

Sygn. akt I C 370/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 stycznia 2019 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: sędzia SR Wioletta Sychniak

Protokolant: staż. Ewelina Arkit

po rozpoznaniu w dniu 16 stycznia 2019 roku w Łodzi

sprawy z powództwa Instytutu Centrum (...) w Ł.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.

o zapłatę

zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Instytutu Centrum (...) w Ł. kwotę 7585,60 zł (siedem tysięcy pięćset osiemdziesiąt pięć złotych i sześćdziesiąt groszy) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 24 marca 2017 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 2 628,10 zł (dwa tysiące sześćset dwadzieścia osiem złotych i dziesięć groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt I C 370/17

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym 24 marca 2017 roku Instytut Centrum (...) w Ł. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwoty 7585,60 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty i o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa według norm przepisanych.

Kwota dochodzona pozwem stanowi równowartość świadczeń zdrowotnych, udzielonych na rzecz pacjenta K. J. (1) w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w stanie nagłym. Odroczenie udzielenia ww świadczeń nie było możliwe ze względu na ryzyko wystąpienia istotnych, negatywnych skutków zdrowotnych dla pacjenta. Do udzielenia świadczeń doszło w okresie 10 – 17 lutego 2015 roku. W tym czasie powód realizował umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, ale nie miał umowy na świadczenia w powyższym zakresie dla dorosłych. Jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia powód wskazał przepis art. 19 ust. 4 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dochodzona pozwem kwota stanowi skalkulowany koszt świadczeń udzielonych pacjentowi K. J. (1). Nie została obliczona jako wynagrodzenie, które należałoby się według stawek przyjętych w umowie z NFZ.

/pozew k. 2-8, odpowiedź na sprzeciw k. 171-173, skrócony protokół rozprawy k. 276v, znacznik czasowy 00:12:01-00:20:27/

W dniu 28 kwietnia 2017 roku referendarz sądowy w Sądzie Rejonowym dla Łodzi – Widzewa w Łodzi wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, uwzględniając powództwo w całości.

/nakaz zapłaty k. 115/

Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w Ł. skutecznie wniósł sprzeciw od powyższego nakazu zapłaty, zaskarżając go w całości.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Nie uznał powództwa ani co do zasady, ani co do wysokości.

Pozwany wskazał, że w 2014 roku strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 5.01.2012 w rodzaju leczenie szpitalne. Powód udzielał pacjentowi K. J. (1) świadczeń zdrowotnych w okresie 10 – 17 lutego 2015 roku. Jednak świadczenia te miały charakter planowy i nie ratujący życia. Pobyt pacjenta na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii był kontynuacją leczenia w Klinice (...).

Nie ma zastosowania w niniejszej sprawie podstawa prawna, wskazana przez (...) w Ł.. Odnosi się ona jedynie do podmiotów, które nie zawarły stosownych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podczas gdy strony niniejszego sporu taka umowa łączyła.

Pozwany podkreślił, że spór stron koncentruje się na zasadzie odpowiedzialności, ale nie wypowiedział się jednoznacznie co do wysokości dochodzonego roszczenia.

/sprzeciw od nakazu zapłaty k. 119-123, skrócony protokół rozprawy k. 276, znacznik czasowy 00:01:37-00:12:01/

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w Ł. a Instytutem Centrum (...) w Ł. została zawarta w dniu 5 stycznia 2012 roku umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Umową objęte były m.in. świadczenia udzielane w ramach Kliniki (...). W okresie, w którym doszło do zawarcia umowy pomiędzy stronami, powód nie miał oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych, dlatego umowa tych świadczeń zdrowotnych nie obejmowała. Powód miał Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci i świadczenia tam udzielane objęte były kontraktem z NFZ.

Pierwotnie umowa była zawarta na okres od 1.01.2012 r. do 31.12.2014 r. Na mocy porozumienia z 15 października 2014 roku, przedłużono okres obowiązywania umowy do 30 czerwca 2016 roku.

Świadczenia zdrowotne wykonywane przez świadczeniodawców podlegają zgłoszeniom (sprawozdaniom) w formie komunikatów elektronicznych. Jest to podstawą ewentualnych rozliczeń. Świadczenia udzielane w trybie planowym oznaczane są literą N, a przypadki nagłe – literą T.

/bezsporne, kopia umowy k. 127-134, porozumienie z dnia 15.10.2014 r. k. 135, zarządzenie nr (...) prezesa NFZ z 21.03.2013 r. z załącznikiem k. 136-166/

Centrum (...) w Ł. udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie neurochirurgia – hospitalizacja do 28 stycznia 2016 roku. Umowa została w powyższym zakresie wypowiedziana przez (...) Wojewódzki Oddział (...), a jedną z przyczyn był brak oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych. ***/bezsporne/***

K. J. (1) został przyjęty na Oddział Neurochirurgii (...) celem wykonania operacji usunięcia nowotworu mózgu. Zabieg w trybie planowym wykonano 9 lutego 2015 roku. Po operacji stan pacjenta był względnie dobry. Stan jego zdrowia pogorszył się tego samego dnia w godzinach wieczornych, a nad ranem pacjent stracił przytomność. Chorego zakwalifikowano do reoperacji mającej na celu odbarczenie mózgu. Kolejna operacja nie poprawiła stanu zdrowia pacjenta. Po zabiegu był nieprzytomny i niewydolny oddechowo, w związku z czym przekazano go do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci. Pomimo zastosowanych procedur medycznych, stan zdrowia pacjenta

nie poprawił się. W dniu 17 lutego 2015 roku stwierdzono zgon pacjenta. Przyczyną zgonu była niewydolność ośrodków pnia mózgu w przebiegu obrzęku mózgu po zabiegu neurochirurgicznym.

/kopia dokumentacji medycznej k. 50-53, opinia biegłego S. R. k. 193-195/

W dacie udzielenia pacjentowi świadczeń w zakresie intensywnej terapii, jego choroby były zagrażające życiu. Nie było możliwe odroczenie jego leczenia; jego stan nie pozwalał na transport do innego ośrodka.

Każdy zabieg na ośrodkowym układzie nerwowym (w tym operacja guza mózgu) jest zagrożony powikłaniem wymagającym leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii. Zabiegi neurochirurgiczne nie mogą odbywać się w szpitalu, w którym nie ma oddziału intensywnej terapii.

Na początkowym etapie leczenia, sposoby postępowania pomiędzy oddziałami dla dorosłych i dla dzieci nie są istotne. Jest możliwe leczenie pacjentów dorosłych na oddziale intensywnej terapii dla dzieci, podstawowa niedogodność – dla personelu – to leczenie pacjenta dużo cięższego niż dziecko i innych sposób dawkowania leków. Przy tym na oddziałach dla dzieci są leczone osoby w wieku do 17 roku życia. Metrykalnie są dziećmi, ale biologicznie często są osobami dorosłymi o wadze 80 kg i wzroście 180 cm.

/opinia biegłego S. R. k. 193-195, opinie uzupełniające k. 239, 262-263/

Nie istnieje formalna i techniczna możliwość rozliczenia pomiędzy stronami świadczenia udzielonego pacjentowi dorosłemu na oddziale intensywnej terapii dla dzieci. Opracowane procedury rozliczeń udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej tego nie przewidują. ***/bezsporne/***

Koszt świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych pacjentowi K. J. (1) w trybie nagłym wyniósł 7585,60 złotych, w tym:

- wynagrodzenie personelu lekarskiego – 3324,29 zł,
- wynagrodzenie personelu pielęgniarского – 615,90 zł;
- testy laboratoryjne – 1339 zł,
- diagnostyka nielaboratoryjna – 279,57 zł,
- badania histopatologiczne – 319,73 zł,
- farmaceutyki – 595,35 zł,
- materiały medyczne – 476,98 zł,
- krew i materiały krwiopochodne – 360 zł,
- amortyzacja – 80,80 zł,
- opieka hotelowa – 193,97 zł.

/zestawienie badań K. J. za okres 10-17.02.2015 r. k. 17-18, sprawozdania z badań laboratoryjnych z wynikami k. 20-38, informacja o wysokości kosztów udzielenia świadczeń k. 44-48, oświadczenie o stawce godzinowej lekarza i pielęgniarki k. 49, kopie faktur k. 54-88, 91-106, karta środka trwałego k. 89-90/

Powód wystawił fakturę VAT nr (...) na kwotę 7585,60 złotych, po czym wystąpił do NFZ o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone K. J. (1). W elektronicznym sprawozdaniu ww świadczenia powód oznaczył jako „N”.

Pozwany otrzymał wniosek 4 września 2015 roku. Odmówił wypłaty powołując się na okoliczność, że strony łączy umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a świadczenia udzielone K. J. (1) nie miały charakteru nagłego.

/kopia faktury k. 40, pisma powoda z 3.09.2015 r. k. 41, 108-110, 111, wniosek o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielne świadczeniobiorcy w stanie nagłym k. 42-43, pisma pozwanego z 29.09.2015 r. k. 107, 112, wydruk z systemu sprawozdawczego (...) k. 167/

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510).

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierane z Narodowym Funduszem Zdrowia, są umowami cywilnoprawnymi, uregulowanymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ich przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - kompleksowa opieka zdrowotna świadczeniodawcy nad świadczeniobiorcą. Essentialia negotii określa przepis art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zobowiązuje się przede wszystkim do udzielania świadczeniobiorcom zakontraktowanych usług zdrowotnych, a Fundusz zobowiązuje się do ich sfinansowania. Przepis art. 137 ustawy zawiera delegację ustawową dla Ministra Zdrowia do wydania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w formie rozporządzenia, określającego przedmiot umów oraz rodzaje świadczeń będących przedmiotem realizacji.

Jednocześnie powyższa ustawa reguluje dostęp świadczeniobiorców do świadczeń w stanach nagłych i przewiduje uprawnienie do otrzymania wynagrodzenia dla podmiotu, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mianowicie art. 19 ust. ustawy stanowi, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie (art. 19 ust. 2). Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania tego wynagrodzenia, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności takiego wniosku (art. 19 ust. 4-6 ustawy).

Powołany wyżej przepis stanowi podstawę do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, o ile nie zostaną one uznane we wskazanym trybie przez Fundusz. Warunkiem dochodzenia roszczeń w tym trybie jest zatem uprzednie złożenie wniosku o wypłatę wynagrodzenia do Funduszu. Podstawowym warunkiem uzasadniającym dochodzenie roszczenia jest „nagłość” świadczenia, tzn. świadczenia muszą być wykonane w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta - stanu polegającego na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Uwzględnienie roszczenia świadczeniodawcy jest możliwe po ustaleniu, że świadczenia zostały udzielone w niezbędnym zakresie, w rozumieniu art. 19 ust. 2 ustawy i żądane przez świadczeniodawcę wynagrodzenie mieści się w pojęciu uzasadnionych kosztów.

Przepis art. 19 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest jedyną podstawą prawną uzasadniającą finansowanie przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej bez zawarcia umowy o udzielanie

świadczeń zdrowotnych. Na gruncie tego przepisu ukształtowała się praktyka orzecznicza, zgodnie z którą art. 19 ustawy jest podstawą do ubiegania się o wynagrodzenie za tzw. świadczenia ponadlimitowe przez świadczeniodawców, którzy mają zawarte umowy z NFZ, ale pomimo racjonalnej organizacji przyjęć przekroczyły limity świadczeń określone w umowach (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, Lex nr 1800063; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 20 grudnia 2017 roku, I ACa 671/17, Lex nr 2477365; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 27 lipca 2017 r., V ACa 571/16, Lex nr 2409475; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017 r., I ACa 960/16, Lex nr 2250114).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy, wskazać należy, że stan faktyczny niniejszej sprawy w przeważającej części jest bezsporny.

W okresie, w którym udzielono K. J. (1) świadczeń zdrowotnych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci (...), strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, obejmująca m.in. świadczenia udzielane w Klinice (...). Jak wynika z opinii biegłego S. R., szpital w którym jest oddział neurochirurgii powinien mieć również oddział intensywnej terapii, bo zabiegi neurochirurgiczne na mózgu wiążą się ryzykiem ciężkich powikłań wymagających intensywnej terapii.

Bezspornie powód nie miał oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych, a pomimo to doszło do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na oddziale neurochirurgicznym. Bezspornie również sformalizowane procedury rozliczania udzielonych świadczeń zdrowotnych, stworzone i stosowane przez NFZ, nie przewidują możliwości rozliczenia świadczenia udzielonego osobie dorosłej na oddziale dla dzieci.

W ten sposób doszło do sytuacji paradoksalnej: z jednej strony powód zobligowany umową zawartą z NFZ miał obowiązek udzielać świadczeń zdrowotnych w Klinice (...), których charakter nakazywał liczyć się z koniecznością intensywnej terapii, której faktycznie mógł udzielić na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, ale za te świadczenia nie mógł uzyskać wynagrodzenia.

Taka sytuacja jest nieakceptowalna. Dlatego należy się opowiedzieć za dopuszczalnością rozliczenia świadczeń udzielonych K. J. (1) na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci w okresie 10.02.2015 r. - 17.02.2015 na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Udzielenie tych świadczeń niewątpliwie nastąpiło poza umową łączącą strony, ponieważ umowa nie przewidywała udzielania świadczeń osobom dorosłym na oddziałach dla dzieci. Nie jest przy tym uzasadnione stanowisko, prezentowane przez pozwanego, że sam fakt zawarcia umowy pomiędzy stronami – niezależnie od jej zakresu - wyklucza możliwość stosowania art. 19 ustawy. Przywołane powyżej orzeczenia i wskazana linia orzecznicza, odnosząca się do rozliczania świadczeń ponadlimitowych, idzie w przeciwnym kierunku. Omawiany przepis nie jest interpretowany tak wąsko, że z możliwości dochodzenia wynagrodzenia za świadczenia w stanach nagłych mogą ubiegać się jedynie podmioty, które nie zawarły z NFZ żadnej umowy. Dopuszcza się również stosownie tej podstawy prawnej, gdy wprowadzie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych i Narodowy Fundusz Zdrowia łączy umowa, ale konkretne świadczenia zostały udzielone poza jej zakresem. Jest to właściwa interpretacja ww przepisu.

Pozwany podniósł, że z uwagi na brak oddziału intensywnej terapii dla dorosłych powód powinien powstrzymać się z udzieleniem świadczeń K. J. (1). Nie wiadomo jednak, jaka miałyby być podstawa takiego powstrzymania się z udzieleniem świadczeń, skoro zostały zakontraktowane przez NFZ. Stanowisko pozwanego w istocie zmierza do przerzucenia całej odpowiedzialności za wadliwie zawartą umowę jedynie na powoda, podczas gdy to po stronie NFZ spoczywa obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom świadczeń zdrowotnych na odpowiednim poziomie i właściwie zorganizowanych.

W ocenie Sądu w realiach rozpoznawanej sprawy spełniona i udowodniona została przesłanka nagłości świadczenia udzielonego K. J. (1). Potwierdzają to wnioski biegłego S. R.. W stanie zdrowia pacjenta po operacji usunięcia guza mózgu istniała bezwzględna konieczność jego intensywnej terapii, nie mógł być przewieziony do innego szpitala, a udzielenie mu świadczeń na oddziale intensywnej terapii dla dzieci było możliwe i – pod względem medycznym – prawidłowe. Pozwany wprowadzie kwestionował opinię biegłego, ale jego zarzuty są nieuzasadnione. Zadaniem

biegłego była ocena udzielonych świadczeń pod względem medycznym i taka została dokonana. Natomiast uwagi pozwanego dotyczyły organizacji udzielania świadczeń, co wykraczało poza zakres opinii.

Podsumowując: wskazana przez powoda postawa prawna jego roszczenia jest prawidłowa i znajduje zastosowanie w niniejszej sprawie. Roszczenie powoda znajduje swoją podstawę w przepisie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ocenie Sądu została również udowodniona jego wysokość. Powód przedstawił zarówno kalkulację kosztów, jak i materiały źródłowe będące podstawą obliczeń, dokumentujące przeprowadzone u pacjenta badania, wykorzystane środki farmaceutyczne oraz dowody ich zakupu. Zgodnie z art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.c. to na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia roszczenia, zarówno samej zasady, jak i jego wysokości. W realiach niniejszej sprawy powód sprostał swoim obowiązkom procesowym, przedstawiając samo wyliczenie roszczenia, jak i dokumenty źródłowe. Natomiast pozwany ograniczył się jedynie do ogólnikowego zakwestionowania wysokości roszczenia, a ostatecznie jego pełnomocnik uchylił się od zajęcia jednoznacznego stanowiska w tej kwestii. Co do zasady dowodzi ten, kto twierdzi, a nie ten, kto zaprzecza. Pozwany powinien jednak ustosunkować się do twierdzeń strony przeciwnej i wskazać konkretne okoliczności, które kwestionuje. Jakkolwiek ciężar dowodu spoczywa na powodzie, to nie można wymagać, by dowodził okoliczności, których strona przeciwna wprost nie zakwestionowała (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 grudnia 2016 roku, I ACa 450/15, Lex nr 2340290). Tymczasem w niniejszej sprawie pozwany nie wypowiedział się do co wysokości roszczenia. Stanowisko jego pełnomocnika zajęte na rozprawie wskazuje, że pozwany nie miał żadnych argumentów, za pomocą których mógłby podważyć prawidłowość wyliczeń powoda.

Z uwagi na powyższe, powództwo podlegało uwzględnieniu w całości.

Rozstrzygnięcie o odsetkach z tytułu opóźnienia w wypłacie należnego powodowi odszkodowania zapadło na podstawie art. 481 § 1 k.c. Przed wytoczeniem powództwa (...) wystąpił do pozwanego ze stosownym wnioskiem i przedstawił fakturę. Wniosek wpłynął do (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) 4 września 2015 r. (k. 41), a pozwany pismem z 29.09.2015 r. odmówił wypłaty świadczenia. Należy uznać, że od tej chwili pozostawał w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia, dlatego żądanie odsetek za opóźnienie od wniesienia pozwu jest uzasadnione. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności Sąd zasądził żądane odsetki zgodnie z żądaniem powoda.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. Powód wygrał sprawę w całości, zatem przysługiwał mu pełen zwrot kosztów postępowania. Łącznie koszty poniesione przez powoda wyrażają się kwotą 2628,10 złotych, w tym 1800 zł kosztów pełnomocnictwa procesowego (kwota ustalona na podstawie § 2 punkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. Dz. U. z 2015 r. poz. 1804, w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia pozwu), 17 zł tytułem opłaty skarbowej za pełnomocnictwo oraz 431,10 złotych poniesionych kosztów opinii biegłego. Powód wpłacił zaliczkę na koszty opinii w wysokości 500 złotych, ale nie została ona wykorzystana w całości i zgodnie z pkt 1 postanowienia z 25.01.2019 r. niewykorzystana jej część podlega zwrotowi z funduszy Skarbu państwa.