

Sygn. akt II Ca 3027/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 marca 2022 roku

Sąd Okręgowy w Krakowie II Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Grzegorz Buła

Protokolant: Sekretarz sądowy Klaudia Dziadkowiec

po rozpoznaniu w dniu 1 marca 2022 roku w Krakowie

na rozprawie

sprawy z powództwa R. J.

przeciwko (...) na (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Rejonowego w Myślenicach z dnia 21 października 2021 roku sygnatura akt I C 474/20 upr

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie II w ten sposób, że odstępuje od obciążenia powoda kosztami niniejszego procesu;
2. w pozostałym zakresie oddala apelację;
3. odstępuje od obciążenia powoda kosztami postępowania apelacyjnego;
4. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Myślenicach na rzecz radcy prawnego M. Ł. kwotę 738 zł (siedemset trzydzieści osiem złotych), obejmującą także należy podatek od towarów i usług, tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSO Grzegorz Buła

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 15 marca 2022 roku

Niniejsza sprawa była rozpoznana przez Sąd Rejonowy w postępowaniu uproszczonym. Również Sąd Okręgowy, jako Sąd drugiej instancji rozpoznał sprawę w postępowaniu uproszczonym. Sąd Odwoławczy nie prowadził postępowania dowodowego, zatem na podstawie art. 505¹³ § 2 k.p.c. uzasadnienie wyroku obejmować będzie jedynie wyjaśnienie podstawy prawnej rozstrzygnięcia z przytoczeniem przepisów prawa.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja jest zasadna jedynie w zakresie rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu, zaś w pozostałym zakresie nie było podstaw do jej uwzględnienia.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że Sąd Odwoławczy podziela ustalenia faktyczne i rozważania prawne poczynione przez Sąd Rejonowy, uznając je za własne, co czyni ponowne szczegółowe ich przywoływanie zbędnym (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2007 r., II CSK 18/07, Lex nr 966804).

Zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polegać musi na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Zadaniem sądu jest dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. zależy od wykazania, że sąd - oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy i konstruując podstawę faktyczną rozstrzygnięcia - uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, bądź naruszył inne reguły oceny dowodów, a nadto, że wadliwości te posiadały taki ciężar gatunkowy, że mogły mieć wpływ na wynik sprawy. Nie jest przy tym wystarczające przekonanie strony o innej doniosłości poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena dokonana przez sąd. Biorąc pod uwagę powyższe wskazać należy, że wbrew zarzutom apelacji, Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, formułując na tej podstawie trafne i logicznie powiązane wnioski. Uznać należy, że analiza materiału dowodowego przeprowadzona przez Sąd pierwszej instancji nie przekracza zakreślonych w art. 233 §1 k.p.c. granic swobodnej oceny dowodów.

Przedmiotem umowy ubezpieczenia łączącej strony, z której powód wywodził roszczenie dochodzone w niniejszej sprawie, objęte było ryzyko pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem (§ 4 OWU). Powód został objęty ubezpieczeniem z dniem 1 stycznia 2018 roku. Zgodnie z postanowieniami zawartej umowy, aby ubezpieczyciel odpowiadał za zdarzenie objęte ubezpieczeniem, musiało ono nastąpić po 31 grudnia 2017 roku.

Wskazać należy, że powód otrzymał indywidualne potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową, które zostało załączone do pozwu, z którego wynika wysokość świadczenia, początek odpowiedzialności i właściwe dla danego zdarzenia warunki ubezpieczenia. Powód zarzuca, że Sąd Rejonowy nie dokonał oceny różnicy między treścią umowy pracowniczego ubezpieczenia typu (...) a OWU. W tym zakresie wskazać należy, że powód nie uprawdopodobnił, aby w tym zakresie faktycznie istniała jakakolwiek różnica. Nadto zauważyć trzeba, iż zgodnie z informacją zawartą w punkcie 5 Indywidualnego potwierdzenia objęcia grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P (...) (k. 12) odpowiedzialność (...) może być wyłączona lub ograniczona w przypadkach szczegółowo określonych w umowie ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym. Zatem z powyższego zapisu wynika że poza wyłączeniami odpowiedzialności uregulowanym w zapisach OWU, konkretna umowa może przewidywać dodatkowe ograniczenia tej odpowiedzialności. Na taki stan w tej sprawie nie powoływała się jednak żadna ze stron.

Sąd Rejonowy dokonał ustaleń faktycznych na podstawie przedłożonych dokumentów. Powód nie wykazał, aby do umowy, do której przystąpił miały zastosowanie inne postanowienia niż wynikające z przedłożonych ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. W związku z powyższym nie mógł odnieść zamierzonego skutku sformułowany zarzut naruszenia art. 812 § 8 k.c. w zw. z art. 15 ust. 1 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz zarzut naruszenia art. 233 § 1 i 2 k.p.c. w zw. z art. 248 § 1 i 2 k.p.c. w zw. z art. 3 k.p.c.

Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił, że powód od dnia 18 grudnia 2017 r. do 21 stycznia 2018 r. przebywał w Szpitalu (...) II w K.; od dnia 21 stycznia 2018 r. do 3 lutego 2018 r. w Szpitalu (...) w K.; od dnia 3 lutego do 13 lutego w Szpitalu (...) w K.; od dnia 13 lutego 2018 r. do 24 maja 2018 r. w Szpitalu (...) w T..

Z materiału dowodowego wynika, że 18 grudnia 2017 r. powód nagle zasłabł, miał zatrzymanie moczu, stracił świadomość, pojawiła się wysoka gorączka, w związku z czym został zabrany z ulicy na SOR. Powód został przeniesiony na Oddział Neurologii, gdzie przebywał do 21 stycznia 2018 r. Pierwsza diagnoza została postawiona 21 stycznia 2018 r. w Szpitalu im. (...) II. W Szpitalu (...) powtórzono diagnostykę wykonano zabieg operacyjny. Następnie powód został przyjęty do Szpitala im. (...), gdzie wykonano kolejną operację. Kolejno powód został przewieziony do Szpitala (...) w R. – T..

W sprawie został przeprowadzony dowód z opinii biegłej neurolog lek. med. M. K., z której wynika, że leczenie przeprowadzone po 31 grudnia 2017 r. było kontynuacją leczenia choroby, która ujawniła się przed 1 stycznia 2018 r. Przeprowadzenie tego leczenia w trybie ambulatoryjnym nie było możliwe, odroczenie prowadzonego leczenia mogło mieć negatywne następstwa.

Uznać należało, że Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej oceny dowodu z powołanej opinii. Uwzględnić należało, że proces diagnostyczny powoda był skomplikowany i trwał kilka tygodni. Celem opinii biegłego było ustalenie, czy pobyty powoda w Szpitalu od 1 stycznia 2018 r. były związane z kontynuacją leczenia choroby, która ujawniła się przed okresem początku odpowiedzialności strony pozwanej, tj. przed 1 stycznia 2018 r. Na to pytanie biegła udzieliła jednoznacznej odpowiedzi wskazując, że leczenie szpitalne powoda od 21 stycznia do 13 lutego 2018 r. oraz dalsza rehabilitacja były kontynuacją leczenia choroby, która ujawniła się przed 1 stycznia 2018 r. (nawet, jeżeli do tego dnia nie została postawiona prawidłowa diagnoza). Przyjąć należało prawidłowość ustalenia poczynionego na podstawie powołanej opinii, że leczenie szpitalne powoda wynikające z tych samych jednostek chorobowych miało miejsce od 18 grudnia 2017 r. do 24 maja 2018 r., w szczególności iż w karcie informacyjnej z pobytu w Szpitalu im. (...) (...)wprost znalazły się wpisy dotyczące leczenia powoda w tej placówce.

Sporządzona przez biegłego opinia stanowiła w pełni miarodajne źródło wiadomości specjalnych, we właściwy sposób stając się podstawą poczynionych ustaleń faktycznych w sprawie. Opinia biegłego odpowiedziała na kluczowe w sprawie zagadnienia. W ustnej opinii uzupełniającej biegły podtrzymał wnioski płynące z pisemnej opinii głównej, rzeczowo ustosunkowując się do złożonych do niej zarzutów. Prezentowane przez powoda stanowisko mające na celu dyskredytację opinii wydanej przez biegłego w niniejszej sprawie zdaje się być zaś efektem niezadowolenia z rezultatu jego pracy w zakresie przedstawionych wniosków w kontekście zgłoszonych w niniejszej sprawie roszczeń, co pozostaje bez wpływu na możliwość wzruszenia zaskarżonego wyroku. Jednocześnie samo niezadowolenie strony w powyższym zakresie zgodnie z ugruntowanym stanowiskiem orzecznictwa nie stanowi dostatecznej podstawy do domagania się przeprowadzenia dowodu z opinii innego biegłego.

W prawidłowo ustalonym stanie faktycznym nie doszło do zarzucanego naruszenia powołanych w apelacji przepisów prawa materialnego.

Zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 14 OWU, (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. Stosownie do § 2 OWU, szpital to zakład lecznictwa zamkniętego, leczenie szpitalne to leczenie stacjonarne nagłych stanów, 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.

Niezasadny był podniesiony zarzut naruszenia § 2 ust. 1 pkt 2 OWU oraz § 19 ust. 1 OWU w zw. z art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Brak jest podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia prawa materialnego poprzez błędną wykładnię § 2 ust. 1 pkt 2 OWU oraz § 19 ust. 1 OWU. W § 2 zostały podane definicje użyte w warunkach umowy. Uznać należało, że brak jest podstaw do interpretacji jakiej domaga się skarżący, iż dopiero postawienie diagnozy w dniu 21 stycznia 2018 r. uzasadniało wdrożenie leczenia. W tym kontekście słuszne jest stwierdzenie, że leczenie obejmuje szereg czynności medycznych, a w ich ramach również czynności diagnostyczne. Stan powoda, który zaistniał w dniu 18 grudnia 2017 r. wymagał jego hospitalizacji, w tym przeprowadzenia diagnostyki i leczenia w warunkach szpitalnych. Z dokumentacji medycznej wynika przy tym, że u powoda przez cały czas hospitalizacji wdrożone było leczenie farmakologiczne. W tym kontekście Sąd Okręgowy nie podzielił zapatrywania skarżącego, który wskazywał, że o jego leczeniu może być mowa dopiero po postawieniu diagnozy w dniu 21 stycznia 2018 r.

Zasadnie Sąd Rejonowy przyjął, że z punktu widzenia OWU nie ma znaczenia, czy choroba jest rozpoznana, czy diagnostyka jest zakończona, albowiem nie ma znaczenia z powodu jakiej choroby ubezpieczony przebywa w szpitalu. Według definicji zawartej w § 2 OWU, choroba to stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego. Jak

wskazywano powyżej, z prawidłowo ustalonego stanu faktycznego wynika, że pobyt powoda w szpitalu rozpoczął się 18 grudnia 2017 r. i trwał nieprzerwanie do 24 maja 2018 r. i w tym czasie powód był diagnozowany i leczony w związku z zaistnieniem tego samego stanu chorobowego.

W oparciu o przedstawioną dokumentację medyczną brak jest podstaw do twierdzenia, że pobyty w poszczególnych szpitalach w analizowanym okresie czasu nie miały charakteru ciągłego. Jak prawidłowo uwzględnił Sąd Rejonowy pobyty w kolejnych szpitalach nie były przerwane. Koniec pobytu w jednym szpitalu łączył się z podjęciem przez powoda leczenia szpitalnego w innej placówce. Powód został przewieziony ze Szpitala im. (...) (...)w związku z tym, że nie mógł być w nim dalej leczony. Z karty ze Szpitala (...) wynika, że wypis powoda nie został spowodowany zakończonym procesem leczenia, lecz z uwagi na odmowę powoda wykonania w tym Szpitalu planowanej na 3 lutego 2018 r. operacji i jego żądaniem wypisu z tego Szpitala. Planowany zabieg operacyjny został wykonany w tym samym dniu w trybie pilnym w Szpitalu im. (...), gdzie został przyjęty z uwagi na stan zdrowia. Kolejno 13 lutego 2018 r. powód został przetransportowany do Szpitala rehabilitacyjnego w R. – T., gdzie miał wykonywane zabiegi rehabilitacyjne oraz dalsze badania celem ustalenia, czy stan zapalny rdzenia kręgowego zanika.

W kontekście powyższego niezasadny był zarzut naruszenia art. 8 w zw. z art. 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym w zw. z art. 234 k.p.c. Sąd Okręgowy podzielił ocenę Sądu pierwszej instancji, który z powołaniem m.in. na treść uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2018 r., sygn. akt III CZP 113/18 wskazywał, że brak rozpoznania reklamacji w zakresie roszczenia zgłoszonego przez powoda za okres 3 do 13 lutego 2018 r., nie oznacza automatycznie jego zasadności. Strona pozwana zdołała wykazać, że roszczenie w powyższym zakresie jest niezasadne. Z materiału dowodowego wynika, że pobyt powoda w szpitalu w w/w okresie stanowił kontynuację leczenia szpitalnego rozpoczętego przed 1 stycznia 2018 r., z którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa powoda. Dodatkowo wskazać trzeba, że w ocenie Sądu Okręgowego, w zakresie pobytu w szpitalu w dniach od 3 do 13 lutego 2018 roku powód w ogóle nie złożył reklamacji na podstawie wskazanej ustawy. Zauważyć trzeba, że powód w ramach przedmiotowej umowy ubezpieczenia zgłosił do strony pozwanej szereg roszczeń, z których każde było oznaczone odrębnym numerem. Reklamacja powołana w pozwie i apelacji dotyczyła wyłącznie roszczenia zarejestrowanego pod numerem (...), które nie dotyczyło żądania związanego z pobytem w szpitalu we wskazanym wyżej okresie.

Mając na uwadze powyższe uznać należało zasadność przyjęcia przez Sąd Rejonowy, iż początek leczenia szpitalnego choroby powoda rozpoczął się przed objęciem powoda ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia stanowiącej podstawę dochodzonego roszczenia, i w związku z tym, przy uwzględnieniu jej postanowień, powodowi z tego tytułu nie były należne żadne świadczenia.

W tej sytuacji nie było podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku w zakresie rozstrzygnięcia dotyczącego istoty sprawy.

Natomiast Sąd Okręgowy za zasadny uznał zarzut naruszenia art. 102 k.p.c. przez nieodstąpienie przez Sąd pierwszej instancji od obciążenia powoda kosztami tego procesu. Zgodnie z tym przepisem w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Zdaniem Sądu Okręgowego za zastosowaniem wobec powoda zasad słuszności przy orzekaniu o obowiązku zwrotu kosztów procesu przemawiała z jednej strony wskazana w apelacji sytuacja materialna i zdrowotna powoda, a z drugiej strony (i to Sąd Okręgowy uznał za zasadniczą przesłankę do stosowania art. 102 k.p.c.), iż w świetle przebiegu postępowania likwidacyjnego powód miał prawo subiektywnie być przekonany o zasadności swojego powództwa. Podnieść należy, że jakkolwiek strona powodowa formalnie twierdziła o braku podstaw do uwzględnienia zgłaszanych przez powoda roszczeń, to jednak sama dobrowolnie wypłaciła na rzecz powoda kwotę 1000 zł z tytułu roszczeń zgłoszonych przez niego w sprawie zarejestrowanej po numerem (...). Tego rodzaju decyzja zakładu ubezpieczeń mogła jedynie utwierdzić powoda w przekonaniu o słuszności jego roszczeń i bezzasadnej odmowie ich zaspokojenia w pełnej wysokości przez stronę pozwaną. Podnieść trzeba, iż w znanej Sądowi Okręgowemu z urzędu praktyce zakładów ubezpieczeniowych nie występuje sytuacja wypłaty żadanego świadczenia w sytuacji braku ku temu formalnych podstaw. Jeśli więc w tej sprawie strona pozwana pozwoliła sobie na taki gest, to należy to uznać za szczególny

przypadek, który ze względów słusznościowych uzasadnia odstąpienie od obciążenia powoda na rzecz strony pozwanej kosztami procesu związanymi z tą sprawą, wytoczoną pośrednio na skutek własnych działań strony pozwanej.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy orzekł jak w pkt 1 sentencji na podstawie art. 386 §1 k.p.c., zaś w dalej idącym zakresie oddalił apelację na zasadzie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w pkt 3 na podstawie art. 102 k.p.c., z tych samych powodów, które stanowiły podstawę do zmiany punktu II wyroku.

O wynagrodzeniu pełnomocnika z urzędu powoda w postępowaniu apelacyjnym orzeczono w pkt 4 na podstawie § 8 pkt 4 w zw. z § 16 ust.1 pkt 1 w zw. z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu. Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do uwzględnienia wniosku apelacji odnośnie przyznania kosztów nieopłaconej pomocy prawnej świadczonej z urzędu w postępowaniu apelacyjnym w wysokości 150% opłaty. Uznać należało, że takiego podwyższenia nie uzasadniał nakład pracy pełnomocnika na etapie postępowania apelacyjnego, którego nie można uznać za ponadstandardowy. Kwestia związana ze stopniem zawichości sprawy i obszernością zgromadzonego materiału dowodowego została natomiast już uwzględniona w ramach orzeczenia Sądu pierwszej instancji, który przyznał pełnomocnikowi powoda z urzędu wynagrodzenie w stawce powiększonej o 50%.

SSO Grzegorz Buła