

Sygn. akt III Ca 463/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 maja 2014 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SO Krystyna Hadryś

po rozpoznaniu w dniu 6 maja 2014r. w Gliwicach na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa P. S.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Jastrzębiu – Zdroju

z dnia 7 stycznia 2014 r., sygn. akt I C 1206/13

oddala apelację.

SSO Krystyna Hadryś

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 28 czerwca 2013 r. powód P. S. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 1.540,00 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 23 lipca 2010 r. oraz kosztami postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu roszczenia podał, iż zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia grupowego, obejmującą ubezpieczenie dziennego świadczenia szpitalnego. Dalej podał, że w okresie od 7 czerwca 2010 r. do 28 czerwca 2010 r. przebywał w (...) Szpitalu (...) w U.. Z zawartej umowy ubezpieczenia grupowego wynika, iż pozwany obowiązany jest zapłacić powodowi kwotę 70 zł, za każdy dzień pobytu w szpitalu, stąd za 22 dni pobytu należne mu świadczenie wynosi 1.540 zł. Podał, że pozwany odmówił powodowi wypłaty stosownego świadczenia podnosząc, że powód przebywał w ośrodku rehabilitacyjnym, pomimo, iż za poprzedni okres pobytu w szpitalu na tym samym oddziale wypłacił mu stosowne świadczenie.

Sąd Rejonowy w Jastrzębiu-Zdroju uznając, że zachodzą przesłanki do wydania nakazu zapłaty, w dniu 8 sierpnia 2013 r. wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym.

Od niniejszego nakazu pozwany (...) S.A. w W. w dniu 9 września 2011 r. wniósł sprzeciw, zaskarżając nakaz w całości. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie kosztów postępowania. Na uzasadnienie podniósł, iż pobyt powoda na (...) (...) Szpitala (...) w U. podyktowany był koniecznością zastosowania wyłącznie medycznych procedur rehabilitacyjnych – zabiegów fizykalnych oraz ćwiczeń usprawniających, tymczasem zgodnie z § 5 pkt 6 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Dziennego Świadczenia Szpitalnego, z ubezpieczenia wyłączono świadczenia z powodu leczenia w sanatoriach i ośrodkach rehabilitacji. Z powyższego pozwany wywiódł, że jest bez znaczenia czy leczenie rehabilitacyjne prowadzone jest w ośrodku zlokalizowanym w szpitalu czy w innej placówce, istota polega na zastosowanym leczeniu rehabilitacyjnym.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Rejonowy w Jastrzębiu-Zdroju zasądza od pozwanego (...) SA w W. na rzecz powoda P. S. kwotę 1.540 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 16 sierpnia 2010r., w pozostałej części powództwo oddala, zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 647 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania, w tym kwotę 600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Orzeczenie to zapadło przy ustaleniu, że Powód w dniu 10 grudnia 2008 r. przystąpił do grupowego ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego nr polisy (...), zawartego przez pracodawcę powoda (...) S.A. KWK (...) w J. z pozwanym (...) S.A. w W.. Suma ubezpieczenia powoda dziennego świadczenia szpitalnego wynosiła 70 zł. W okresie od 7 czerwca 2010 r. do 28 czerwca 2010 r. powód był hospitalizowany na Oddziale (...) Szpitala (...) w U. w związku ze stwierdzonym u niego stanem po kapoplastyce (...) S. (...) lewego stanu biodrowego przebytego w marcu 2010 r., dyskopatii odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa oraz stanem po artroskopii lewego stawu kolanowego przebytego w 2001 r. Był to pobyt całodobowy. W dniu 16 lipca 2010r. powód zgłosił szkodę pozwanemu (...) S.A. w W. wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia w związku z pobytem w szpitalu. Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego pismem z dnia 23 lipca 2010 r. i z dnia 31 sierpnia 2010 r. pozwany odmówił powodowi wypłatę świadczenia, uzasadniając swoje stanowisko tym, iż zgodnie z § 5 pkt. 6 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Dziennego Świadczenia Szpitalnego, z ubezpieczenia wyłączone są świadczenia z powodu leczenia w sanatoriach i ośrodkach rehabilitacyjnych, a z załączonej do wniosku dokumentacji wynika, że pobyt powoda w (...) Szpitala (...) w U. był związany z rehabilitacją stawu biodrowego. Z księgi rejestrowej nr (...) Szpitala (...). J. Z. w U. wynika, że w/w placówka jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej utworzonym decyzją Wojewody (...) świadcząca stacjonarnie i całodobowo oraz ambulatoryjnie świadczenia szpitalne i zdrowotne. Natomiast Oddział (...) stanowi komórkę organizacyjną Szpitala (...). J. Z. w U. i świadczy stacjonarną rehabilitację medyczną.

Powyższe okoliczności doprowadziły Sąd Rejonowy do przekonania, że roszczenie powoda co do należności głównej należało uznać za zasadne. Wykładnia językowa zapisów OWU prowadzi do jednoznacznego wniosku, że ochroną ubezpieczeniową objęte jest codzienne świadczenie szpitalne przysługujące w związku z pobytem w szpitalu w okresie obowiązywania ubezpieczenia za wyjątkiem enumeratywnie wskazanych w § 5 przypadków, m.in. leczenia w ośrodkach rehabilitacji. Ogólne Warunki Ubezpieczenia nie zawierają definicji „szpitala”. Pojęcie to zostało natomiast zdefiniowane w art. 2 §1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991r., nr 91, poz. 408 z późn. zm.) obowiązującej w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami. Zgodnie z tym przepisem szpital jest zakładem opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielenia całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. Zgodnie z art. 3 cyt. ustawy świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Oddział (...) Szpitala (...). J. Z. w U., w którym przebywał powód, spełnia przesłanki do uznania go za szpital w rozumieniu art. 11 § 1 w/w ustawy, nie jest natomiast ośrodkiem rehabilitacji, o którym mowa w § 5 pkt 6 OWU. Sąd Rejonowy uznał, że za „ośrodek rehabilitacyjny”, o którym mowa w § 5 pkt 6 OWU mogłaby być uznana placówka o samodzielnym statusie, nie zaś jednostka organizacyjna szpitala jaką jest oddział. Z zapisów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie można wyprowadzać wniosku, że ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje każdego przypadku leczenia rehabilitacyjnego, bez względu, czy leczenie jest prowadzone w szpitalu, czy też w innej placówce. Takiej interpretacji przeczy literalne brzmienie przepisu § 5 pkt 6 OWU, w którym jest mowa o tym, że wyłączone z odpowiedzialności są świadczenia z powodu leczenia „w ośrodkach rehabilitacyjnych”, nie zaś, że wyłączone są świadczenia z powodu „leczenia rehabilitacyjnego”. Ewentualne rozbieżności w interpretacji przepisu § 5 pkt 6 OWU należy natomiast oceniać w świetle art. 385 § 2 kc. W myśl tego przepisu wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie w sposób zrozumiały. Postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta. Wysokość roszczenia Sąd ustalił w oparciu o § 6 ogólnych warunków ubezpieczenia, tj. wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie – 70 zł dziennie i ilości dni pobytu w szpitalu - co daje łącznie kwotę 1.540 zł za 22 dni pobytu w szpitalu. O odsetkach Sąd orzekł w oparciu o treść art.481§1 i §2 kc w zw. z treścią art. 817 §1 kc. O kosztach Sąd orzekł po myśli art. 98 kpc, zasądzając od pozwanego na rzecz powoda kwotę 647 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł pozwany zaskarżając go w części zasądzającej kwotę główną wraz z odsetkami ustawowymi oraz w części zasądzającej koszty postępowania, wnosząc o jego zmianę przez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje. Zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. § 5 OWU i art. 385§ 2 k.p.c. oraz obrazę prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędne ustalenie odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela, podczas kiedy ogólnie obowiązujący wzorzec umowy w postaci OWU wyraźnie i jednoznacznie w § 5 pkt. 6 wskazywał na wyłączenie odpowiedzialności pozwanego, bezzasadne podważenie zasady transparentności wzorca umowy, w ocenie Sądu przejawiające się w niejednoznacznym sformułowaniu postanowienia § 5 pkt 6 i istotną sprzeczność ustaleń Sądu I instancji z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, co miało istotny wpływ na zaskarżony wyrok.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sprawa została rozpoznana w trybie uproszczonym, a Sąd Odwoławczy nie przeprowadził postępowania dowodowego. Artykuł 505 13 § 1 k.p.c. jest przepisem szczególnym do art. 387 § 1 k.p.c. Jeżeli Sąd drugiej instancji nie przeprowadził postępowania dowodowego, uzasadnienie wyroku winno zawierać jedynie wyjaśnienie podstawy prawnej z przytoczeniem przepisów prawa.

Mając na względzie powyższe unormowania, Sąd Odwoławczy dokonując oceny całości ustaleń i oceny prawnej uznał, że apelacja pozwanego jest nieuzasadniona i jako taka nie może odnieść w żadnym zakresie oczekiwanego przez skarżącego skutku. Sąd I instancji prawidłowo zakwalifikował roszczenie powoda. Poczynione ustalenia faktyczne mają swoją podstawę w zgromadzonym materiale dowodowym, który w zakresie dokonanych ustaleń jest logiczny, zaś informacje zawarte w poszczególnych źródłach dowodowych zostały przez Sąd I instancji ocenione prawidłowo. Swobodna ocena wiarygodności i mocy dowodów dokonana przez ten Sąd nie wykracza poza uprawnienia wynikające z art. 233 k.p.c.

Z tych względów Sąd Okręgowy w całości przyjął za własne ustalenia faktyczne Sądu I instancji. Ocena prawna ustalonego stanu faktycznego dokonana przez Sąd Rejonowy jest prawidłowa i okoliczności podniesione przez skarżącego w apelacji oceny tej nie niweczą.

Sąd Rejonowy trafnie uznał, że w myśl § 5 pkt.6 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Dziennego Świadczenia Szpitalnego z ubezpieczenia wyłączone są świadczenia z powodu leczenia w sanatoriach i ośrodkach rehabilitacji, placówkach leczenia odwykowego, a więc wbrew zarzutom pozwanego nie można przyjąć, że ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje każdego przypadku leczenia rehabilitacyjnego, bez względu, czy leczenie jest prowadzone w szpitalu, czy też w innej placówce. W OWU wskazano wprost, że odpowiedzialność pozwanego wyłącza leczenie w ośrodku rehabilitacji, więc bez znaczenia pozostaje, czy szpital świadczy usługi rehabilitacyjne. Należy przy tym podzielić pogląd Sądu meriti, iż Oddział (...) Szpitala (...). J. Z. w U., w którym przebywał powód, spełnia przesłanki do uznania go za szpital w rozumieniu art. 11 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, nie jest natomiast ośrodkiem rehabilitacji, a § 5 pkt 6 OWU, wskazuje że wyłączone z odpowiedzialności są świadczenia z powodu leczenia „w ośrodkach rehabilitacyjnych”, a nie ogólnie „leczenie rehabilitacyjne”.

Sąd Odwoławczy uznał za prawidłowe przyjęcie przez Sąd pierwszej instancji reguł wykładni językowej Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Dziennego Świadczenia Szpitalnego. Nie sposób podzielić zarzutu pozwanego, iż Sąd Rejonowy przyjmując wykładnię literalną OWU bezzasadnie podważył zasadę transparentności wzorca, albowiem w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, należy interpretować je na korzyść ubezpieczonego, a w niniejszej sprawie najkorzystniejszą interpretację dla konsumenta stanowi literalne brzmienie postanowień OWU. Nie sposób więc podzielić podniesionego w apelacji zarzutu, iż Sąd Rejonowy przedstawił własną nieprawidłową interpretację.

W ocenie Sądu Okręgowego, pozostałe podniesione w apelacji zarzuty mają charakter czysto polemiczny i prowadzą się do negowania właściwej oceny i ustaleń Sądu meriti, przeciwstawiając im własne oceny i wnioski, które w żadnym razie nie mogą podważyć trafności rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego.

Z uwagi na powyższe - na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację pozwanego jako bezzasadną.

SSO Krystyna Hadryś