

Sygn. akt I 1 C 572/19 upr.

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 czerwca 2019 r.

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku Wydział I Cywilny

Sekcja ds. rozpoznawanych w postępowaniu uproszczonym w składzie:

Przewodniczący: (...) M. M.

Protokolant: (...) (...)

po rozpoznaniu w dniu 7 czerwca 2019 roku w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa J. F. (1)

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo w całości;
2. zasądza od powoda J. F. (1) na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę 917 zł (dziewięćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt I 1 C 572/19 upr.

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 3 grudnia 2018 roku (data wniesienia pozwu obarczonego brakami formalnymi, uzupełnionymi w terminie) powód J. F. (1) domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 2.205 zł wraz z odsetkami ustawowymi od 9 listopada 2016 r., tj. dnia zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia zapłaty oraz zasądzenia zwrotu kosztów procesu w kwocie 100 zł (k. 19).

Powód w uzasadnieniu pozwu podniósł, że w dniach od 9.11.2016 do 30.11.2016 r. przebywał i był leczony w Oddziale: Zakładzie (...) w J. przy ul. (...) w J., gdzie został skierowany na konieczną rehabilitację w związku z protezoplastyką kolana prawego. Powód w tym czasie był objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego w (...) S.A.. Tym samym zaszło w jego ocenie zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy stron. Powód wskazał, że pozwany odmówił wypłaty odszkodowania, albowiem w ocenie pozwanego zakład, w którym przebywał powód nie spełnia definicji szpitala wg postanowień umowy, czemu powód przeczył, powołując się na statut podmiotu leczniczego, dołączony do pozwu. Zdaniem powoda, pozwany powinien zgodnie z § 5 ust. 1 w zw. z § 19 ust.1 pkt 14 OWU wypłacić powodowi świadczenie za każdy dzień pobytu w placówce w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie o nr (...) nr deklaracji 267, która na tę okoliczność opiewa na kwotę 21.000 zł, tj. $2.100,00 \times 0,5\% \times 21 \text{ dni} = 2.205 \text{ zł}$ (k. 20).

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania. Pozwany wskazał, że nie zaprzecza, że powód podlega ubezpieczeniu grupowemu i dodatkowemu ubezpieczeniu, te jednakże nie obejmuje pobytu powoda w placówce, która nie spełnia umownych definicji szpitala. Pełnomocnik pozwanego zwrócił uwagę, że spółka (...) prowadzi kilka przedsiębiorstw leczniczych, a opisana w statucie działalność w zakresie leczenia

szpitalnego nie dotyczy zakładu, w którym przebywał powód. Pozwany odwołał się również do swojego stanowiska wyrażonego w toku postępowania prowadzonego przed wniesieniem sprawy do sądu (k. 50-52).

Na rozprawie w dniu 7 czerwca 2019 r. od pozwanego nikt się nie stawił, natomiast powód podtrzymał swoje stanowisko w sprawie, powołując się nadto na okoliczność, że w analogicznej sprawie w tutejszym Sądzie (I 1 C 510/17) jego powództwo było zasadne. Jednocześnie powód zgłosił ustnie do protokołu wnioszek o sporządzenie uzasadnienia wyroku i doręczenia mu wyroku wraz z uzasadnieniem bezpośrednio po ogłoszeniu wyroku (k. 71-72).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

J. F. (2) w dniu 29 lutego 2012 r. na podstawie deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) zawarł z (...) Zakładem (...) na (...) Spółką Akcyjną w W. umowę ubezpieczenia m.in. na wypadek pobytu w szpitalu, w którym to wypadku suma ubezpieczenia określona została na kwotę 21.000 zł, zaś odszkodowanie za każdy dzień zaistnienia zdarzenia określone zostało na 0,5 % sumy ubezpieczenia. Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego (...) na (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, konieczność którego powstała w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością (...) S.A. pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio - z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą (§ 19 ust. 1 pkt 14). Szpitalem w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 4 Ogólnych Warunków jest zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, zaś leczeniem szpitalnym w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 2 jest leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego (bezporne, a nadto deklaracja przystąpienia k. 29-30, Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego (...) na wypadek leczenia szpitalnego k. 31-35).

W okresie od 15 czerwca 2016 r. do 23 czerwca 2016 r. J. F. (2) przebywał w Szpitalu (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. – Szpitalu (...) w W. Oddziale (...) z pododdziałem (...) Ręki, gdzie przeprowadzono leczenie operacyjne – pierwotną, całkowitą endoprotezoplastykę stawu kolanowego prawego, jak również rehabilitację na oddziale. Po zakończonym pobycie w szpitalu otrzymał skierowanie do szpitala na oddział rehabilitacyjny (bezporne, a nadto karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 27-28).

W dniach od 9 listopada 2016 r. do 30 listopada 2016 r. powód przebywał w Zakładzie (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) w J., stanowiącego wydzieloną część podmiotu leczniczego – (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w J.. Podczas pobytu powód brał udział w zabiegach fizykalnych i ćwiczeniach usprawniających (bezporne, a nadto karta informacyjna k. 23-23v, statut podmiotu leczniczego (...) sp. z o.o. k. 35-38).

Zgodnie z § 6 Statutu (...) Sp. z o.o. do zadań podmiotu leczniczego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych dla ludności z zakresu rehabilitacji świadczonej w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (ust. 1 lit. c) oraz leczenie szpitalne w trybie jednego dnia oraz pełnej hospitalizacji (ust. 1 lit. d). Natomiast zgodnie z § 10 w skład podmiotu leczniczego wchodzi przedsiębiorstwa lecznicze z jednostkami i komórkami organizacyjnymi: (1) Szpital (...), w skład którego wchodzi Szpital (...) m.in. z Oddziałem (...) Stacjonarnej Rybacka 15 oraz II Oddziałem (...) Stacjonarnej Rybacka 44, (2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...), w skład którego wchodzi: Zakład (...) w J., ul. (...) z Zakładem (...) oraz II Zakład (...) w J., ul. (...) z Zakładem (...) oraz (3) Zespół poradni wielospecjalistycznych m.in. z poradnią rehabilitacyjną oraz zakładem rehabilitacji leczniczej (dowód: statut podmiotu leczniczego (...) sp. z o.o. k. 35-38).

Zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność medyczną - numer księgi rejestrowej (...) (na czas pobytu J. F. (1) w przedmiotowej placówce) podmiot leczniczy (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w J. dzielił się na trzy zakłady w tym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) w J.. J. F. (1) przebywał zaś w jednostce organizacyjnej tego zakładu - Zakładzie (...) przy ul. (...) w J., a w jej ramach w komórce

organizacyjnej - Zakładzie (...). Wskazany zakład posiada kod „2 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne” (Rubryka 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych) (dowód: akta ubezpieczeniowe na płycie CD k. 61).

W dniu 24 lutego 2017 r. powód dokonał zawiadomienia pozwanego o powyższym pobycie w celu uzyskania wypłaty odszkodowania (bezsporne, a nadto akta ubezpieczeniowe na płycie CD k. 61).

Pismem nadanym 1 marca 2017 r. (...) Zakład (...) na (...) S.A. odmówił J. F. (2) przyznania świadczenia wskazując, że placówka, w której przebywał nie jest przeznaczona do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, a tylko pobyt w takich zakładach opieki zdrowotnej został objęty ochroną ubezpieczeniową, powołując się przy tym na postanowienia OWU (bezsporne, a nadto pismo pozwanego k. 25).

J. F. (2) nie zgodził się z takim rozstrzygnięciem i wniósł o interwencję do Rzecznika (...). Pozwany po ponownym rozpatrzeniu sprawy dalej nie znalazł podstaw do uwzględnienia roszczenia powoda, zaś Rzecznik (...) po wniesieniu pozwu w niniejszej sprawie zakończył swoje postępowanie (dowód: akta ubezpieczeniowe na płycie CD k. 61).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zgromadzonych w sprawie dokumentów, których żadna ze stron nie kwestionowała. Podkreślenia wymaga, że stan faktyczny sprawy był zasadniczo niesporny między stronami, a istota sprawy sprowadzała się do kwalifikacji jednostki, w której powód przebył rehabilitację w kontekście łączącej strony umowy ubezpieczenia. Jest to jednak domena oceny prawnej, a nie dowodowej.

Sąd natomiast oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z faktury okazanej przez pozwanego na rozprawie, albowiem to czy pozwany poniósł koszt rehabilitacji w (...) nie miało znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Powód dochodził bowiem określonej kwoty z tytułu rehabilitacji trwającej określoną liczbę dni, a nie z tytułu zwrotu wydatków poniesionych na tę rehabilitację. Powód nadto nie miał na rozprawie, drugiego egzemplarza dla strony przeciwnej, niemniej jednak kopia tej faktury znajdowała się również w aktach ubezpieczeniowych na płycie CD.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo okazało się być niezasadne i jako takie podlegało oddaleniu.

Na wstępie przypomnieć jedynie należy, że niniejszy proces toczył się z zastosowaniem przepisów o postępowaniu uproszczonym na mocy art. 505¹ pkt 1 k.p.c., stąd też pozwany mógł już bezpośrednio po ogłoszeniu wyroku zgłosić wniosek o sporządzenie niniejszego uzasadnienia (art. 505⁸ § 1 k.p.c.). Również z tego samego powodu podnoszenie przez pozwanego na rozprawie twierdzeń co do poniesienia kosztów pobytu w (...), o ile twierdzenia takie mogłyby być interpretowane jako zmiana podstawy faktycznej powództwa, nie mogły odnieść skutku prawnego z uwagi na zakaz zmiany powództwa, statuowany w art. 505⁴ § 1 zd. 1 k.p.c..

Przechodząc do merytorycznej oceny żądania strony powodowej, wskazać należy, że strony sporu łączyła umowa ubezpieczenia z zakresu ubezpieczenia osobowego (art. 829 k.c.).

Pozwany podnosił, że placówka, za pobyt w której powód domaga się wypłaty odszkodowania, nie jest szpitalem w rozumieniu Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) na wypadek leczenia szpitalnego (w skrócie OWU), a tylko przy takiej kwalifikacji tej jednostki możliwa byłaby wypłata odszkodowania. W tym miejscu zbędne jest powtórne przytaczanie całości postanowień umownych, kluczowych w niniejszej sprawie, a ustalonych w części uzasadnienia dot. stanu faktycznego, zwłaszcza, że pozwany kwestionował jedynie tę jedyną przesłankę swojej odpowiedzialności w postaci statusu szpitala, przysługującego placówce w jakiej przebywał powód.

Na wstępie zaznaczenia wymaga, że dokonując interpretacji przedmiotowych postanowień umownych powstaje problem czy przy takim zadaniu odwoływać się do ustawowej klasyfikacji placówek medycznych, określającej rodzaj

udzielanych świadczeń zdrowotnych i podział zakładów leczniczych, czy też pozostać przy założeniu o wyczerpującym charakterze OWU w tym zakresie, a więc i niecelowości odwoływania się do pojęć ustawowych.

Wskazać należy, że definicja szpitala i leczenia szpitalnego zawarte w OWU mają stosunkowo ogólny charakter. Przykładowo definicja szpitala zawarta w § 2 ust. 1 pkt 4 OWU odwołuje się do zakładu lecznictwa zamkniętego, którego to pojęcia dalej nie definiuje. Nadto definicja leczenia szpitalnego w OWU jest skonstruowana w taki sposób, że rehabilitacja w zwyczajowym tego słowa znaczeniu (OWU nie definiuje bowiem terminu „rehabilitacja”) właściwie nie mieści się w niej ab initio. Z uwagi jednak na to, że OWU w dalszej części (§ 19) dopuszcza pod pewnymi warunkami świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją, należało uznać, że nie można poprzestać li tylko na wykładni językowej postanowień umownych łączących strony. W oparciu o tak skonstruowaną ustawową definicję szpitala w ocenie Sądu nader utrudnione było dokonanie oceny czy jednostka, w której powód przebywał mieści się w definicji wynikającej z OWU. Wskazać zatem należy, że ustalenie formy organizacyjnej, charakteru działalności, zakresu usług jednostki opieki zdrowotnej wymaga analizy wpisów we właściwym rejestrze.

Pojęcie zakładu leczniczego definiuje art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016.1638 t.j. - brzmienie na czas przebywania powoda w przedmiotowej placówce) jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Podmioty lecznicze definiuje z kolei art. 4 ust. 1 ustawy ze względu na formę organizacyjną. Działalność lecznicza jest zaś zdefiniowana w art. 3 ust. 1 ustawy, jako działalność polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (oraz ewentualnie na innych czynnościach nie dotyczących niniejszej sprawy – art. 3 ust. 2). Wspomniane świadczenia zdrowotne dzielą się zaś na świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne (art. art. 2 ust. 1 pkt 11 i 12). Nadto w art. 103 ustawy przewidziano, że działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. Rejestr taki został utworzony na podstawie art. 106 ust. 1 pkt 1 ustawy i dostępny jest publicznie na stronie internetowej (...)pl. (...) rejestru tego wpisuje się m.in. rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (art. 106 ust. 3 pkt 5).

Na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy wydane zostało dnia 17 maja 2012 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U.2012.594 – brzmienie obowiązujące w czasie pobytu powoda w przedmiotowej placówce). (...) resortowych kodów identyfikacyjnych, składa się z dziesięciu części. Część VI systemu stanowi kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym (§ 7 pkt 1). Kody rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia (§ 7 pkt 3). W załączniku tym przewidziano trzy rodzaje działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym: 1 - stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, 2 - stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, 3 - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Tym samym należało przyjąć, że szpitalem jest jednostka posiadająca kod „1” przewidziany w części VI systemu kodów identyfikacyjnych. Konstatacja taka jest tym bardziej uzasadniona, że status taki widnieje w rejestrze, który jest jawny i dostępny na stronie internetowej, przez co stanowić może narzędzie wykładni OWU dostępne dla obu stron umowy. Klasyfikacje powinny mieć przeto istotne znaczenie dla uznania, czy dany podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, czy też nie. Uznanie takie nie ma wtedy charakteru uznania obciążonego „dowolnością”, wynikającą z wykładni postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia dokonywanej przez zakład ubezpieczeń, ale ma również pewne umocowanie normatywne.

Analiza rejestru na chwilę pobytu powoda w jednostce (na stronie internetowej (...) - numer książki rejestrowej (...)) wskazuje, że powód przebywał w jednym z trzech zakładów podmiotu leczniczego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w J. – Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) w J., a precyzyjniej w jednostce organizacyjnej tego podmiotu, tj. w Zakładzie (...) przy ul. (...) w J., a w jej ramach w komórce organizacyjnej Zakładzie (...). Wskazany zakład posiada kod „2 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne” (Rubryka 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych). Dla porównania wskazać należy, że to Zakład (...) posiadał kod 1 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne – szpitalne. Powód nie przebywał zatem

w szpitalu. Skoro jak wyżej wskazano, odpowiedzialność ubezpieczyciela zależna jest od ustalenia czy ubezpieczony przebywał w szpitalu czy innym zakładzie opieki zdrowotnej, to powyższe ustalenie przesądzało, że pobyt ten nie wypełniał przesłanek § 19 ust. 1 pkt 14 OWU.

Jednocześnie wskazać należy, że nawet gdyby nie odwoływać się do wykładni z systemu prawa, a pozostać jedynie na gruncie sformułowań z OWU, to w sytuacji gdy pozwany zakwestionował twierdzenie powoda co do statusu szpitala przysługującego placówce, w której przebywał powód, to na powodzie właśnie ciążył ciężar wykazania, statusu tej placówki (art. 6 k.c.). Tymczasem zasadniczy argument powoda, tj. odwołanie się do Statutu podmiotu leczniczego R. nie daje wystarczających podstaw do nadania statusu szpitala Zakładowi (...), w którym przebywał powód. Wedle systematyki Statutu (nieco odmiennej od systematyki rejestru) przedmiotowy podmiot leczniczy, dzieli się bowiem na trzy przedsiębiorstwa, te zaś dzielą się na wiele jednostek, które dalej dzielą się na komórki. Ogólne postanowienie co do rodzaju świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez podmiot leczniczy jako całość, nie pozwalają na przyporządkowanie do komórki, w której przebywał powód właśnie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, zwłaszcza, że statut rozróżnia leczenie szpitalne (§ 6 ust. 1 lit. d) od rehabilitacji (§ 6 ust. 1 lit. c). Stanowisko powoda zatem, również bez odwoływania się do państwowych rejestrów, nie mogło się ostać.

Wskazać jeszcze należy, że uwadze Sądu nie uszło, że powód otrzymał skierowanie do „szpitala”, lecz niezależnie od przyczyn, dla których rehabilitację powód odbył ostatecznie nie w szpitalu (np. Szpitalu (...)) lecz w (...), który pod definicję szpitala nie podpada, dla ziszczenia się odpowiedzialności ubezpieczyciela kluczowa jest właśnie ta okoliczność, a nie przyczyna, przez którą powód odbywał rehabilitację w takiej a nie innej jednostce. Oczywiście tak wysoki, opisany wyżej, stopień wewnętrznego podziału podmiotów leczniczych może i jest mylący, jednak w wykładni terminu umownego „szpital” należało się odwołać do stanowczych i obiektywnych kryteriów rejestru państwowego. Co prawda w tym konkretnym przypadku efekt takiej wykładni był niekorzystny dla powoda – konsumenta, nie oznacza to jednak, że pozwana spółka, jako podmiot prowadzący wielkie przedsiębiorstwo, odmawiając wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego działał w sposób dowolny, skoro oparł się na analogicznych kryteriach.

Sąd zatem oddalił powództwo co do kwoty głównego roszczenia. Sama hipotetyczna kwota i sposób jej wyliczenia nie były kwestionowane, jednak jak już wskazano zasadny okazał się zarzut strony pozwanej co do istoty jej odpowiedzialności. W konsekwencji niezasadne było również roszczenie odsetkowe, choć wskazać należy, że po pierwsze powód domagał się odsetek ustawowych, a nie ustawowych za opóźnienie, a po drugie termin początkowy odsetek ustalić by należało zgodnie z art. 817 § 1 k.c., a więc po upływie 30 dni od daty otrzymania przez pozwanego zawiadomienia o wypadku, a nie już od dnia zawiadomienia, które jak wynika z akt ubezpieczyciela nie miało miejsca 9 listopada 2016 r., lecz dopiero 24 lutego 2017 r. (na co wskazuje również początek numeru akt ubezpieczeniowych).

Końcowo przypomnieć jedynie należy, w kontekście powoływania się przez powoda na odmienny wynik innego procesu w „analogicznej” sprawie, iż każdy Sąd (w rozumieniu składu sędziowskiego) ma atrybut niezawisłości w zakresie swojego orzekania i choć wcześniejsze orzeczenia (zwłaszcza Sądów najwyższych szczebli) mogą być istotną wskazówką dla rozstrzygnięcia w konkretnej sprawie, to jednak zawsze Sąd w tej konkretnej sprawie podejmuje rozstrzygnięcie w niezawisły sposób. Jednocześnie dodać można, że nie ma dwóch identycznych spraw (a gdyby się tak zdarzyło to należało by rozważyć powagę rzeczy osądzonej). Natomiast w sprawie, na którą powoływał się powód przede wszystkim odmienny był czas jego pobytu w przedmiotowej placówce, w którym to czasie placówce tej przysługiwał odmienny kod rodzaju działalności leczniczej.

W pkt 2. wyroku, jako orzeczeniu kończącym sprawę w I instancji, Sąd orzekł o kosztach procesu, zobligowany do tego na mocy art. 108 § 1 zd. 1 k.p.c.. Obie strony złożyły stosowne wnioski, choć o kosztach należnych stronie pozwanej, jako niereprezentowanej przez fachowego pełnomocnika Sąd i tak byłby zobowiązany orzekać z urzędu (art. 109 § 1 zd. 2 k.p.c.). Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu (art. 98 § 1 k.c.), powód jako przegrywający sprawę w całości zobowiązany był zwrócić pozwanemu poniesione przez niego koszty procesu. Na zasądzoną kwotę 917 zł składały się: 17 zł tytułem opłaty skarbowej od przedstawienia pełnomocnictwa (k. 55) oraz 900 zł tytułem wynagrodzenia fachowego pełnomocnika. Ta ostatnia kwota została ustalona na podstawie § 2 pkt

3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 t.j.).

W świetle powyższej argumentacji i na podstawie wyżej powołanych przepisów Sąd orzekł jak w wyroku.

I 1 C 572/19 upr.

ZARZĄDZENIE

Dnia 17 czerwca 2019 r.

1. Odnotować w Repertorium i kontrolce uzasadnień;
2. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć powodowi;
3. akta przedłożyć z wpływem lub za 21 dni z z.p.o..

(...)