

Sygn. akt V ACa 177/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 lipca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Artur Lesiak (spr.)
Sędziowie:	SA Maryla Domel-Jasińska SO del. Hanna Rucińska
Protokolant:	stażysta Lucjan Sroczyński

po rozpoznaniu w dniu 17 lipca 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością
w B.

przeciwko N. w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 27 listopada 2014 r. sygn. akt I C 402/12

I. oddala apelację;

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

Na oryginale właściwe podpisy.

-Sygn. akt V ACa 177/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 27 listopada 2014 r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 362.859 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 maja 2012 r. do dnia zapłaty z tytułu wykonanych świadczeń ponadlimitowych.

Podstawą tego rozstrzygnięcia były następujące ustalenia faktyczne i rozważania Sądu pierwszej instancji.

Powód w 2011 r. uzyskiwał środki finansowe od pozwanego - N. w trybie przewidzianym umową z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 31 grudnia 2013r. Na mocy aneksów do umowy, ostateczna kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w zakresie porad w poradni medycyny paliatywnej, świadczeń w hospicjum domowym w okresie od 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011r. wyniosła kwotę 4.184.316 zł. Powód w 2011r. wykonał świadczenia zdrowotne w zakresie objętym przedmiotem umowy na kwotę 4.547.175 zł, z czego pozwany zapłacił kwotę 4.184.316 zł - do wartości limitu wynikającego z umowy.

Powód w 2011r. wskutek przejęcia opieki nad pacjentami z powiatu (...) został obciążony większym zakresem świadczeń. W poprzednich okresach pozwany NFZ w ramach możliwości finansował świadczenia wykonane przez powoda ponad limit. Powód sporządzając dokumentację stanowiącą podstawę rozliczeń wykonanych świadczeń w systemie informatycznym (...) nie zaznaczał, które ze świadczeń zostało przez niego udzielone pacjentowi znajdującemu się w stanie zagrożenia życia. Żadna z przeprowadzonych u powoda kontroli dotyczących prawidłowości wypełniania i przekazywania dokumentów do NFZ nie wykazała w tym zakresie nieprawidłowości.

Pozwany zapłacił powodowi za wykonane przez niego świadczenia ponadlimitowe z zakresu logopedii.

Pozwany z braku środków finansowych nie zapłacił powodowi za świadczenia wykonane ponad limit. Przy ponownej weryfikacji nadesłanych przez powoda dokumentów, pozwany zakwestionował część wykonanych uwagi na błędy powstałe przy wypełnieniu dokumentów dotyczących wykonanych świadczeń.

Świadczenia zdrowotne ponadlimitowe udzielone przez powoda w 2011r. zostały udzielone pacjentom znajdującym się w stanie nagłym - gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej mogło skutkować utratą zdrowia lub życia.

Powyżej przedstawiony stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dowody z dokumentów, zeznania świadków, zeznania stron oraz opinię wydaną przez biegłego z dziedziny medycyny paliatywnej A. R..

Dokumenty zgromadzone w aktach sprawy Sąd uznał za wiarygodne, nie znajdując podstaw do zakwestionowania ich prawdziwości i autentyczności.

Sąd uznał zeznania świadka W. J. oraz zeznania przesłuchanego w charakterze strony powodowej A. S. złożone na okoliczność wykonywanych przez powoda świadczeń, okoliczności świadczenia usług ponadlimitowych jak i stanu pacjentów poddawanych zabiegom ponadlimitowym, oraz umów zawartym ze stroną pozwaną - za wiarygodne i wzajemnie się dopełniając. Świadkowie ci jednomyślnie wskazali w złożonych zeznaniach, iż wykonywane przez powoda zabiegi były traktowane jako zabiegi ratujące zdrowie bądź życie pacjenta, co potwierdziła również opinia wydana przez biegłego z dziedziny medycyny paliatywnej. Jako wiarygodne Sąd ocenił w przeważającej części zeznania złożone przez świadków B. S., D. T. oraz zeznania złożone w charakterze strony pozwanej przez E. K.. Zarówno świadkowie zawnioskowani przez stronę pozwaną jak i zeznająca w charakterze strony E. K. potwierdzili okoliczności dotyczące zawarcia i realizacji przez powoda umów o udzielanie świadczeń medycznych, jak i fakt odmowy zapłaty za wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe wynikające z braku dostatecznych środków finansowych. Sąd nie dał wiary zeznaniom tych świadków w części, w której twierdzili, iż brak oznaczenia w dokumentach nadesłanych przez powoda wykonanych przez niego świadczeń ponadlimitowych jako udzielonym pacjentom w stanie bezpośredniego zagrożenia życia był przeszkodą w ich sfinansowaniu przez pozwanego. W tej części twierdzeniom świadków przeczą wiarygodne zeznania W. J. oraz A. S. z których wynika, iż pozwany w poprzednich latach finansował wszystkie wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe - bez oznaczenia ich przez powoda jako świadczeń ratujących życie. Nadto przeciwko twierdzeniom świadków D. T. i B. S. przemawia fakt zapłaty przez pozwanego za wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe z zakresu logopedii. Bez wątpienia, świadczenia wykonane przez powoda w tej dziedzinie medycyny, nawet bez zasięgnięcia opinii specjalisty nie mogą zostać zaliczone do świadczeń udzielonych pacjentom znajdującym się w stanie nagłym.

Sąd nie podzielił również twierdzeń zeznającej za stronę pozwaną E. K. w części dotyczącej traktowania przez stronę pozwaną ponadlimitowych zabiegów z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jako świadczeń nie ratujących zdrowia i życia pacjenta, bowiem przeczą temu wnioski opinii wydanej przez biegłego.

Sąd podzielił w całości wnioski wynikające z opinii biegłej, bowiem opinia ta jest logiczna i przekonująca i odpowiada wymogom zawartym w treści przepisu art. 285§1

kpc. Sąd podkreślił, iż biegła w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny analizowała każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego, wnioski sformułowane przez biegłą zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej, wobec czego Sąd uznał opinię sporządzoną przez biegłą za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy. Sąd podkreślił, iż przedmiotem analizy biegłej była zarówno ocena świadczeń udzielonych przez powoda z zakresu poradni medycyny paliatywnej jak i opieki hospicyjnej i we wszystkich przypadkach udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych, biegła jednoznacznie wskazała, iż zwłoka w wykonaniu tych zabiegów u pacjentów mogła spowodować stan zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta. Sąd zaznaczył także, iż po zapoznaniu się z opinią uzupełniającą biegłej, żadna ze stron postępowania nie zgłosiła do niej zastrzeżeń.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo jest zasadne i w całości zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt.33 w/w ustawy, to taki o którym mowa w art. 3 pkt.8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.). Według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Jak wynika z opinii biegłego z dziedziny medycyny paliatywnej w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczenia ponadlimitowego pozbawienie pacjenta opieki udzielonej w ramach świadczenia stanowiło zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, zatem w pełni wyczerpuje dyspozycję z art.3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym art. 5 pkt. 33 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku nie udzielenia lub zaprzestania udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej może wytworzyć się stan nagły, co oznacza, że również w przypadku medycyny paliatywnej stan nagły obejmuje nie tylko stan występujący w danej chwili, ale też taki, który może się wytworzyć w wyniku braku udzielenia świadczeń objętych opieką zdrowotną, bądź w wyniku zaprzestania ich udzielania. Samo stwierdzenie nieuleczalnej, nie poddającej się leczeniu przyczynowemu choroby nie jest wprawdzie stanem nagłym, lecz tak jak wskazała biegła, w ostatnich miesiącach życia, takim stanem być może, zwłaszcza, gdy pacjenci są w stanie ciężkim, bądź bardzo ciężkim. Ten okres życia pacjenta jest określany jako okres terminalny. Pacjent pozostający pod właściwą opieką może mieć ten okres wydłużony a cierpienie ostatniego okresu życia zniesione lub znacznie zmniejszone.

Sąd zaznaczył również, iż pozwany w trakcie całego procesu stał na stanowisku, iż w pierwszej kolejności finansuje zabiegi ratujące zdrowie i życie pacjentów a świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej oraz z zakresu opieki hospicyjnej, co zostało ustalone w przedmiotowej sprawie do takich świadczeń właśnie należą. Na marginesie Sąd stwierdził także, iż ewentualna odmowa powoda jako świadczeniodawcy udzielenia świadczenia w przypadku wystąpienia u pacjenta uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, bądź też śmierci pacjenta naraziłaby powoda na proces sądowy związany z nieudzieleniem pacjentowi pomocy medycznej.

Zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej-zawartych na podstawie przepisu art. 132 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust.1 w/w ustawy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami Sąd odwołał się także do przepisu art. 56 i 65 kc a co do wykonania umowy art. 354 kc, co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z niej treści ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z powyższego

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

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

Sąd Okręgowy zaznaczył także, że nie bez znaczenia jest również niekwestionowana przez stronę pozwaną okoliczność, że wszystkie świadczenia ponadlimitowe udzielone zostały przez powoda osobom posiadającym aktualne ubezpieczenie zdrowotne i koszty leczenia w tym przypadku pokryć i tak musi pokryć pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia.

W ocenie Sądu Okręgowego ewentualne uznanie, że pozwany nie ma obowiązku pokrycia kosztów wynikających ze świadczeń ponadlimitowych udzielonym ubezpieczonym pacjentów w sytuacji istniejącego stanu zagrożenia dla zdrowia i życia

tych pacjentów spowodowałyby naruszenie zasad współżycia społecznego określone w treści przepisu art. 5 kc.

Mając powyższe okoliczności na względzie Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie I wyroku - na mocy wyżej przytoczonych przepisów. O odsetkach Sąd rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 §1 i 2 kc.

O kosztach, na mocy art. 98 i nast. kpc, orzeczono jak w punkcie 2 wyroku. Na koszty przedmiotowego procesu złożyła się opłata od pozwu wysokości 18.143 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika strony powodowej będącym radcą prawnym w wysokości 7217 zł.

Pozwany w wywiezionej apelacji zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając:

- 1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegającą na przyjęciu, iż świadczenia zdrowotne udzielane przez powoda, za które zapłaty się domaga, udzielone zostały w stanie nagłym, tj. w stanie określonym w tych przepisach i przez to uznanie zasadności roszczenia powoda, podczas gdy prawidłowa wykładnia tego przepisu prowadzi do wniosku, że świadczenia objęte pozwem takiego charakteru nie miały,
- 2) sprzeczność poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez bezzasadne przyjęcie, iż świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które domaga się zapłaty udzielone zostały w stanie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podczas gdy z zebranego materiału dowodowego wynika, iż świadczenia objęte pozwem takiego charakteru nie miały,
- 3) naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną a nie swobodną ocenę dowodów – skutkiem czego była odmowa przyznania wiarygodności treści zeznań świadków – pracowników pozwanego w części, podczas gdy prawidłowa ocena dowodów prowadzi do wniosku, iż zeznawali oni prawdę,
- 4) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie poprzez niezastosowanie art. 5 k.c. i brak przyjęcia, że żądanie wskazane w pozwie stanowi nadużycie prawa ze względu na jego sprzeczność

z zasadami współżycia społecznego w rozumieniu art. 5 k.c., podczas gdy w istocie żądanie pozwu takie nadużycie stanowi.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zaważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

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

Chybiony jest zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. W wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd zasięga opinii biegłych (art. 278 § 1 k.p.c.). Opinia biegłego ma na celu ułatwienie sądowi rozeznania i zrozumienia dziedziny wymagającej wiadomości specjalnych. Zadaniem biegłego powołanego w niniejszej sprawie było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy świadczenia zdrowotne za które zapłaty dochodzi powód zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie. Biegła wydając opinię w niniejszej sprawie poddała analizie dokumentację medyczną i na tej podstawie oceniła, że świadczenia zdrowotne udzielone poszczególnym pacjentom były świadczeniami udzielanymi w stanie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. Wyjaśniła, że stan nagły obejmuje zarówno stan występujący w danej chwili, jak i taki, jaki może się wytworzyć w wyniku nie udzielenia lub zaprzestania udzielania świadczeń objętych opieką zdrowotną (k. 255 i n.). Należy podkreślić, że biegła poddała analizie przypadek każdego pacjenta z osobna (dokumentacja na k. 262), a więc jej opinia nie ograniczała się do rozważań teoretycznych, lecz odnosiła się do konkretnych świadczeń udzielonych przez powoda.

Do wniosków przeciwnych nie mogą prowadzić zeznania świadków B. S. i D. T. oraz strony – E. K.. Z zeznań świadka B. S. wynika jedynie, że w dokumentacji medycznej powoda brak adnotacji, że świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych (k. 212 v.). Podobnie zeznawała świadek T. wskazując, że świadczenia udzielone przez powoda zostały zakwestionowane, gdyż zawierały błąd polegający na braku oznaczenia jako „ratujące życie”. Z kolei E. K. podniosła, że z przepisów nie wynika, aby świadczenia udzielone przez powoda były świadczeniami ratującymi życie (k. 214 v.). Z powyższych zeznań wynika więc, że osoby te w swoich zeznaniach odnosiły się wyłącznie do braku stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej pozwanego. Jednakże ewentualne braki w dokumentacji medycznej powoda nie mogą uzasadniać oddalenia powództwa, gdyż w oparciu do dowód z opinii biegłego przeprowadzony w toku niniejszego postępowania zostało dowiedzione, że udzielone przez powoda świadczenia spełniały kryteria pozwalające na zakwalifikowanie ich jako udzielnych w stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie.

Nie sposób też zgodzić się ze skarżącym, że zeznania B. S., D. T. oraz strony – E. K. nie pozostają w sprzeczności z opinią biegłego. Biegła w wyraźnej opinii stwierdziła: „Nagle przerwanie udzielania świadczeń lub zmiana warunków ich udzielania naraziłaby tych pacjentów na zagrożenie zdrowia i życie oraz na znaczne cierpienia” (k. 260). Należy przy tym zaznaczyć, że zeznania świadków czy stron dostarczają sądowi wiadomości na temat faktów badanych w toku postępowania, nie służą natomiast dostarczeniu sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do oceny tych faktów. W oparciu o zeznania wskazanych świadków i strony możliwe było zatem ustalenie, że w dokumentacji powoda brak było adnotacji, że świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie. Okoliczność, że świadczenia z tytułu wykonanych przez powoda świadczeń nadlimitowych zostały udzielone w stanach nagłych,

ratujących życie lub zdrowie została wszakże ustalona w oparciu o całą dokumentację medyczną, przy zasięgnięciu opinii biegłego.

Wobec powyższego bezzasadny jest więc zarzut sprzeczności ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego. Brak adnotacji w dokumentacji medycznej co do charakteru udzielonego świadczenia nie uzasadnia przyjęcia, że nie było ono udzielone w stanie nagłym, ratującym życie lub zdrowie, jeżeli okoliczność ta przy pomocy wiadomości specjalnych, może być wprowadzona z treści tej dokumentacji.

W świetle powyższych rozważań brak podstaw do zakwestionowania wykładni art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pozwany zarzut naruszenia prawa materialnego wywodzi bowiem z błędów w ocenie dowodów oraz ustaleniach faktycznych, a zarzuty te, jak zostało wyjaśnione powyżej, okazały się niezasadne.

Nie może też odnieść skutku zarzut naruszenia art. 5 k.c. Skoro bowiem świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia świadczeniobiorców, to nie sposób zarzucić powodowi, który takich świadczeń udzielił, że domagając się pokrycia kosztów udzielenia tych świadczeń od pozwanego narusza zasady współżycia społecznego. Trudno przecież wymagać od powoda, aby sam finansował wykonanie tych świadczeń w wypadku odmowy ich sfinansowania przez pozwanego lub domagał się zapłaty za te świadczenia od pacjentów. Należy pamiętać, że beneficjentem świadczeń są osoby ubezpieczone, które opłacając składkę ubezpieczeniową mają prawo oczekiwać, że będzie im udzielona niezwłocznie bezpłatna pomoc medyczna. Powód nie może odmówić udzielenia tych świadczeń z uwagi na przekroczenie umówionego z pozwanym limitu, bądź też uzależniać ich udzielenia od ich sfinansowania przez ubezpieczonego, skoro to pozwany w związku z pobieranymi składkami jest zobowiązany do pokrywania tych kosztów (art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Obowiązkiem pozwanego jest więc takie zarządzanie środkami o których mowa w art. 116 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, aby możliwe było sfinansowanie świadczeń należnych osobom ubezpieczonym. Rozwiązanie problemu braku wystarczającej ilości tych środków będących w dyspozycji N. nie może być przerzucane na pozwanego czy świadczeniobiorców, a do tego w istocie prowadziłyby uwzględnienie podniesionego przez pozwanego zarzutu.

W tym stanie rzeczy nie podzielając wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.