

Sygn. akt I ACa 1220/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 kwietnia 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie, I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Jerzy Bess

po rozpoznaniu w dniu 12 kwietnia 2023 r. w Krakowie na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa Szpitala (...) w K.

przeciwko (...)S.A. (...)

z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 7 lipca 2021 r., sygn. akt I C 682/18

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 1.350 zł (jeden tysiąc trzysta pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 1220/21

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Krakowie, zaskarżonym wyrokiem z dnia 7 lipca 2021 r. sygn. akt I C 682/18, w sprawie z powództwa Szpitala (...) w K. przeciwko (...) S.A. (...) z siedzibą w W. o zapłatę:

I. zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 92.374,75 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 13 lutego 2018 r. do dnia zapłaty;

II. zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 5.734,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

III. nakazał pobrać od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Krakowie kwotę 191,95 zł tytułem wynagrodzenia biegłego sądowego oraz kwotę 4.619,00 zł

W rozważaniach prawnych Sąd I instancji przedstawił następujące motywy swego rozstrzygnięcia:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

W niniejszej sprawie Szpital (...) w K. dochodził zasądzenia na swoją rzecz kwoty 92.374,75 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 13 lutego 2018 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanej spółki na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego radcy prawnego wg norm przepisanych.

Pozwana (...) S.A. (...) z siedzibą w W. (uprzednio (...) S.A. z siedzibą w W.) wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów niniejszego postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Zgodnie z treścią 805 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (§1) Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; a przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (§2).

W niniejszej sprawie strona powodowa dochodzi od (...) S.A. (...)z siedzibą w W. zapłaty za poniesione przez nią koszty leczenia J. M., którego ze stroną pozwaną łączyła umowa ubezpieczenia kosztów leczenia cudzoziemców zamieszkałych na stałe za granicą w czasie ich pobytu w Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 marca 2016 r.

Na podstawie §3 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia cudzoziemców zamieszkałych na stałe za granicą w czasie ich pobytu w Rzeczypospolitej Polskiej Pozwana ubezpieczenie kosztów leczenia obejmuje udokumentowane koszty powstałe w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem.

Do wysokości 100% sumy ubezpieczenia:

- a) Koszty pobytu w szpitalu, leczenia i operacji,
- b) Koszty transportu do szpitala lub miejsca zamieszkania na zasadach szczegółowo wskazanych w OWU,
- c) Koszty transportu chorego z miejsca wypadku lub nagłego zachorowania do placówki medycznej oraz koszty transportu chorego pomiędzy placówkami medycznymi na terenie RP,
- d) Koszty badań służących diagnozowaniu oraz koszty zabiegów ambulatoryjnych,
- e) Koszty zakupu niezbędnych lekarstw, środków opatrunkowych oraz środków pomocniczych zaleconych przez lekarza
- f) Koszty naprawy lub zakupu okularów, naprawy protez i innych środków pomocniczych wspomagających proces leczniczy, jeżeli konieczność ich nabycia lub ich uszkodzenie związane było z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem powstałym w okresie odpowiedzialności (...) S.A.

W pierwszej kolejności pozwana zarzuciła, że nie ponosi odpowiedzialności w niniejszej sprawie, albowiem zgodnie z §4 ust. 5 OWU zaakceptowanych przez ubezpieczonego „ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje osób, których wiek przekracza 70 rok życia, chyba że została opłacona dodatkowa składka. Ograniczenie to nie dotyczy osób objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy zawartej w formie grupowej”. Pozwane towarzystwo ubezpieczeń wskazało, że jak wynika z zawartej umowy, klauzula rozszerzająca nie została wykupiona.

Przede wszystkim wskazać należy, że J. M. w chwili zawarcia umowy jak i w chwili zaistnienia zdarzenia miał 71 lat. Tym samym zasadnym jest przyjęcie, że w związku z zawarciem przez stronę pozwaną umowy ubezpieczenia z osobą, która w chwili jej zawarcia przekroczyła już swój 70 rok życia, składka ubezpieczeniowa została wyliczona została stosowanie do zapisów OWU, których przestrzegania zobowiązana jest przestrzegać nie tylko osoba przystępująca do ubezpieczenia, ale także ubezpieczyciel.

Twierdzenia strony pozwanej, iż umowa ubezpieczenia miała charakter dobrowolny, a ubezpieczony był świadom warunków z niej wynikających są pozbawione logiki. Przyjęcie odmiennego stanowiska prowadziłoby do wniosku, że strona pozwana zawarła z J. V. Myszą umowę, która na jego rzecz nigdy nie mogła być wykonana, mimo jej opłacenia przez ubezpieczającego. Nadto spełniałaby przesłanki przestępstwa oszustwa z art. 286 k.k.

W ocenie tut. Sądu na podstawie umowy ubezpieczenia kosztów leczenia cudzoziemców zamieszkałych na stałe za granicą w czasie ich pobytu w Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 marca 2016 r., potwierdzonej polisą serii (...) J. M. została udzielona ochrona ubezpieczeniowa w okresie obowiązywania umowy tj. od dnia 15 marca 2016 r. do dnia 14 marca 2017 r., z sumą ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie RP w kwocie 40.000 Euro oraz sumą ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w wysokości 20.000 zł

Powyższe potwierdza także fakt, że pozwana uiszczała zapłatę kwoty 17.568 zł za pierwszą z wystawioną przez stronę powodową fakturę VAT, co stanowiło uznanie roszczenia, które przerwało bieg przedawnienia roszczenia, ale nie spowodowało pozbawienia strony pozwanej możliwości wykazywania nieistnienia zobowiązania w niniejszym postępowaniu.

W tym zakresie pozwana podniosła, że na podstawie umowy udziela ona ochrony ubezpieczeniowej, której przedmiotem są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia ubezpieczonego, który przebywając na terenie RP musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem powstałym w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Pozwana zarzuciła, że pobyt ubezpieczonego w okresie od 1 lipca 2016 r. do 12 stycznia 2017 r. był nieuzasadniony, a pozwany nie odpowiada za te koszty. Większość dokumentacji medycznej ubezpieczonego po 1 lipca 2016 r. dotyczy problemów niezwiązanych z udarem mózgu, który był przyczyną hospitalizacji. Miał on bowiem problemy z perystaltyką jelit, infekcją dróg moczowych, problemy z poziomem cukru we krwi, co nie jest pochodną przebytego udaru i nie stanowiło przeszkód w przetransportowaniu go do kraju jego stałego pobytu.

Jednak jak wynika z ustalonego stanu faktycznego, w tym przede wszystkim dokumentacji medycznej ubezpieczonego jak i z opinii głównej sądowno-lekarskiej z dnia 6 października 2019 r. jak i z jej uzupełnienia z dnia 20 listopada 2020 r. biegłej specjalisty neurologa lek. med. M. K. wynika, że przyczyną hospitalizacji J. M. był zawał mózdzku i części mostu, które wymagały diagnostyki i specjalistycznego leczenia, które obejmowało także rehabilitację. **Stan kliniczny ubezpieczonego pozwalał na rozważenie transportu do jego stałego miejsca pobytu tj. USA w grudniu 2016 r, dlatego próbę podjęto. Jednak w dniu 21 grudnia 2016 r. po wypisie ze szpitala u ubezpieczonego w trakcie jego pobytu na lotnisku dwukrotnie doszło do utraty świadomości, w wyniku których wymagał on ponownego przyjęcia do Oddziału (...) Szpitala (...) w K. i wykonania dalszej diagnostyki, którą zakończono 12 stycznia 2017 r.**

Stan zdrowia J. M. wymagał przeprowadzenia wszystkich zastosowanych procedur, zarówno diagnostycznych jak i leczenia farmakologicznego i rehabilitacyjnego. Diagnostyka różnicowa nawracających wymiotów i dolegliwości brzusznych była konieczna z uwagi na wykluczenie mózgowego pochodzenia objawów oraz wykluczenie stanów ostrych, wymagających pilnej interwencji chirurgicznej. Wszystkie działania podjęte w czasie hospitalizacji ubezpieczonego były uzasadnione.

Tym samym w ocenie tut. Sądu brak jest przesłanek do uznania, że pobyt ubezpieczonego J. M. w placówce strony powodowej w podnoszonym przez pozwaną zakresie od 1 lipca 2016 r. do 12 stycznia 2017 r. był nieuzasadniony.

Pozwana zakwestionowała także wysokość uzasadnionych kosztów leczenia poniesionych przez powoda, w tym także podniosła, że odnosiło się do leczenia usprawniającego za które pozwana nie ponosi odpowiedzialności.

Przede wszystkim jak ustalono w postępowaniu dowodowym Szpital (...) w K. w niniejszym postępowaniu nie dochodzi od pozwanej kosztów obejmujących koszty rehabilitacji ani leczenia usprawniającego ubezpieczonego.

Koszty te w całości obciążają J. M., zgodnie z treścią zawartej przez niego umowy z pozwaną z dnia 15 marca 2016 r., potwierdzonej polisą serii (...) i wystawionej przez powódkę faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2019 r.

Pozwana w złożonym sprzeciwie zakwestionowała roszczenie także co do wysokości. Nie wskazała przy tym, które z przedstawionych kosztów leczenia zostało zawyżone, a także w jakim zakresie.

Zdaniem Sądu, strona powodowa sprostала obowiązkowi wynikającemu z ogólnych reguł dowodowych z art. 6 k.c. i 232 k.p.c., udowadniając istnienie i wysokość dochodzonego roszczenia. Szpital (...) w K. przedstawił faktury VAT obejmujące dochodzone przez niego roszczenie, a także Karty leczenia J. M. z których wynikała zasadność przeprowadzonego leczenia. Co więcej biegła w swoich opiniach wskazała, że w związku z zasadnością podjętych terapii względem ubezpieczonego, także uznać należy za uzasadnione wszelkie koszty poniesione w związku z przeprowadzonym leczeniem.

Jednocześnie zastosowane przez stronę pozwaną sformułowanie, że „zaprzecza ona wszelkim twierdzeniom strony powodowej za wyjątkiem tych wyraźnie przyznanych w niniejszym piśmie”, zgodnie z poglądami doktryny nie stanowi wystarczającego uzasadnienia dla przedstawianych przez pozwaną tez. Jak wskazuje m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 lipca 2009 r. sygn. akt III CSK 341/08 fakty i dowody związane z konkretnymi okolicznościami, z którymi się pozwany nie zgadza powinien on wskazać, jeśli ma to służyć obronie jego racji, powinien się on ustosunkować do twierdzeń strony powodowej. Tym samym brak jest możliwości na jego podstawie przyjąć by pozwana zaprzeczyła faktom przedstawionym przez stronę powodową w pozwie.

Odnosząc się natomiast do wysokości roszczenia o skapitalizowane odsetki wskazać należy, że zgodnie z § 12 ust. 1 OWU będących częścią zawartej z J. M. umowy z dnia 15 marca 2016 r. ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Zgodnie z art. 482 § 1 k.c. Jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Strona powodowa co miesiąc wysyłała pozwanej fakturę VAT za koszty leczenia ubezpieczonego wraz z kartami informacyjnymi jego leczenia. Termin płatności każdej z przesłanych faktur VAT o nr (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...) zgodnie z §12 ust. 1 OWU wynosił 30 dni od dnia otrzymania danej faktury. Tym samym stronie powodowej należą się skapitalizowane odsetki ustawowe za opóźnienie od każdej wystawionej faktury VAT skapitalizowane przez stronę powodową na dzień 12 lutego 2018 roku zgodnie z przedstawionym przez nią wyliczeniem (k. 72) na łączną kwotę 7.181,75 zł.

O odsetkach orzeczono na zasadzie art. 481 § 1 i 2 k.c. zgodnie z żądaniem pozwu od daty jego wniesienia, tj. 13 lutego 2018 r.

O kosztach postępowania Sąd orzekł w pkt II na podstawie art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 186 § 2 k.p.c. tj. przy uwzględnieniu zasady odpowiedzialności z wynik procesu.

O pozostałych kosztach sądowych, tj. nieuiszczonych dotychczas wydatkach na opinię biegłego, a także opłacie sądowej od pozwu Sąd orzekł w oparciu o art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 ze zm.) przy uwzględnieniu art. 98 k.p.c.

Pozwany apelacją zaskarżył niniejszy wyrok w części uwzględniającej powództwo co do kwoty 9.514 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 13 lutego 2018 r. do dnia zapłaty (pkt I wyroku) oraz w części rozstrzygającej o kosztach procesu (pkt II i III wyroku).

Wobec powyższego pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w tej części, tj. poprzez:

1. oddalenie powództwa w części co do kwoty 9.514 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 13 lutego 2018 r. do dnia zapłaty,
2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego w tym postępowaniu według norm przepisanych,
3. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania przed Sądem I instancji i ich stosunkowe rozdzielenie pomiędzy strony postępowania.

W/w wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 805 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c. poprzez uznanie, iż w tak ustalonym stanie faktycznym pozwany ponosi odpowiedzialność za skutki wypadku w okresie 21 grudnia 2016 r. do 12 stycznia 2017 r. podczas gdy koszty leczenia poszkodowanego w tym okresie zgodnie z zawartą pomiędzy stronami umową nie były uzasadnione,

- art. 824¹ § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. i art. 363 § 1 zd. 1 k.c., poprzez jego niewłaściwe zastosowanie skutkujące zasądzeniem na rzecz powoda tytułem odszkodowania sumy pieniężnej w sposób oczywisty przewyższającej wysokość zaistniałej w niniejszej sprawie szkody,

- art. 362 k.c. w związku z art. 354 § 2 k.c. poprzez niezastosowanie tych przepisów i nieuwzględnienie przy podejmowaniu rozstrzygnięcia, iż poszkodowany doprowadził do zwiększenia rozmiaru powstałej szkody poprzez wygenerowanie zbędnych kosztów leczenia poszkodowanego w szpitalu powoda w okresie kiedy był możliwy jego transport do kraju miejsca stałego pobytu, a leczenie mogło być tak z powodzeniem kontynuowane,

2. naruszenie przepisów prawa procesowego, tj.:

a. art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c. poprzez uznanie, iż w tak ustalonym stanie faktycznym powód udowodnił zasadność poniesienia kosztów leczenia za okres od 21 grudnia 2016 r. do dnia 12 stycznia 2017 r. podczas gdy z tak ustalonego stanu faktycznego wynika, iż poniesienie kosztu pobytu w szpitalu poszkodowanego było niezasadne z uwagi na możliwość jego transportu do kraju miejsca stałego pobytu w dniu 21 grudnia 2016 r., gdzie leczenie mogło być kontynuowane,

b. art. 227 k.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. poprzez dowolną i wybiórczą ocenę materiału dowodowego sprawy, w szczególności opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii w zakresie w jakim Sąd I instancji uznał, iż:

- wszystkie koszty leczenia poszkodowanego poniesione przez powoda w okresie od 26 maja 2016 r. do 12 lipca 2016 r. były uzasadnione pomimo, iż w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii istniała możliwość transportu poszkodowanego do kraju miejsca stałego pobytu już 26 grudnia 2016 r.

- nie było możliwości transportu poszkodowanego do kraju miejsca stałego pobytu do dnia wypisu ze szpitala powoda pomimo, iż z treści opinii biegłego specjalisty z zakresu neurologii powołanego w sprawie, który w swojej opinii głównej i uzupełniającej ustalił, iż stan poszkodowanego umożliwiał zaplanowanie jego powrotu do kraju miejsca stałego pobytu na dzień 21 grudnia 2016 r., a zatem skoro istniała możliwość jego transportu w dniu 21 grudnia 2016 r. do USA, wszelkie koszty poniesione przez powoda po tej dacie są niezasadne, a powództwo w tym zakresie powinno zostać oddalone.

Powód w odpowiedzi na apelację, wniósł o

1. oddalenie apelacji pozwanego w całości,
2. zasądzenie od pozwanego ma rzecz powoda kosztów procesu w zakresie postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja strony pozwanej jest bezzasadna z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji i poczynione na ich podstawie rozważania prawne, uznając je za własne.

W istocie podniesione zarzuty apelacji były już przedmiotem wnikliwej i trafnej oceny Sądu I instancji, tym samym zbędnym jest ich ponowne przytaczanie,

Jedynie z obowiązku odmienia się przez Sąd Apelacyjny do zarzutów apelacji, w tym kontekście, w ocenie Sądu Apelacyjnego, należy w pełni zaaprobować argumentację przedstawioną w odpowiedzi na apelację, którą należy przytoczyć w całości.

Podstawą faktyczną apelacji Strony Pozwanej jest okres hospitalizacji pacjenta J. M. w Szpitalu Powoda w okresie od 21 grudnia 2016 r. do dnia 18 stycznia 2017 r. i ustalenie przez biegłą w jej opinii z dnia 06.10.2019 r., że stan kliniczny pacjenta J. M. pozwalał na rozważenie tak odległego transportu do Stanów Zjednoczonych w grudniu 2016 r. oraz ustalenie w uzupełnieniu opinii wydanej przez biegłą w odpowiedzi na zarzuty pełnomocnika Strony Pozwanej zawarte w piśmie z 13.12.2019 r., że stan kliniczny opiniowanego pozwalał na zaplanowanie transportu lotniczego na dzień 21 grudnia 2016 r. . Pacjenta pierwotnie wypisano ze Szpitala 21 grudnia 2016 r. i w tym samym dniu przyjęto z powrotem, wypisując go dopiero 12.01.2017 r..

Na dzień 21.12.2016 r. pacjenta przygotowano do transportu do Stanów Zjednoczonych, ćwicząc z nim w ramach indywidualnej gimnastyki przebywanie w pozycji siedzącej i lokomocję na krótkim odcinku (dojazd do lotniska). Lekarze potwierdzili, że stan zdrowia pacjenta pozwala na jego lot samolotem do Stanów Zjednoczonych.

Po przewiezieniu pacjenta na lotnisko skąd miał odlecieć do Stanów Zjednoczonych. Pacjent stracił przytomność i ponownie, po zaopatrzeniu w Szpitalu (...) gdzie z lotniska trafił do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, odwieziono go do Powodowego Szpitala.

Jak potwierdziła biegłą w obu opiniach, stan kliniczny pozwalał na zaplanowanie transportu lotniczego na 21 grudnia 2016 r. Jednak epizod utraty przytomności wymagał ponownego przyjęcia do Szpitala do Oddziału (...)i wykonania dalszej diagnostyki. Nie oznacza to, że zaplanowanie i próba realizacji transportu do Stanów Zjednoczonych w dniu 21 grudnia 2016 r. zakończyła odpowiedzialność Strony Pozwanej i w związku z tym obciążanie Strony Pozwanej wszelkimi kosztami leczenia począwszy od 21.12.2016 r. jest niezasadne.

Stanowisko swoje, braku odpowiedzialności, Pozwany opiera na postanowieniach Ogólnych Warunków Umów w szczególności na tym, że zgodnie z nimi (§ 4 ust. 3 pkt 12, 13 i 16 ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje kosztów nieuzasadnionych z medycznego punktu widzenia (pkt 12), kosztów leczenia usprawniającego (pkt 13) i kosztów leczenia przekraczającego zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia Ubezpieczonego umożliwiającego powrót do kraju stałego pobytu (pkt 16).

Tymczasem, zgodnie z opinią uzupełniającą biegłej w ocenie neurologicznej hospitalizację z okresu 21.12.2016 r. do 12.01.2017 r. należy rozpatrywać w łączności z poprzednią hospitalizacją zakończoną 21.12.2016 r. Jak stwierdza w tej opinii biegłą epizod utraty przytomności u pacjenta wymagała ponownego przyjęcia w celu dalszej diagnostyki, szczególnie w kierunku napadów padaczkowych, które występują u ok. 5% pacjentów po przebytych udarze, a którą to diagnostykę zakończono 12.01.2017 r.. Zgodnie z Kartą informacją z okresu pobytu pacjenta od 21.12.2016 r. do 12.01.2017 r.

załączoną do pozwu na okoliczność przyczyn udzielenia pomocy medycznej pacjentowi oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych u pacjenta przeprowadzono badania ambulatoryjne, laboratoryjne, badania kliniczne, konsultację oraz podawano leki. Po powrocie do Szpitala 21.12.2016 r. pacjent miał gorączkę, wymiotował, miał podwyższone CRP. wskazujące na stan zapalny. Wszystko to wymagało przeprowadzenia diagnostyki i zaopatrzenia pacjenta tak jak opisano w Karcie Informacyjnej. Diagnostyka różnicowa nawracających wymiotów i dolegliwości brzusznych była konieczna z uwagi na wykluczenie mózgowego pochodzenia objawów oraz wykluczenie stanów ostrych, wymagających pilnej interwencji chirurgicznej. '

Składając apelację Strona pozwana nie wskazała jakie okoliczności stały się powodem, dla których stan pacjenta w dniu 21 grudnia 2016 r. pomimo, że dwukrotnie utracił świadomość miały oznaczać, że pacjent był gotowy do przewiezienia i w związku z tym koszty jego leczenia w okresie do dnia 12.01.2017 r. były nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia (§ 4 ust. 3 pkt 12 OWU) i przekraczały zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia Ubezpieczonego umożliwiającego powrót do kraju stałego pobytu (§ 4 ust. 3 pkt 16 OWU). Z jakiego powodu diagnoza i leczenie związane z utratą przytomności nie stanowią kosztów uzasadnionych medycznie, pomimo, że biegła w opinii uzupełniającej jednoznacznie stwierdziła, że to leczenie należy rozpatrywać w łączności z poprzednią hospitalizacją zakończoną w dniu 21.12.2016 r., a epizod utraty przytomności wymagał wykonania dalszej diagnostyki w kierunku napadów padaczkowych, którą to diagnostykę ukończono 12.01.2017 r. W tym czasie pacjent cały czas był ubezpieczony.

Z Karty Informacyjnej z okresu pobytu pacjenta w Szpitalu od 21.12.2016 r. do 12.01.2017 r. nie wynika ponadto, żeby leczenie pacjenta w tym czasie obejmowało leczenie usprawniające (§4 pkt 13 OWU) w znaczeniu, że zgodnie z § 2 pkt 6 obowiązujących u strony pozwanej OWU jest to terapia medyczna zalecona przez lekarza, mająca na celu przywrócenie możliwie najpełniejszej sprawności psychofizycznej układu kostno-mięśniowo-nerwowego oraz wyeliminowanie zaburzeń i reakcji psychicznych. W rozumieniu OWU za leczenie usprawniające uważa się również rehabilitację. Pozwany nie wskazał, które świadczenia zdrowotne opisane w Karcie Informacyjnej i w dokumentacji medycznej obejmowało leczenie usprawniające w tym znaczeniu. Takiego leczenia nie było. U pacjenta zastosowano leczenie dietetyczno-farmakologiczno-spczynkowo-rehabilitacyjne. Stan związany z przebytem udarem stacjonarny, a więc bez zmian.

Jednocześnie odnosząc się do stanowiska Strony Pozwanej, że pacjent w dniu 21 grudnia 2016 r. znajdował się w stanie umożliwiającym mu powrót do kraju stałego pobytu, mimo wynikającej z dokumentacji medycznej informacji, że w tym dniu doszło na lotnisku do incydentu (utrata przytomności), który uniemożliwił pacjentowi wyjazd - należy zaznaczyć, że żaden z podanych wyżej przepisów OWU nie stanowi podstawy do takiego wniosku. Podstawą dla ustalenia jakie zastosowano leczenie i jakie podjęto czynności jest dokumentacja medyczna i karta informacyjna. Tylko wskazując na opisane w nich czynności medyczne można zająć stanowisko, które z nich spełniały przesłanki wyłączenia odpowiedzialność Strony Pozwanej z tytułu ubezpieczenia pacjenta. Strona pozwana takiej analizy nie przeprowadziła, a zdaniem Strony Powodowej całe leczenie w okresie od 21.12.2016 r. do 12.01.2017 r. podlegało odpowiedzialności Pozwanego z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia obywateli polskich zamieszkałych na stałe za granicą w czasie ich pobytu w Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzonego załączoną do pozwu polisą Seria (...) na okres od 15.03.2016 r. do dnia 14.03.2017 r.

Trudno odnieść się do postawionej przez Pozwanego tezy, że koszty poniesione na leczenie pacjenta po jego powrocie 21.12.2016 r. do Szpitala były' niezasadne, ponieważ w tym dniu był możliwy transport pacjenta do miejsca jego stałego pobytu gdzie leczenie mogło być z powodzeniem kontynuowane. Trudno zarzucić Stronie Powodowej, że celowo zaaranżowała wypisanie pacjenta ze szpitala 21.12.2016 r., a potem doprowadziła do incydentu medycznego omdlenia, uniemożliwiającego mu wyjazd, żeby obciążyć Pozwanego dodatkowymi kosztami. Zupełnie niemożliwa jest interpretacja zarzutu pozwanego, że pomimo opisanego incydentu pacjent powinien był umieszczony w samolocie do Stanów Zjednoczonych gdzie jego leczenie powinno być kontynuowane. Nie można też postawić Powodowi zarzutu, że źle leczył pacjenta i pozwolił mu opuścić szpital, pomimo, że ten jeszcze nie był gotowy do wyjazdu.

To wszystko stanowią hipotezy, które w żadnym razie nie mogą poddać się zasadzie prawdopodobności, a więc żeby mogły być podniesione muszą być, zgodnie z art. 6 kc, udowodnione dowodami przeciwnymi. Strona powodowa przedstawiła dowody na udzielone świadczenia zdrowotne dla pacjenta, przekazując Pozwanemu pełną dokumentację medyczną, której częścią są Karty Informacyjne. Dokumentacja medyczna, zgodnie z Wyrokiem SN z 25.10.2019 r. Sygn.Akt 656/18 jako sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi - obok opinii biegłych - kluczowy środek dowodowy, pozwalając na rekonstrukcję dotychczasowego procesu diagnostycznego i leczniczego, a w związku z tym, że kształt dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia, udostępniania i przetwarzania jest uregulowany przepisami prawa (art. 24 i następne ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn.zm.) na podstawie art. 244 § 2 k.p.c. stanowi dokument urzędowy.

Podsumowując, w ocenie Sądu Apelacyjnego oczywiście bezzasadne są podniesione w apelacji zarzuty naruszenia prawa procesowego, a w szczególności polegające na zakwestionowaniu ustaleń stanu faktycznego w oparciu o zarzut naruszenia art. 227 k.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. poprzez dowolną i wybiórczą ocenę materiału dowodowego sprawy, w szczególności opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii. Skarżący zarzut ten opierał na dokonanej przez siebie interpretacji tej opinii, która w oczywisty sposób różniła się z treścią tej opinii.

W konsekwencji oparcie zarzutów naruszenia prawa materialnego na bezzasadnych zarzutach naruszenia prawa procesowego, musi prowadzić do jednoznacznych wniosków o oczywiście bezzasadnej apelacji, z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Dlatego też Sąd Apelacyjny orzekł jak w pkt 1 sentencji na mocy art. 385 k.p.c.

O kosztach o kosztach postępowania apelacyjnego pomiędzy stronami orzeczono jak w pkt 2 sentencji według zasady odpowiedzialności za wynik postępowania określonej w art. 98 § 1 k.p.c., w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., a co do wysokości odnośnie zwrotu kosztów zastępstwa, zgodnie z stawkami określonym w § 2 pkt 4 oraz § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 05.11.2015 r. poz. 1804; zm. Dz.U. z 12.10.2016 r. poz. 1667).