

Sygn. akt I 1 C 510/17 upr.

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 kwietnia 2018 r.

Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku I Wydział Cywilny

Sekcja do spraw rozpoznawanych w postępowaniu uproszczonym

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marta Miłośz

Protokolant: Sylwia Jagła

po rozpoznaniu w dniu 13 kwietnia 2018 r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa J. F. (1)

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda J. F. (1) kwotę 2.205 zł (dwa tysiące dwieście pięć złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda J. F. (1) kwotę 100 zł (sto złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt I1 C 510/17 upr.

UZASADNIENIE

Powód J. F. (1) domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Zakładu (...) na życie Spółki Akcyjnej w W. kwoty 2.205 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 lipca 2016 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia zwrotu kosztów postępowania.

Powód w uzasadnieniu pozwu podniósł, że w dniach od 17-11-2014 do 07-12-2014 r. przebywał i był leczony w Oddziale (...) Stacjonarnej (...) w J. przy ul. (...) w J., gdzie został skierowany na konieczną rehabilitację w celu usprawnienia po przebytej w dniu 26 czerwca 2014 r. alloplastyce stawu kolanowego lewego. Powód w tym czasie był objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego w (...) SA. Tym samym zaszło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy stron. Zdaniem powoda, pozwany powinien zgodnie z § 5 ust. 1 w zw. z § 19 ust.1 pkt 14 OWU wypłacić powodowi świadczenie za każdy dzień pobytu w placówce w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie o nr (...) nr deklaracji 267, która na tę okoliczność opiewa na kwotę 21.000 zł (2.100,00 x 0,5% x 21 dni = 2.205 zł).

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania. Pozwany wskazał, że nie zaprzecza, że powód podlega grupowemu ubezpieczeniu, te jednakże nie obejmuje pobytu osoby

ubezpieczonej w placówkach medycznych, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego (§ 19 ust. 2 OWU). Placówka, w której przebywał powód wymogów tych nie spełnia, gdyż zgodnie ze swoim statutem i rejestracją nie udziela on świadczeń w zakresie lecznictwa stricte szpitalnego, a tylko w zakresie leczenia rehabilitacyjnego. (...) w J., zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej otrzymał kod resortowy H..1.4. - przyznawany sanatoriom i uzdrowiskom innym aniżeli szpitale uzdrowiskowe, natomiast szpitale wielospecjalistyczne oznaczone są kodem H..1.1, a zatem są one zakwalifikowane do różnych jednostek klasyfikacyjnych. Nadto, jak wynika z „Karty informacyjnej leczenia szpitalnego”, pobyt powoda w placówce w J. nie wiązał się z leczeniem stricte szpitalnym. Z karty informacyjnej wynika, że powoda poddawano typowym zabiegom rehabilitacyjnym ćwiczenia w wodzie, kąpiele wirowe, pływanie itp., tj. zabiegom, które trudno uznać za leczenie w ścisłym tego słowa znaczeniu.

W sprawie Rzecznik (...) złożył oświadczenie zawierające pogląd istotny dla sprawy. Rzecznik wywodził, że wystarczającą przesłanką legalizmu działalności szpitala byłoby, aby dany podmiot, który nabył status szpitala, tzn. zakładu leczniczego, w którym wykonuje on działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby podmiotu leczniczego (art. 106 ust. 1 pkt 1) ustawy o działalności leczniczej, status ten utrzymywał i widniał w rejestrze, który jest jawny i dostępny na stronie internetowej (...)pl. (...) zawarte w dokumentach stanowiących podstawę do dokonania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą służą klasyfikacji działalności danego podmiotu zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowych zasad ich nadawania wydanego na podstawie art. 105 ust. 5 pkt 1) ustawy o działalności leczniczej. Przepisy w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia w załączniku 1 zawierają podział rodzajów działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, a w załączniku 2 zawierają podział specjalności komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. W ocenie Rzecznika (...), przedmiotowe klasyfikacje powinny mieć decydujące znaczenie dla uznania, czy dany podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, czy też nie. Uznanie to nie miałooby wtedy charakteru uznania obarczonego „dowolnością”, wynikającą z wykładni postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia dokonywanej przez zakład ubezpieczeń, ale miałooby swoje umocowanie normatywne. Rzecznik wskazał na konieczność ustalenia w jakim konkretnie podmiocie leczniczym powód przeszedł rehabilitację, a następnie ustalenie jego charakteru według klasyfikacji ustawowej. Rzecznik zwrócił przy tym uwagę na niestaranną i nieprecyzyjną redakcję wzorca umowy stosowanego przez pozwanego, która to okoliczność nie może obciążać powoda.

W piśmie z 11 stycznia 2017 r. pozwany podniósł, że gdyby powód skorzystał z usług Szpitala (...) z pewnością użyłby tej frazy w pozwie z uwagi na dużo mocniejszy wydźwięk i potencjał perswazyjny słowa „szpital” niż (...). Fakt odbycia rehabilitacji w tym miejscu potwierdza Karta informacyjna dotycząca leczenia w oddziale rehabilitacji stacjonarnej. Chociaż znajdująca się na niej pieczęć może faktycznie być myląca (REGON i NIP należą do (...) Sp. z o.o.) to już treść dokumentu jednoznacznie wskazuje na pobyt w (...). Zdaniem pozwanego, sięganie po definicje ustawowe nie ma uzasadnienia, jeśli pojęcia takie jak „szpital”, „pobyt w szpitalu” i „leczenie szpitalne” zostały szczegółowo wyjaśnione w § 2 ust. 1 OWU. Pozwany dodał, że postanowienia OWU zostały sporządzone w sposób racjonalny i uporządkowany, a ich interpretacja nie powinna sprawiać problemów i być myląca. Pozwany wskazał nadto, że powód przeszedł pierwszą rehabilitację, mającą bezpośredni związek z przebytych urazem w szpitalu (...) Sp. z o.o., a zatem to w tym szpitalu nastąpiła pierwsza rehabilitacja powoda, co uzasadniało odmowę wypłaty odszkodowania.

W piśmie z 9 kwietnia 2018 r. Rzecznik (...) podtrzymał dotychczasowy pogląd w sprawie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód J. F. (2) w dniu 29 lutego 2012 r. na podstawie deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) zawarł z pozwanym (...) Zakładem (...) na życie Spółką Akcyjną w W. umowę ubezpieczenia m.in. na wypadek pobytu w szpitalu, w którym to wypadku suma ubezpieczenia określona została na kwotę 21.000 zł, zaś odszkodowanie za każdy dzień zaistnienia zdarzenia określona na 0,5 % wymienionej sumy ubezpieczenia.

(deklaracja przystąpienia k. 9, deklaracja k. 42-43, Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego (...) na wypadek leczenia szpitalnego k. 14-18,teczka sprawy prowadzona przez pozwanego k. 44-48)

W okresie od 25 czerwca 2014 r. do 1 lipca 2014 r. powód przebywał w C. Podmiocie Lecznicyzmy spółce z.o.o. w G., gdzie przeprowadzono alloplastykę stawu kolanowego lewego powoda, a nadto powód przeszedł rehabilitację z dobrym skutkiem. Powód po zakończonym pobycie w placówce uzyskał skierowanie m.in. do Zakładu (...).

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 8)

W dniach od 17 listopada do 7 grudnia 2014 r. powód przebywał w Oddziale (...) Stacjonarnej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) w J., stanowiącego przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego – (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w J.. Podczas pobytu powód brał udział w ćwiczeniach usprawniających i zabiegach fizykalnych.

(karta informacyjna dotycząca leczenia powoda k. 7, statut podmiotu leczniczego (...) sp. z o.o. k. 12-13, zaświadczenie k. 70)

W dniu 1 lipca 2016 r. powód dokonał zawiadomienia pozwanego o zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

(bezsporne)

Pismem z 13 lipca 2016 r. pozwany odmówił pozwanemu przyznania świadczenia wskazując, że placówka, w której przebywał nie jest przeznaczona do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, a tylko pobyt w takich zakładach opieki zdrowotnej został objęty ochroną ubezpieczeniową.

(pismo pozwanego z 13 lipca 2016 r. k. 10,teczka sprawy prowadzona przez pozwanego k. 44-48)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji, której żadna ze stron nie kwestionowała. Podkreślenia wymaga, że stan faktyczny sprawy był niesporny między stronami, a istota sprawy sprowadzała się do kwalifikacji jednostki, w której powód przebył rehabilitację w kontekście łączącej strony umowy ubezpieczenia.

Pozwany bowiem podnosił, że placówka, za pobyt w której powód domaga się wypłaty odszkodowania, nie jest szpitalem w rozumieniu Ogólnych Warunków i Dodatkowego Grupowego (...) na wypadek leczenia szpitalnego (zwane dalej OWU), a tylko przy takiej kwalifikacji tej jednostki możliwa byłaby wypłata odszkodowania.

W § 2 ust. 1 pkt 4 OWU zawarta jest definicja szpitala, jako zakładu lecznictwa zamkniętego przeznaczonego do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Z kolei leczenie szpitalne zdefiniowano w § 2 ust. 1 pkt 2, jako leczenie stacjonarne stanów nagłych, 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.

Zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 14 OWU, pozwany nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu konieczność którego powstała w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia choroby pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością pozwanego pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego z tą samą chorobą.

W § 2 ust. 1 pkt 3 zdefiniowano pobyt w szpitalu, jako całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni.

W § 19 ust. 2 OWU wyłączono odpowiedzialność pozwanego z tytułu pobytu m.in. w zakładach leczenia uzdrowiskowego, w szczególności sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno – uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 14 oraz w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

Z powyższego, nadto w kontekście niekwestionowania przez pozwanego, wyłania się wnioski, że cel pobytu powoda w badanej placówce, polegający na rehabilitacji - na warunkach przewidzianych w § 19 ust. 1 pkt 14 OWU, które zostaną omówione niżej - nie eliminuje odpowiedzialności pozwanego. Ponadto odpowiedzialność pozwanego obejmuje rehabilitację przebytą w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym, co wprost wynika z § 19 ust. 2 pkt 4 OWU. Koniecznym zatem jest przesądzenie, jak trafnie podnosi pozwany, czy placówka w jakiej przebywał powód jest szpitalem.

Na wstępie zaznaczenia wymaga niekonsekwencja stanowiska pozwanego, który w odpowiedzi na pozew odwołuje się do konieczności klasyfikacji omawianej placówki według ustawowych kodów określających rodzaj świadczonych świadczeń zdrowotnych i podział zakładów, zaś w piśmie z 11 stycznia 2018 r., złożonym w wyniku przedstawienia stanowiska Rzecznika (...), wskazuje na wyczerpujący charakter OWU w tym zakresie, a więc niecelowość odwoływania się do pojęć ustawowych.

Nie można zgodzić się z drugim ze stanowisk pozwanego. Definicja szpitala i leczenia szpitalnego zawartych w OWU mają bardzo ogólny charakter. Co więcej, definicja szpitala zawarta w § 2 ust. 1 pkt 4 OWU odwołuje się do zakładu lecznictwa zamkniętego, którego to pojęcia dalej nie definiuje. W konsekwencji, w oparciu o tak szeroką definicję szpitala niemożliwe jest dokonanie oceny czy jednostka, w której powód przebywał mieści się w definicji wynikającej z OWU. Niezależnie od powyższego wskazać należy, że ustalenie formy organizacyjnej, charakteru działalności, zakresu usług jednostki opieki zdrowotnej wymaga analizy wpisów we właściwym rejestrze. Niewątpliwie nie można poprzestać na odniesieniu się do nazwy jednostki wynikającej z informacji dotyczącej leczenia z 7 grudnia 2014 r.

Pojęcie zakładu leczniczego definiuje art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. – w brzmieniu na chwilę pobytu powoda w jednostce) jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Podmioty lecznicze definiuje z kolei art. 4 ust. 1 ustawy ze względu na formę organizacyjną. Działalność lecznicza jest zaś zdefiniowana w art. 3 pkt 1 i 2 ustawy, jako działalność polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

W art. 103 ustawy przewidziano, że działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. Rejestr taki został utworzony na podstawie art. 106 ust. 1 pkt 1 ustawy i dostępny jest publicznie na stronie internetowej (...)

Na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy wydane zostało dnia 17 maja 2012 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U.2012.594). Zgodnie z § 1 rozporządzenia na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, albo we wniosku o zmianę wpisu w tym rejestrze nadawane są resortowe kody identyfikacyjne. (...) resortowych kodów identyfikacyjnych, składa się z dziesięciu części. Część VI systemu stanowi kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym (§ 7 pkt 1). Kody rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia (§ 7 pkt 3). W załączniku tym przewidziano 3 rodzaje działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym:

1 - stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,

2 - stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,

3 - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Tym samym należało przyjąć, że szpitalem jest jednostka posiadająca kod „1” przewidziany w części VI systemu kodów identyfikacyjnych.

Analiza rejestru na chwilę pobytu powoda w jednostce (na stronie internetowej (...)) - numer księgi rejestrowej (...) doprowadziła do dokonania ustalenia, że powód przebywał w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w J. – Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) w J., a precyzyjniej w jednostce organizacyjnej tego przedsiębiorstwa, tj. na Oddziale (...) Stacjonarnej (...) przy ul. (...) w J., które to dane w pełni odpowiadają pieczęci zamieszczonej na karcie informacyjnej leczenia szpitalnego przedłożonej przez powoda (k. 7). Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w J. – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) w J. posiada zaś kod „1” stanowiący część VI systemu kodów identyfikacyjnych wymienionych w przywołanym rozporządzeniu. Powód przebywał zatem na oddziale szpitala. W świetle treści OWU nie ma natomiast podstaw by odpowiedzialność pozwanego uzależnić od rodzaju oddziału szpitala. Jak wyżej wskazano, odpowiedzialność ta zależna jest jedynie od ustalenia czy ubezpieczony przebywał w szpitalu czy innym zakładzie opieki zdrowotnej. Jak wynika z § 19 ust. 1 pkt 14 oraz ust. 2 pkt 3 OWU ochrona ubezpieczeniowa obejmowała również - na określonych zasadach - zarówno pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, jak i w szpitalu w związku z rehabilitacją. Zatem okoliczność, że oddział służył rehabilitacji nie zwalnia pozwanego z odpowiedzialności.

Skoro zatem powód przebywał na oddziale szpitala koniecznym było przesądzenie, czy pobyt ten wypełniał przesłanki § 19 ust. 1 pkt 14 OWU. Pozwany podniósł w tym zakresie w piśmie z 11 stycznia 2018 r., że przesłanka pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji została wypełniona poprzez pobyt powoda w C. Podmiocie Leczniczym spółce z.o.o. w G. w dniach 25 czerwca – 1 lipca 2014 r. Stanowiska tego Sąd nie podzielił. Jak wynika z brzmienia tej regulacji, przywołane sformułowanie odnosi się do pobytu rozpoczętego nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością pozwanego pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego z tą samą chorobą. Zatem określenie pierwszy pobyt odnosi się do pobytu z wyłączeniem tego związanego z pobytem zakończonym w związku z chorobą. Nieistotnym jest zatem czy pobyt w związku z chorobą obejmował również rehabilitację, albowiem nie jest on w ogóle brany pod uwagę. Skoro pobyt powoda w C. Podmiocie Leczniczym spółce z.o.o. w G. w dniach 25 czerwca – 1 lipca 2014 r. wiązał się z jego chorobą, co jest niekwestionowane przez pozwanego, pierwszym pobytem w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw choroby był pobyt w dniach od 17 listopada do 7 grudnia 2014 r. na Oddziale (...) Stacjonarnej (...).

W konsekwencji, Sąd uwzględnił na podstawie art. 805 i nast. k.c. powództwo co do kwoty głównego roszczenia, której wysokość i sposób wyliczenia nie była kwestionowana przez pozwanego w sprawie, jak również nie budziła wątpliwości Sądu ($21.000 \text{ zł} \times 0,5\% \times 21 \text{ dni} = 2.205 \text{ zł}$).

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., przy czym termin początkowy odsetek ustalono zgodnie z art. 817 § 1 k.c., a więc po upływie 30 dni od daty otrzymania przez pozwanego zawiadomienia o wypadku, mając na uwadze, że pozwany nie kwestionował twierdzeń powoda, że do takiego zgłoszenia doszło 1 lipca 2016 r. W konsekwencji żądanie powoda co do odsetek od wskazanej w pozwie daty do upływu 30 dni podlegało oddaleniu.

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za jego wynik (art. 98 § 1 k.p.c.), mając na uwadze, że oddalenie powództwa w tak nieznacznym zakresie pozwoliło na przyjęcie, że to pozwany jest stroną przegrywającą w całości sprawę (art. 100 k.p.c.). Na koszty podlegające zaś zwrotowi dla powoda składała się opłata od pozwu w wysokości 100 zł.

ZARZĄDZENIE

Dnia 10 maja 2018 r.

1. Odnotować w Repertorium i kontrolce uzasadnień;
2. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego;
3. akta przedłożyć z wpływem lub za 21 dni z z.p.o.

SSR Marta Miłosz