łączącego obie strony, ale też fakt znacznego ograniczenia swobody kontraktowania na monopolistycznym rynku Narodowego Funduszu Zdrowia, czego przejawem jest m.in. treść niektórych postanowień OWU. Żądanie przez NFZ zwrotu zapłaconego wynagrodzenia za wykonane świadczenia medyczne, prowadziłyby bowiem do bezpodstawnego wzbogacenia, ponieważ zaoszczędziłby on na wydatkach, które musi ponieść w celu spełnienia własnego zobowiązania ustawowego do zorganizowania i sfinansowania opieki zdrowotnej na określonym terenie. W tym kierunku podąża również najnowsze orzecznictwo, które przyznaje wyższą rangę kryteriom celowościowym zasadności sfinansowania leczenia ze środków publicznych, niż warunkom formalnoprawnym. Prawidłowość wykonania umowy powinna więc być, przede wszystkim oceniana przy uwzględnieniu dobra pacjenta, które powinno być przesłanką nadrzędną przy realizacji tego typu umów.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, przypomnieć należy, że na obecnym etapie postępowania spór koncentrował się wokół zasadności uznania przez Fundusz za nienależnie przyznane powódce, środków finansowych wypłaconych tytułem wynagrodzenia za 20 świadczeń medycznych dotyczących procedury wszczepienia soczewki przy operacji zaćmy, które były współfinansowane przez pacjentów. Nie jest w sprawie kwestionowane, że zabiegi te zostały w istocie wykonane, ani też to, że pacjenci dopłacali do lepszej soczewki, tj. multifokalnej. Tym samym naruszyła powódka wiążące obie strony przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. nr 140, poz. 1143 ze zm.), w których operacja usunięcia zaćmy wraz z wszczepem (świadczenie o kodzie grupy JGP: B12 lub B13 lub B14 lub B15) jest ujęta jako świadczenie finansowane w całości ze środków publicznych. Z drugiej jednak strony nie można pomijać tej okoliczności, że powódka w swoich sprawozdaniach, jako zadanie podlegające refundacji z NFZ ujęła jedynie sam zabieg polegający na usunięciu zaćmy i jedynie za taki zabieg uzyskała finansowanie. Nie domagała się natomiast i nie otrzymała środków, za objęty umową procedurę wszczepienia soczewki przy usunięciu zaćmy, tj. zabieg faktycznie sfinansowany przez pacjentów.

Wobec tego, w ocenie Sądu Apelacyjnego, niczym nieuzasadnione było żądanie przez NFZ zwrotu środków za faktycznie udzielone świadczenie medyczne (usunięcie zaćmy) objęte łączącą strony umową, zwłaszcza że ani żaden z pacjentów, ani też pozwany nie zakwestionował dotychczas zasadności oraz prawidłowości tych świadczeń. W takiej zaś sytuacji proceder polegający na pobieraniu od pacjentów opłat za wszczęcie droższej (niż jednoogniskowa), należało uznać za wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami. W takiej zaś sytuacji zgodnie z § 30 ust. 2 ppkt 1 lit. c) załącznika Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Funduszowi służyło prawo domagania się od świadczeniobiorcy kary umownej, z którego to uprawnienia pozwany zresztą skorzystał. Wysokość tej kary – o czym była już mowa wyżej - jest w pełni adekwatna do rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości, szczególnie w kontekście bezspornego pobierania od pacjentów opłat za świadczenia gwarantowane. W tym bowiem zakresie świadczeniodawca zobligowany był zapewnić świadczeniobiorcom nieodpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze. Nie sposób było jednak mówić o niewykonaniu umowy, a co za tym idzie w pełni uzasadnione było oczekiwanie przez powódkę uzyskania wynagrodzenia za rzeczywiście wykonane świadczenie polegające na usunięciu zaćmy u 20 pacjentów. Z tego też tytułu należało zasądzić na jej rzecz kwotę 39.195 zł (20 x 1.980 zł).

Drugą grupą zakwestionowanych świadczeń było leczenie szpitalne wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych. W tym przypadku, nieprawidłowości również polegały na rażących brakach w prowadzonej dokumentacji medycznej, w tym braku epikryz we wszystkich skontrolowanych historiach leczenia, a przede wszystkim braku 134 skierowań na leczenie szpitalne.

Sąd Apelacyjny pragnie zauważyć, że nie powinno być przedmiotem kontrowersji, iż umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinny być wykonywana zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również wydanych przez Prezesa NFZ na podstawie delegacji ustawowej zarządzeniach (art. 146 ustawy o świadczeniach zdrowotnych), ale i określonych w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Należy jednak rozważyć, czy każde naruszenie wymienionych przepisów, w tym także w zakresie braków w dokumentacji, winno skutkować uznaniem, że przyznane wcześniej przez NFZ środki finansowe na świadczenie usług medycznych są „nienależne” w rozumieniu postanowień umowy, zatem podlegają zwrotowi na podstawie § 28 OWU.

Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, o czym była mowa już wyżej, że umowy zawierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podmiotami świadczącymi usługi medyczne przez mają przede wszystkim zapewnić pacjentom otrzymywanie świadczeń i leków zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz które rzeczywiście ich potrzebują. Szczegółowe postanowienia tych umów, określone przy pomocy wymienionych w nich przepisów prawa (Zarządzeń Prezesa NFZ), mają zapewnić osiągnięcie tego celu przez zakłady lecznicze. Jeśli jednak zakładowi nie stawia się zarzutów nienależytego wykonania umowy w świetle wymienionych zasad to nie każdy brak w samej dokumentacji powinien przesądzać o obowiązku zwrotu środków finansowych. Najważniejsze bowiem, aby pacjenci otrzymali na czas niezbędne świadczenia. Natomiast braki w dokumentacji powinny być oceniane indywidualnie pod kątem znaczenia danego dokumentu dla wykonania umowy o oceny rzetelności funkcjonowania danego zakładu.

W niniejszej sprawie nie budzi wątpliwości, że dokumentacja medyczna była prowadzona przez powódkę w sposób wyjątkowo niestaranny, czego konsekwencją, było obciążenie jej przez Fundusz stosownymi karami umownymi. Dokumentacja ta jednak poza brakami (np. dotyczącymi epikryz), które nie mogły skutkować uznaniem, że świadczeniodawca nie realizował świadczeń, za które przekazano te środki, względnie że zrealizował je na tyle wadliwe, że nie osiągnięta została istota danego świadczenia, nie zawierała skierowań na leczenie szpitalne. Tymczasem zgodnie z częścią VI załącznika nr(...) do Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.), leczenie wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych, winno odbywać się w warunkach

szpitalnych. Zgodnie zaś z art. 58 ustawy o świadczeniach zdrowotnych (...) świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza. Każdorazowe udzielenie świadczenia w ramach hospitalizacji, wynikać powinno ze stanu klinicznego pacjenta, mającego swoje odniesienie także w treści skierowania. Zgodnie z § 17 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252 po/ 1697 z późn. zm.) w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania, skierowanie obligatoryjnie dołącza się do historii choroby. W niniejszej sprawie, podczas kontroli przeprowadzonej przez Fundusz, powódka nie dysponowała takimi skierowaniami, co w pełni uzasadniało poddanie w wątpliwość zasadność finansowania ze środków publicznych zabiegów wykonanych w prowadzonym przez nią zakładzie leczniczym. Nie można jednak zapominać, że już w okresie pokontrolnym dostarczyła ona pozwanemu część (66) z brakujących skierowań na leczenie szpitalne. Tym samym przynajmniej we wskazanym zakresie uzupełniła brakujące dokumenty, przedstawiając kwalifikacje pacjentów do leczenia szpitalnego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, choć nie można w takiej sytuacji odmówić słuszności stanowisku pozwanego, że świadczeniodawca (powódka) realizował świadczenia w sposób nienależyty, to jednak nie może to stanowić podstawy do odmowy wypłaty wynagrodzenia, gdyż uchybienie to nie wpływało na jakość samego świadczenia. Ostatecznie bowiem powódka przedłożyła 66 skierowań (kwalifikacji) do leczenia szpitalnego wysiękowej postaci A. z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych i za te wykonane świadczenia należy się jej wynagrodzenie. Podkreślenia przy tym wymaga, że choć skierowania te w przeważającej mierze nie pochodziły z jednostek zewnętrznych, tym niemniej żaden z przepisów prawa nie nakłada takiego obowiązku. Wystarczy bowiem, że stosownej kwalifikacji dokonają lekarze posiadający specjalistyczne kwalifikacje, a takim jest I. N.. Tych zaś, podobnie jak zasadności wystawienie poszczególnych skierowań, strona pozwana nie zakwestionowała. W takiej zaś sytuacji, gdy decydującą okolicznością przemawiającą za uznaniem „nienależności świadczenia” jest brak skierowania, albo wymaganych kwalifikacji jednostki dokonującej kwalifikacji, za uzasadniony należało uznać zarzut naruszenia § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez przyjęcie, że w niniejszej sprawie zachodziły przesłanki do nakazania przez pozwanego powodowi zwrotu środków finansowych również za te świadczenia, które zostały wykonane w oparciu o później dostarczone skierowania szpitalne.

Nie sposób również zgodzić się ze stanowiskiem pozwanego Funduszu, że opisane wyżej przepisy wymagały nie jednego skierowania na całe leczenie szpitalne wysiękowej postaci A., lecz każdorazowego skierowania na poszczególne zabiegi. Przytaczając taką wykładnię obowiązujących procedur, NFZ wykazał się nadmiernym, nieuzasadnionym - w zwłaszcza w kontekście konieczności zapewnienia pacjentom szerokiego dostępu do opieki medycznej - formalizmem. Z pkt 1.6 części VI załącznika nr 12 do Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (k.1669-1670) wynika bowiem, że przy leczeniu wysiękowej postaci A. postępowanie terapeutyczne obejmuje minimum trzykrotną iniekcję doszkliskową preparatu i trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. Nie powinno więc budzić wątpliwości, że na objęte skierowaniem (kwalifikacją) świadczenie medyczne składają się co najmniej trzy zabiegi wykonywane w warunkach leczenia szpitalnego, a lekarz prowadzący może uznać konieczność większej liczby iniekcji skoro to on – jak wyżej wskazano, decyduje o wyłączeniu świadczeniobiorcy z leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. Na takie rozumienie omawianej procedury wskazywał także Rzecznik Praw Pacjentów, a także prof. dr. hab. n. med. A. S., który osobiście brał udział w we wprowadzaniu grupy B02 do katalogu świadczeń NFZ.

Skoro więc podstawą żądania zwrotu świadczeń nie były zarzuty merytoryczne oparte na kwestionowaniu wykonania przedmiotowych świadczeń oraz ich jakości i celowości względem pacjentów, ale w istocie zarzuty formalne odnoszące się do dokumentacji, to w sytuacji gdy dokumentacja ta została uzupełniona o skierowania wystawione przez uprawnionych do tego lekarzy, nie było zatem podstaw do uznania za nienależne świadczeń za prawidłowo wykonane świadczenia medyczne. Jako, że pozwany nie zarzucał też, iż stan pacjentów ucierpiał lub świadczenia były zbędne, wobec tego w uznać należało, że powódce należało się wynagrodzenie także za 66 zabiegów leczenia wysiękowej postaci

A. ($66 \times 2.565 \text{ zł} = 169.290 \text{ zł}$). Skierowania na te zabiegi znajdują się na k. 339-347 i 535-552 akt, a ich konfrontacja z danymi z tabeli nr 14 protokołu kontroli (k.159-162) i numerami PESEL pacjentów wskazuje na to, że 66 iniekcji w tej tabeli wyszczególnionych miało swoje podstawy w skierowaniach.

W konsekwencji, zdaniem Sądu Apelacyjnego, okoliczności niniejszej sprawy pozwalały na częściowe uwzględnienie roszczeń powódki, co skutkowało zmianą zaskarżonego wyroku i zasądzenia od pozwanej łącznej kwoty 208.485 (169.290 zł + 39.195 zł) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 11 marca 2015 r., tj. dnia następującego po doręczeniu pozwanej wezwaniu do zapłaty zwróconej wcześniej kwoty. O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c. zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Konsekwencją zmiany wyroku Sądu I instancji była także korekta zawartego w nim rozstrzygnięcia o kosztach procesu, poprzez ich dostosowanie do końcowych wyników procesu (art. 100 k.p.c.). Ostatecznie bowiem roszczenie powódki, która wydatkowała 34.527 zł (27.310 zł – opłata od pozwu + 7.217 zł – wynagrodzenie pełnomocnika) zostało uwzględnione w 38,17% (208.485 zł / 546.200 zł), co oznacza że pozwany, który poniósł jedynie koszty zastępstwa procesowego (7.217 zł), pomimo formalnego wygrania sprawy w 61,83 %, winien jest zwrócić przeciwnicze procesowej 8.716,68 zł tytułem em zwrotu kosztów procesu w pierwszej instancji ($34.527 \times 38,17\% - 7.217 \text{ zł} \times 61,83\%$).

Z tych też względów, Sąd Apelacyjny na mocy art. 386 §1 k.p.c. i art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego postanowił zgodnie z art. 100 k.p.c. i art. 108 §1 k.p.c. rozstrzygając o nich stosownie do wyników postępowania apelacyjnego ($27.310 \text{ zł} + 10.800 \text{ zł} + 1.732 \text{ zł} \times 38,17\% - 10.800 \text{ zł} \times 61,83\%$).

B. J. M. D. M.