

Sygn. akt V ACa 793/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 kwietnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Katarzyna Przybylska
Sędziowie:	SA Maryla Domel-Jasińska (spr.) SA Jacek Grela
Protokolant:	stażysta Anna Kowalewska

po rozpoznaniu w dniu 8 kwietnia 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 13 lipca 2015 r., sygn. akt I C 116/14

I. oddała apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 793/15

## UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L. w pozwie przeciwko N. (...) w B. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego łącznie kwoty 112.489 zł wraz z ustawowymi odsetkami określonymi szczegółowo w pozwie. W toku procesu powód zmodyfikował żądanie pozwu w zakresie odsetek ustawowych, wnosząc o ich zasądzenie od dnia 15 lutego 2012r. W uzasadnieniu pozwu strona powodowa wskazała, iż łączyła ją z pozwanym umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie której powód zobowiązał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa zawierała określone limity udzielania

świadczeń zdrowotnych stanowiących górną kwotę, jaką pozwany mógł zapłacić powodowi, przy czym pozwany nie zwracał kosztów udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych. Powód wskazał, iż w jego placówce medycznej niejednokrotnie zdarzają się sytuacje, w których istnieje konieczność udzielenia pomocy medycznej, z uwagi na nałożone przez ustawodawcę obowiązki zawarte w treści ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty oraz w ustawie z dnia 30 czerwca 2011r. o zakładach opieki zdrowotnej, jak i w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. W przedmiotowej sprawie żądanie pozwu dotyczy zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda w warunkach ustawowego przymusu na rzecz pacjentów wymienionych szczegółowo w pozwie.

W odpowiedzi na pozew pozwany N. (...) w B. wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu.

Strona pozwana ostatecznie zakwestionowała powództwo co do zasady wskazując, iż świadczenia będące przedmiotem roszczenia finansowane są tylko w ramach kontraktu zawartego przez powoda z N.. Przy czym nie stanowią one świadczeń „nielimitowanych”, za jakie N. zobowiązany jest zapłacić bez względu na limity określone w umowie. Tym samym powód ma prawo domagać się zapłaty jedynie za świadczenia w wysokości określonej kontraktem. Nadto pozwany stwierdził, iż powód nie wykazał aby świadczenia zostały wykonane w stanach nagłych, ratujących życie. Powód na bieżąco w przesyłanych raportach statystycznych, nie kwalifikował dochodzonych niniejszym pozwem świadczeń jako ratujących życie,

co faktycznie oznacza, iż wykonane przez powoda świadczenia takiego charakteru nie miały. Nadto pozwany wskazał, iż powód jest podmiotem profesjonalnym, działającym na rynku usług medycznych od lat, powinien zatem zaplanować przyjęcia pacjentów „planowych” w taki sposób, aby uwzględnić pewien margines dla pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym. Pozwany kwestionował także zasadność roszczenia w odniesieniu do pacjentów określonych w punktach 8 i 10 pozwu, podając iż świadczenia te zostały odrzucone przez system weryfikujący poprawność sprawozdanych informacji.

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z dnia 13 lipca 2015r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 88.526,88 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty (pkt 1), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt 2), zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.857,43 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt 3) oraz kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa (pkt 4)

Powyższy wyrok Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach:

Powód Szpital (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L. udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. W dniu 11 stycznia 2011r. powód zawarł z pozwanym umowę nr (...), której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 31 grudnia 2013r. i przewidywała maksymalną kwotę zobowiązania pozwanego. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości ustalonego limitu. Objęte sporem świadczenia udzielone pacjentom: K. O., W. O. (1), B. S., E. K. R. L., R. W., A. K., G. S., K. K., R. A., M. D., G. P., J. S., R. B., A. Z., I. S., B. K., C. S., P. G. (1), P. D., T. K., A. D., Ę. G., A. M., J. J., K. R., M. M. oraz B. M. były świadczeniami udzielonymi w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia wskazanych pacjentów. Takimi świadczeniami nie były natomiast sporne świadczenia udzielone pacjentom: M.

O., P. K., H. G., B. G., B. D., W. U., W. O. (2) oraz P. G. (2). Wartość świadczeń wykonanych na rzecz w/w pacjentów w stanach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia wyniosła 88.526, 88 zł, w tym wartość świadczeń w odniesieniu do pacjenta R. L. w kwocie 468 zł oraz R. W. w kwocie 3.510 zł. Pacjent R. L. w dniach od 4 do 6 maja 2011r. przebywał na przepustce, przy czym wartość wyliczonych świadczeń objętych sporem obejmowała okres od dnia 1 maja 2011r. do dnia 3 maja 2011r. Natomiast w przypadku R. W. przebywającej na oddziale ponad 70 dni, w wyliczeniu uwzględniono obniżenie stawki po upływie tego terminu do 70% za osobodzień. Powód nie oznaczył w systemie spornych świadczeń jako świadczenia ratujące życie. Za sporne świadczenia powód nie otrzymał zapłaty.

Sąd Okręgowy dokonał powyższych ustaleń faktycznych na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, zeznań świadków oraz opinii biegłego.

Sąd Okręgowy stwierdził, że powodowi należy się zapłata za świadczenia udzielone pierwszej grupie pacjentów. Wartość tych świadczeń wedle niezakwestionowanych (za wyjątkiem pacjentów R. L. i R. W.) wyliczeń powoda wynosiła po zsumowaniu łącznie 88.526,88 zł, w tym wartość świadczeń w odniesieniu do pacjenta R. L. w kwocie 468 zł oraz R. W. w kwocie 3.510 zł. Oceniając natomiast kwestię wysokości świadczeń w odniesieniu do wskazanych dwóch pacjentów, Sąd ten uznał, iż z dokumentacji medycznej pacjenta R. .L. wynikało istotnie, iż w dniach od 4 do 6 maja 2011r. przebywał na przepustce. Jednocześnie jednak załączona do pozwu tabela określająca wyliczenie wysokości świadczenia dla tego pacjenta wskazywała, iż została ona wyliczona za okres nieobjęty przepustką, tj. do dnia 3 maja 2011r. Tym samym, w ocenie Sądu Okręgowego, zarzuty strony pozwanej w odniesieniu do tej kwestii były nieuzasadnione. Za takie Sąd ten uznał także zarzuty odnoszące się do wysokości świadczeń R. W.. Z tabeli wynika, iż wartość świadczeń za okres od dnia 1 maja 2011r. do dnia 19 maja 2011r. wyliczono na kwotę 2.964 zł, zaś za okres od dnia 8 czerwca 2011r. do dnia 12 czerwca 2011r. na kwotę 546 zł. Pierwszy z okresów obejmuje zatem 19 dni, co daje wynik 156 zł za dzień ( $2.964 \text{ zł} : 19 = 156 \text{ zł}$ ). Drugi natomiast - to w sumie 5 dni, co przy podzieleniu całości wyliczonej kwoty przez liczbę dni daje wynik 109,20 zł ( $546 : 5 = 109,2$ ). Kwota 109,20 zł stanowi natomiast 70% stawki 156 zł ( $109,2 \times 100 \% : 156 = 70\%$ ), co wbrew

twierdzeniom strony pozwanej wskazuje na uwzględnienie w wyliczeniach obniżonej odpowiednio stawki. Sąd Okręgowy stwierdził, iż obowiązki wynikające z przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013r., poz. 217) mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z N. umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem N.. Niezależnie od powyższego Sąd Okręgowy stwierdził, iż zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej 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 należy, w ocenie Sądu Okręgowego, odwołać się także do przepisu art. 56 kc i 65 kc, a co do wykonania umowy do przepisu art. 354 kc, co oznacza, że umowa łącząca strony wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 w/w ustawy, Sąd Okręgowy stwierdził, iż zgodnie z treścią 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 nimi 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 pacjentów. Powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne w kwocie 88.526,88 zł, bez względu na limit ustalony w zawartych umowach. Mając powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie 1 wyroku. O odsetkach Sąd ten rozstrzygnął na podstawie przepisu art. 81 § 1 i 2 kc. W zakresie przewyższającym kwotę wraz z należnymi odsetkami, o których mowa

w punkcie 1 wyroku, Sąd Okręgowy oddalił powództwo jako bezzasadne. W rozstrzygnięciu tym mieszczą się także odsetki do dnia 14 lutego 2012r. O kosztach procesu Sąd ten orzekł na podstawie art. 100 kpc, rozdzielając je między stronami stosunkowo. O kosztach sądowych Sąd Okręgowy rozstrzygnął na podstawie przepisu art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010r., poz. 594) obciążając nimi Skarb Państwa.

Od powyższego wyroku apelację wniósł pozwany zaskarżając go w części, tj. w zakresie jego punktu 1 oraz 3, domagając się zmiany punktu 1 wyroku poprzez oddalenie powództwa także w kwocie 88.526,88 zł, zmiany punktu 3 wyroku poprzez zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, w tym kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym. Ewentualnie pozwany wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd pierwszej instancji.

Zaskarżonemu orzeczeniu pozwany zarzucił naruszenie:

1) prawa materialnego, tj. art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027) poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego N.. Takie założenie stawia „pod znakiem zapytania” sens funkcjonowania systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i ustawy o finansach publicznych. Prowadzi bowiem do wniosku, że pozwany musi zapłacić za wszelkie świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę. Gdyby taka była wola ustawodawcy, to niewątpliwie wynikałaby ona wprost z przepisów prawa. Tymczasem ustawodawca przewidział, że finansowanie świadczeń odbywa się w oparciu o zawarte umowy, notabene po przeprowadzeniu konkursów, w toku których niezadowolonemu świadczeniodawcy przysługuje prawo kwestionowania rozstrzygnięć, w tym przed sądami administracyjnymi. Trudno przyjąć, a tak w świetle orzeczenia Sądu I instancji należałoby uczynić, że racjonalny ustawodawca wprowadził regulacje prawne, których stosowanie absorbuje różne podmioty bez jakiegokolwiek potrzeby,

2) prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 kpc, polegających na:

a) nie rozpoznaniu istoty sprawy w związku z pominięciem podniesionego przez pozwanego zarzutu konieczności wykazania przez powoda podjęcia dodatkowych – właściwych działań i czynności w celu umożliwienia realizacji świadczeń udzielonych w warunkach opisanych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, a wcześniej w warunkach opisanych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w celu umożliwienia ich realizacji w ramach limitu umowy. Pozwany wskazywał, że powód nie wykazał, aby prowadził roztropną gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. że planował ich udzielanie w taki sposób, że pozostawiał rezerwę na wypadki nagłe, tj. w sposób umożliwiający utrzymanie się w wartościowym limicie zakontraktowanych świadczeń, a nadto, że nie wykazał w związku z tym, iż udzielając świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem na rzecz pacjentów wymagających podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej, dokonywał przesunięć na inny – późniejszy termin pacjentów oczekujących na świadczenie lub że nie było to możliwe,

b) nie rozpoznaniu istoty sporu w związku z przyjęciem, że dla oceny zasadności żądania pozwu wystarczającym jest tylko ustalenie, czy świadczenia objęte żądaniem pozwu zostały udzielone w trybie nagłym. Dla rozpoznania istoty sporu zaś koniecznym było także dokonanie ustaleń – zważywszy, iż ustawa o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie przewiduje, że świadczenia tzw. „ratujące życie” udzielane są ponad limit wartościowy świadczeń zakontraktowanych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przedmiocie organizacji przez powoda udzielania świadczeń i wyjaśnienie, czy powód mógł tak zorganizować udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach objętych przedmiotem sporu, aby nie przekraczać uzgodnionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń. Aspekt ten winien być rozważony w kontekście realizacji świadczeń, za które pozwany dokonał powodowi zapłaty. Powód na tę okoliczność nie zaoferował dowodów, które pozwoliłyby przedmiotową kwestię poddać ocenie. Przedstawione przez powoda dowody, które przywołuje w uzasadnieniu wyroku Sąd I instancji pozostają bez jakiegokolwiek związku z żądaniem pozwu oraz kwestią organizacji sposobu udzielania świadczeń przez powoda,

3) prawa materialnego, tj. art. 5 kc w związku z niezastosowaniem tego przepisu w stanie faktycznym sprawy oraz nie ustaleniem, że żądanie wskazane w pozwie stanowi ze strony powoda nadużycie prawa z uwagi na jego sprzeczność z zasadami współżycia społecznego w rozumieniu art. 5 kc.

W odpowiedzi na apelację powód, pismem z dnia 30 września 2015r. wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda nie jest zasadna.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że Sąd I instancji dokonał prawidłowej oceny zebranego materiału dowodowego bez przekroczenia granic określonych w art. 233 § 1 kpc i właściwie ustalił wszystkie istotne dla sprawy fakty, zaś ustalenia te Sąd Apelacyjny aprobuje i przyjmuje za własne bez potrzeby ponownego ich przytaczania.

W tym kontekście należy wskazać, że do uznania zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 kpc za uzasadniony, mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, to jest regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Należałoby zatem wskazać konkretny dowód przeprowadzony w sprawie, którego zarzut ten dotyczy i podać, w czym upatruje się jego wadliwej oceny, czego jednak skarżący w żaden sposób nie uczynił, w konsekwencji czego jego zarzut nie mógł odnieść zamierzonego skutku.

Chybiony jest również zarzut naruszenia prawa materialnego art. 132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015, poz. 581). W pierwszej kolejności podkreślić należy, że wskazane przez skarżącego przepisy zawarte zostały w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a N. oraz niezbędne składniki tych umów. Z uzasadnienia apelacji wynika, że skarżący w istocie kwestionuje możliwość, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Odnosząc się do tak postawionego zarzutu wskazać należy, że z opinii biegłego J. T. wynika w sposób bezsporny, że świadczenia udzielone pacjentom: K. O., W. O. (1), B. S., E. K. R. L., R. W., A. K., G. S., K. K., R. A., M. D., G.

P., J. S., R. B., A. Z., I. S., B. K., C. S., P. G. (1), P. D., T. K., A. D., Ę. G., A. M., J. J., K. R., M. M. oraz B. M., były świadczeniami ratującymi ich życie lub zdrowie i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. W tej sytuacji, skoro sporne świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, zastosowanie ma art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą apelację podziela pogląd zaprezentowany przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015r., sygn. III CSK 455/14, LEX nr 1800063 zgodnie z którym udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględny i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu, nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z N. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia. Jak już wykazano powyżej przypadki w/w pacjentów objęte powództwem były dokładnie analizowane przez biegłego, który jednoznacznie i kategorycznie stwierdził, że wszystkie z nich dotyczyły stanów nagłych, w których udzielone przez powoda świadczenia były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez powoda świadczeń do możliwości finansowych płatnika – N. i jego planu finansowego, nie mogą odnieść zamierzonego skutku.

Nie może też odnieść skutku zarzut naruszenia art. 5 kc. 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. Wskazane powyżej orzeczenie Sądu Najwyższego jednoznacznie wskazuje, że w takich sytuacjach przysługuje świadczeniodawcy względem

N. roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń. Należy również 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 powoda czy świadczeniobiorców, a do tego w istocie prowadziłyby uwzględnienie podniesionego przez pozwanego zarzutu.

Kierując się przedstawionymi motywami Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 kpc orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku.

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd Apelacyjny orzekł jak w punkcie II sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 kpc w zw. z art. 108 § 1 kpc w zw. § 6 pkt 6) i § 13 ust. 1 pkt 2) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tekst jednolity: Dz. U. z 2013r., poz.461) obciążając nimi - zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania - pozwanego jako stronę przegrywającą postępowanie apelacyjne.