

Sygn. akt I ACa 635/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 listopada 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Artur Kowalewski (spr.)
Sędziowie:	SA Danuta Jezierska SO del. Tomasz Żelazowski
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Stachera

po rozpoznaniu w dniu 14 listopada 2013 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością
w K.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 24 czerwca 2013 r., sygn. akt VI GC 120/12

I. **oddala apelację,**

II. **zasądza od powódki na rzecz pozwanej kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Danuta Jezierska Artur Kowalewski Tomasz Żelazowski

Sygn. akt I ACa 635/13

UZASADNIENIE

Powódka - (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. domagała się od pozwanej Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. zapłaty kwoty 210.043,80 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 sierpnia 2012r. do dnia zapłaty tytułem naprawienia szkody, jaką poniosła z uwagi na wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową

przewidzianą w łączącej strony postępowania umowie dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych przez powódkę (polisa (...) nr (...)).

W uzasadnieniu pozwu wyjaśniła powódka, że z pozwaną łączyła ją umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, z sumą gwarancyjną - 989.312,50 zł., na wszystkie zdarzenia oraz na kwotę 167.283,75 zł na jedno zdarzenie. Twierdziła także powódka, że w okresie ubezpieczenia miało miejsce zdarzenie, objęte ochroną ubezpieczeniową, polegające na popełnieniu przez pacjenta powódki samobójstwa w okresie hospitalizacji w Szpitalu (...) w K. oraz, że toku prowadzonego sądowego postępowania cywilnego przyznano rodzinie zmarłego odszkodowanie w łącznej wysokości 360.000,00 zł. Na skutek wszczętego na wniosek powódki przez pozwaną postępowania likwidacyjnego w ramach posiadanego ubezpieczenia, pozwana wypłaciła powódce odszkodowanie z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w wysokości 167.283,75zł . Powódka twierdziła ponadto, że w dniu 1 lutego 2008r. zawarła z pozwaną umowę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych, z sumą gwarancyjną - 200.000,00 zł za jedno i wszystkie zdarzenia. Poniesioną szkodę powódka zgłosiła do likwidacji także w ramach ubezpieczenia dobrowolnego o.c., jednakże pozwana odmówiła wypłaty odszkodowania twierdząc, że szkoda nie jest tym ubezpieczeniem objęta.

Nakazem zapłaty z 4.09.2012 r. wydanym w postępowaniu upominawczym Sąd Okręgowy w Koszalinie orzekł zgodnie z żądaniem powódki.

W sprzeciwie od nakazu zapłaty pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Pozwana zarzuciła, że wypłacona powódce tytułem odszkodowania kwota 167.283,75 zł wyczerpała sumę gwarancyjną obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwana przyznała, że strony łączyła również umowa dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, niemniej w jej ocenie brak było podstaw do wypłaty reszty żądanej przez powódkę tytułem odszkodowania kwoty w oparciu o tę umowę. Wedle pozwanej z treści z § 5 ust. 3 ogólnych warunków dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych (dalej: „owu”) wynika wprost, że ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń za szkody, które mogą być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powódki. W świetle ww. postanowienia owu, wedle pozwanego - skoro podstawą zgłoszonego przez powódkę roszczenia odszkodowawczego było udzielenie przez nią świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta P. B., które były refundowane w ramach NFZ - odpowiedzialność ubezpieczyciela winna być rozpatrywana wyłącznie w oparciu o umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Wyrokiem z dnia 24 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie oddalił powództwo zasądzając na rzecz strony pozwanej - Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. od strony powodowej - (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w K. kwotę 7.217 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd oparł na następujących ustaleniach i wnioskach:

(...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. prowadzi działalność leczniczą, jako specjalistyczny zakład psychiatryczny w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Spółka prowadzi działalność w postaci Szpitala (...) w K. oraz Zakładu (...) w K..

Ustalił Sąd, że w dniu 1 lutego 2008r. powódka zawarła z Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej bowiem obowiązek taki wynikał z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, na okres od 1 lutego 2008r. do 31 stycznia 2009r. Suma gwarancyjna ustalona w umowie określona została na kwotę 989.312,50 zł na wszystkie zdarzenia i 167.283,75 zł na jedno zdarzenie. W dniu 1 lutego 2008r. powódka zawarła także z Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W., umowę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z okresem ubezpieczenia

od 1 lutego 2008r. do 31 stycznia 2009r. Wedle polisy potwierdzającej zawarcie umowy przedmiotem ubezpieczenia była - „odpowiedzialność cywilna najemcy oraz - odpowiedzialność cywilna za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy i pod dozorem lub kontrolą ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia rozszerzono o przeniesienia chorób zakaźnych w tym HIV, wewnętrznych, przenoszenie zakażeń pokarmowych, OC pracodawców, OC podwykonawców. Sumę gwarancyjną ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej ustalono na kwotę 200.000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia.

Podał Sąd, że integralną część umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej stanowiły Ogólne Warunki Dobrowolnego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej z tytułu Wykonywania Świadczeń Zdrowotnych przez Zakład Opieki Zdrowotnej przyjęte na mocy uchwały zarządu (...) S.A. nr (...) z 12.12.2007 r.

Ochroną ubezpieczeniową w ramach dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych przez zakład opieki zdrowotnej nie były objęte roszczenia za szkody, które mogły być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W dniu 19 stycznia 2009r. na Oddział Psychiatryczny Szpitala (...) w K. przyjęto pacjenta P. B., któremu udzielane były świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. W dniu 20 stycznia 2009r. doszło do samobójstwa pacjenta P. B.. Rodzina zmarłego pacjenta wystąpiła przeciwko powódce z roszczeniami odszkodowawczym. Wówczas powódka poinformowała pozwaną o zgłoszeniu roszczeń cywilnych przez rodzinę zmarłego. Towarzystwo (...) S.A. w W. rozpoczęło postępowanie likwidacyjne zgłoszonej szkody z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, potwierdzonej polisą (...) nr (...). W dniu 2 marca 2010r. pozwana przesłała powódce ofertę dotyczącą klauzuli nadwyżkowej do umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (Klauzula N1), stosownie do której rozszerzeniu uległby zakres ubezpieczenia o szkody powstałe ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń – które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego (tzw. ubezpieczenie nadwyżkowe). Powódka nie przyjęła powyższej oferty.

Wyrokiem z dnia 24 czerwca 2011r. Sąd Okręgowy w Koszalinie w sprawie sygn. I C 621/09 zasądził od pozwanego (...) sp. o.o. w K. na rzecz każdego z powodów M. B., N. B., E. B. (1) i E. B. (2) po 20.000 zł z ustawowymi odsetkami do dnia 16 listopada 2009r. do dnia zapłaty oraz zasądził od pozwanego na rzecz N. B., E. B. (1) i E. B. (2) z tytułu renty odszkodowawczej po 80 zł miesięcznie poczynając od grudnia 2009r., płatne z góry do 10. każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w zapłacie, oddalając powództwo w pozostałej części i rozstrzygając o kosztach procesu. Od powyższego orzeczenia apelacje wywiodły obie strony postępowania. Ostatecznie wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 23 stycznia 2011r. w sprawie I ACa 591/11 zmieniono zaskarżone orzeczenie i zasądzono od pozwanego (...) sp. z o.o. w K. na rzecz powodów M. B., E. B. (1), E. B. (2) kwoty po 100.000 zł, a na rzecz N. B. kwotę 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 16 listopada 2009r. do dnia zapłaty oraz tytułem renty odszkodowawczej zasądzono od pozwanego na rzecz powodów E. B. (1) i E. B. (2) kwoty po 300 zł miesięcznie, a na rzecz N. B. kwotę 200 zł miesięcznie, poczynając od grudnia 2009r., płatne z góry do 10. dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności którejkolwiek raty, oddalając apelację powodów w pozostałej części, a apelację pozwanego w całości.

Następnie ustalił Sąd, że powódka, z uwagi na prawomocne zakończenie postępowania sądowego z powództwa M. B., N. B., E. B. (1) i E. B. (2) przeciwko (...) sp. z o.o. w W., wystąpiła do pozwanego ubezpieczyciela o likwidację szkody. Towarzystwo (...) S.A. w W. zgodnie z zawartą umową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, potwierdzoną polisą (...) nr (...), wypłaciło powódce odszkodowanie w kwocie 167.283,75 zł, wskazując, iż kwota ta wyczerpała sumę gwarancyjną „za jedno zdarzenie”.

Powódka wówczas zgłosiła szkodę do likwidacji na podstawie umowy ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej potwierdzonej polisą (...) nr (...). Pozwane Towarzystwo (...) odmówiło wypłaty odszkodowania zarzucając, że ochrona ubezpieczeniowa z dobrowolnego o.c. nie obejmuje roszczeń za szkody, które nie mogą być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a zatem w tej sytuacji wyłączona jest możliwość naprawienia szkody z umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W oparciu o tak poczynione ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał, że powództwo jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu.

Było okolicznością niesporną, iż w dniu 1 lutego 2008r. doszło do zawarcia między powódką a pozwaną - Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W., umowy zarówno obowiązkowego ubezpieczenia jak i dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, z okresem ubezpieczenia począwszy od 1 lutego 2008r. do 31 stycznia 2009r. potwierdzonej odpowiednio polisami (...) nr (...) oraz (...nr (...). Bezsporne było także między stronami, że śmierć pacjenta będąca zdarzeniem objętym odpowiedzialnością cywilną powódki miała miejsce w okresie objętym ubezpieczeniem o.c. zarówno obowiązkowym jak i dobrowolnym oraz, że pozwane Towarzystwo (...) wypłaciło powódce odszkodowanie w wysokości 167.283,75 zł z obowiązkowego ubezpieczenia o.c., która to kwota nie pokryła w całości kwoty odszkodowania zapłaconego przez powódkę rodzinie zmarłego. Zdaniem bowiem powódki skoro, z uwagi na wysokość sumy gwarancyjnej w ramach umowy ubezpieczenia obowiązkowego OC, nie pozwoliło ono na pokrycie poniesionej przez nią szkody w całości, to przysługuje jej dalsza ochrona w ramach umowy ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej łączącej ją z pozwaną. Sąd Okręgowy, podobnie jak pozwana, uznał stanowisko powódki za nieuprawnione w oparciu o treść § 5 ust. 3 owu, z którego wynika, że ochrona ubezpieczeniowa w ramach dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie obejmuje roszczeń za szkody, które mogły być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Wskazał Sąd, iż zgodnie z treścią art. 805 § 1 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. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązującą - ubezpieczający opłaca składkę w zamian za ochronę ubezpieczeniową, ubezpieczyciel zaś w celu zwolnienia się ze zobowiązania wypłaca świadczenie. Zgodnie z art. 805 § 2 k.c. świadczenie ubezpieczyciela z ubezpieczenia majątkowego polega w szczególności na zapłacie określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie zdarzenia losowego. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej regulują ogólne przepisy działu II tytułu XXVII Kodeksu cywilnego oraz przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych [Dz.U.2013.392 ze zm.]. Stosowanie do treści art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. Strony mogą również postanowić, że umowa będzie obejmować szkody powstałe, ujawnione lub zgłoszone w okresie ubezpieczenia (§ 3).

Wyjaśnił Sąd, że rozróżnia się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obowiązkowe i dobrowolne. Ubezpieczeniem obowiązkowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu lub ubezpieczenie mienia, jeżeli ustawa lub ratyfikowana przez R.P. umowa międzynarodowa nakłada obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia wedle art. 3 ust. 1 cyt. ustawy z dnia 22 maja 2003r. o ubezpieczeniach obowiązkowych. Ubezpieczeniami obowiązkowymi są między innymi ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia, do których między innymi należało obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli

Komunikacyjnych w zw. z art. 136 b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu obowiązującym przed wejściem w życie jednolitego tekstu ustawy opublikowanego w dniu 11 września 2008r., aktualnie chodzi o obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej).

W ocenie Sądu Okręgowego celem ustawodawcy przy wprowadzeniu systemu obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej była ochrona interesów poszkodowanych pacjentów w przypadku szkód wyrządzonych, podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych wykonywanych na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ochrona ubezpieczeniowa przewidziana obowiązkowym ubezpieczeniem OC obejmowała swoim zakresem odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu (wykonywaniu) przez świadczeniodawcę zakontraktowanych usług zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia, czyli finansowych ze środków publicznych (art. 132 w zw. z art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Warunki ubezpieczenia, w tym sumy gwarancyjne, są jednakowe dla każdego zakładu ubezpieczeń, gdyż są narzucone treścią rozporządzenia Ministra Finansów, bez możliwości ograniczenia zakresu ubezpieczenia.

Wyjaśnił Sąd, że podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej mogły również zawrzeć dobrowolne umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zasadą jest, że wszystkie rodzaje ubezpieczeń, poza ubezpieczeniami wymienionymi w ustawie z dnia 22 maja 2003r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, mają charakter ubezpieczeń dobrowolnych. Podał Sąd, że ich fakultatywność polega na tym, że strony, w granicach przyznanej im swobody, decydują o powstaniu stosunku ubezpieczenia oraz jego treści. Ubezpieczony sam decyduje, jaką sumę gwarancyjną wykupi i na jaki zakres ubezpieczenia się zdecyduje. Większość dobrowolnych umów ubezpieczenia zawiera ochronę za szkody wynikające z rażącego niedbalstwa bez prawa regresu zakładu ubezpieczeń do sprawcy szkody. Podał Sąd, że praktycznie każde z ubezpieczeń dobrowolnych zawiera wyłączenie odpowiedzialności za szkody objęte systemem umów ubezpieczeń obowiązkowych. W ocenie Sądu wiosek jaki stąd wypływa jest taki, że dobrowolnym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej nie można zastąpić obowiązkowego ubezpieczenia. Ubezpieczenia dobrowolne są stosowane w zakresie szkód nie objętych obowiązkowym ubezpieczeniem, jako uzupełnienie ochrony ubezpieczeniowej, np. w zakresie szkód wynikających z zabiegów kosmetycznych, szkód osobowych wynikających z posiadanego mienia oraz szkód rzeczowych. Dodatkową funkcją ubezpieczeń dobrowolnych jest możliwość podwyższenie sumy gwarancyjnej ponad minimum określone przez ustawodawcę – tzw. ubezpieczenie nadwyżkowe. Przypomniał Sąd, że do chwili wejścia w życie nowej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej tj. do dnia 1 lipca 2011r., która to ustawa uchyliła ustawę z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, w systemie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej funkcjonowały trzy obowiązkowe ubezpieczenia OC i jedno dobrowolne:

- obowiązkowe OC świadczeniodawcy NFZ. Zakres udzielanej ochrony dotyczył wyłącznie szkód osobowych powstałych podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z NFZ,
- obowiązkowe OC przyjmującego zamówienie. Obowiązek zawarcia ww. ubezpieczenia miały wyłącznie te zakłady opieki i lekarze, którzy przyjęli zamówienie na udzielanie świadczeń: od ministra lub centralnego organu administracji rządowej, lub wojewody lub jednostki samorządu terytorialnego, lub państwowej uczelni medycznej, lub publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zakres udzielanej ochrony dotyczył wyłącznie szkód osobowych podczas realizacji świadczeń zamówionych przez ww. podmioty,
- obowiązkowe OC lekarza i lekarza dentystry. Obowiązek zawarcia umowy dotyczył każdego lekarza, który wykonywał zawód w dowolnej formie: praktyk lekarskich (indywidualnych czy grupowych), pracował na podstawie umów cywilnoprawnych (zlecenia), a także, jeżeli wykonywał zawód w własnym zakładzie opieki zdrowotnej. Obowiązek nie dotyczył jedynie osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę,
- dobrowolne ubezpieczenie OC – oparte na warunkach danego ubezpieczyciela.

Wszystkie ubezpieczenia obowiązkowe działały rozłącznie i selektywnie na określony rodzaj świadczeń, miały różne sumy gwarancyjne. Zakłady opieki zdrowotnej, które realizowały świadczenia poza umowami (np. poza umową z NFZ), tzw. świadczenia komercyjne (płatne bezpośrednio przez pacjenta), nie miały obowiązku zawierania żadnego ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone podczas udzielania tych świadczeń. Szkody tego typu były obejmowane ochroną w ramach dobrowolnego ubezpieczenia.

Wyjaśnił też Sąd, że z dniem 1 lipca 2011r. weszła w życie nowa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, która m.in. od 1 stycznia 2012 r. wprowadziła nowy system obowiązkowych ubezpieczeń, który ujedynolili zakres ochrony i sumy gwarancyjne i zniósł wielość ubezpieczeń. Nowy system obowiązkowych umów ubezpieczenia dla podmiotów leczniczych składa się z dwóch rodzajów ubezpieczeń:

- obowiązkowe OC podmiotu leczniczego – opartego na warunkach Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729),
- na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

Dobrowolne zaś ubezpieczenia po 1 stycznia 2012 r., funkcjonują podobnie jak przez tą datą. Nadal stanowią one uzupełnienie ochrony ubezpieczeniowej i dzielą się na dwa rodzaje: OC medyczne i OC ogólne. Dobrowolne OC medyczne uzupełnia ochronę o szkody związane ze świadczeniem zdrowotnym, np. szkody nieobjęte obowiązkowym ubezpieczeniem, wynikające z zabiegów w celach strictly kosmetycznych [niewynikających z urazu lub choroby], nadwyżkę do obowiązkowego ubezpieczenia [dodatkowa suma gwarancyjna] oraz niekiedy szkody rzeczowe np. poplamienie odzieży pacjenta podczas leczenia. OC ogólne w zakresie szkód niezwiązanych z udzielanym świadczeniem zdrowotnym uzupełnia ochronę o odpowiedzialność związaną z posiadaniem mienia w tym nieruchomości, np.: poślizgnięcie się pacjenta na mokrej podłodze, zalanie sąsiadów w lokalu poniżej, przeniesie ognia na inną lokalizację, odpowiedzialność najemcy ruchomości i nieruchomości, odpowiedzialność pracodawcy za wypadki przy pracy, itp., itd. Dodatkowym nietypowym ryzykiem jest odpowiedzialność cywilna wynajmującego pomieszczenia w tym gabinety wraz z sprzętem medycznym.

Powracając do meritum sprawy wskazał Sąd, że powódka w toku postępowania twierdziła, że ochroną ubezpieczeniową przewidzianą zawartą przez nią z pozwanym umową dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej objęte były te wszystkie zdarzenia, których wysokość szkody poniesionej przez powódkę przekroczyła sumę gwarancyjną przewidzianą w umowie obowiązkowego ubezpieczenia jej jako świadczeniodawcy. Zgodnie z rozkładem ciężaru dowodu [art. 6 k.c.] na powódce spoczywał w niniejszym procesie ciężar udowodnienia tego twierdzenia, skoro wywodziła z niego korzystne dla siebie skutki prawne. Zdaniem jednak Sądu powódka nie wykazała skutecznie podnoszonych okoliczności. Wedle Sądu stanowisko powódki nie znajduje potwierdzenia w przedstawionej przez nią jako dowód umowie dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W pierwszej kolejności powołał się Sąd na istotę (funkcję) i treść samej umowy dobrowolnego ubezpieczenia potwierdzonej polisą (...) nr (...). Przed wejściem w życie nowego systemu ubezpieczeń podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, dobrowolne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedmiotowo dotyczyły zdarzeń losowych, które nie podlegały ubezpieczeniu obowiązkowemu OC i stanowiły uzupełnienie tej ochrony ubezpieczeniowej, np. o odpowiedzialność cywilną za szkody w nieruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, odpowiedzialność cywilną za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą ubezpieczonego, czy odpowiedzialność cywilną za szkody na osobie wyrządzone w związku z wykonywaniem tzw. „komercyjnych” – płatnych bezpośrednio przez pacjenta – świadczeń zdrowotnych. Obowiązkowe ubezpieczenie OC obejmowało swoją ochroną jedynie likwidację szkód osobowych powstałych podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a zatem przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Co do zasady umowy obowiązkowego i dodatkowego ubezpieczenia OC działały zatem rozłącznie i obejmowały różny zakres przedmiotowy ochrony ubezpieczeniowej.

Powyższe znalazło odzwierciedlenie w treści posiadanej przez powódkę umowy dobrowolnego ubezpieczenia OC, potwierdzonej polisą (...) nr (...). W polisie tej, w rubryce przedmiot ubezpieczenia w sposób jednoznaczny wskazano, że umowa obejmuje „... odpowiedzialność cywilną najemcy, o.c. za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy i pod dozorem lub kontrolą ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia rozszerzono ponadto o przeniesienia chorób zakaźnych w tym HIV, wewnętrznych, przenoszenie zakażeń pokarmowych, OC pracodawców, OC podwykonawców”. Powyższy zapis w treści polisy ubezpieczeniowej koresponduje z treścią § 3 ust. 2-4 ogólnych warunków dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych przez zakład opieki zdrowotnej w myśl których – ochrona ubezpieczeniowa rozciąga się także na odpowiedzialność cywilną osób objętych ubezpieczeniem w ramach ustawowej odpowiedzialności cywilnej (§ 3.1.) za szkody w nieruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich służących wyłącznie do wykonywania zawodu; odpowiedzialność cywilną za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy, pod dozorem lub kontrolą osób objętych ubezpieczeniem oraz dodatkowo odpowiedzialność cywilna osób za szkody wyrządzone osobom zatrudnionym przez osoby ubezpieczone. Jednocześnie w § 5 ust.3 owu w sposób jednoznaczny wskazano, że ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń za szkody, które mogą być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC oraz, że z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są jakiegokolwiek roszczenia wynikające z poszerzenia w drodze umowy lub innych ustaleń, zakresu ustawowej odpowiedzialności cywilnej osób objętych ubezpieczeniem. Pozwana przy tym udzieliła ochrony ubezpieczeniowej powódcie na zasadzie roszczeń zgłoszonych (definicja § 4 ust. 1 a owu) po raz pierwszy na piśmie w okresie trwania umowy ubezpieczenia, która kontynuowała ochronę na zasadzie roszczeń zgłoszonych w (...) S.A.

Sąd Okręgowy wskazał, że z treści umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej pomiędzy stronami postępowania wg polisy (...) nr (...) wynika, że zakresem ubezpieczenia objęte było obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007r. – kontrakt z NFZ. Ochrona ubezpieczeniowa przewidziana obowiązkowym ubezpieczeniem OC obejmowała swym zakresem szkody wyrządzone przy udzielaniu [wykonywaniu] przez powódkę zakontraktowanych usług zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia, a więc finansowanych ze środków publicznych. Nie mogło być zatem mowy o tym, iż zakres przedmiotowy obu umów był jak twierdziła powódka i osoby ją reprezentujące w procesie tożsame. Analiza treści polisy ubezpieczeniowej dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i powołanych wyżej zapisów w treści owu tego ubezpieczenia, wbrew twierdzeniu powódki, nie uzasadnia jej twierdzenia, że w przypadku jeśli wysokość żądanego od powódki przez osobę trzecią odszkodowania przekroczy wartość sumy gwarancyjnej z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (jak w rozpatrywanej sprawie), to wówczas resztę żądanego od powódki przez osobę trzecią odszkodowania, winno pokryć pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe z umowy dobrowolnego ubezpieczenia OC. Taka wykładnia i rozumienie treści § 5 ust.3 owu pozostaje, o czym była mowa wyżej, w sprzeczności z zakresem przedmiotowym ubezpieczenia dobrowolnego OC, wynikającym z literalnej treści polisy. Ponadto taka interpretacja stoi w sprzeczności z funkcją, jaka z woli ustawodawcy, w okresie zaistnienia spornego zdarzenia objętego ubezpieczeniem – styczeń 2009 r., przypisana była obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniom odpowiedzialności cywilnej. Na marginesie podniósł Sąd, że gdyby przyjąć koncepcję powódki to konsekwentnie winno funkcjonować tylko jedno ubezpieczenie, które obejmowałoby swoim zakresem wszystkie możliwe zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową, bez podziału na szkody wyrządzone przez świadczeniodawcę przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, oraz wyrządzone przy świadczeniu usług komercyjnych, a nie dwa rozłączne ubezpieczenia na określony rodzaj świadczeń czy zdarzeń. Ze stanowiskiem prezentowanym w sprawie przez pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe korespondują zeznania świadka pozwanego - Z. B. (1). Wedle tego świadka, obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadane przez powódkę obejmowało tylko taki zakres przedmiotowy jaki wpisany był w kontrakcie powódki z NFZ. Szkody zaś doznane przez pacjentów podczas realizacji świadczeń zdrowotnych poza umowami z NFZ, tzw. świadczenia komercyjne – płatne bezpośrednio przez pacjenta – pokrywane były z dobrowolnego ubezpieczenia OC. Zauważył też Sąd, że dodatkową funkcją ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej była możliwość podwyższenia sumy gwarancyjnej ponad minimum określone przez ustawodawcę dla umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia

odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej – obowiązującego w dacie zawierania obowiązkowej umowy OC – tzw. ubezpieczenie nadwyżkowe. Istota tzw. klauzuli „nadwyżkowej” znosiła w rzeczywistości obowiązujące w dobrowolnej umowie ubezpieczenia OC wyłączenie odpowiedzialności „za szkody mogące być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC i zapewniało dodatkową sumę gwarancyjną dla obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego świadczenia zdrowotne. Świadek Z. B. (2) zeznała, iż na wniosek powódki złożyła jej ofertę (klauzula N1) obejmującą podwyższenie sumy gwarancyjnej ustalone dla posiadanego przez powódkę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Powódka z oferty nie skorzystała, bo na przeszkodzie stanęły względy finansowe. Wedle Sądu, fakt przedstawienia przez pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe powódce, na jej wniosek, oferty w postaci klauzuli nadwyżkowej, ujawnił sprzeczność w postępowaniu i twierdzeniach reprezentantów powódki, którzy z jednej strony wskazywali, że zakres przedmiotowy umów obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartych z pozwanym był wedle nich tożsamy choć literalna treść polis temu przeczy, z drugiej zaś strony powódka (w osobie jej reprezentantów) twierdziła, iż w momencie zgłoszenia roszczeń cywilnych przez rodzinę zmarłego pacjenta, przypuszczała, że suma gwarancyjna przewidziana umową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może okazać się niewystarczająca dla ich pokrycia w całości i na tej podstawie zwróciła się do strony pozwanej z zapytaniem o możliwość podwyższenia sumy gwarancyjnej. W ocenie Sądu Okręgowego, gdyby za wiarygodne uznać twierdzenie powódki, że była przekonana, iż jeśli szkoda powstała w wyniku zdarzenia objętego obowiązkowym ubezpieczeniem OC będzie przewyższać sumę gwarancyjną z tego ubezpieczenia to wówczas - jak twierdziła - „uruchomiona” zostanie odpowiedzialność z umowy dobrowolnego ubezpieczenia OC, to oczywiście wydaje się, że w takiej sytuacji powódka nie zwracałaby się do pozwanej z wnioskiem o rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej na sumę gwarancyjną stanowiącą nadwyżkę ponad sumę gwarancyjną wynikającą z zawartej z pozwaną umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy. Fakt wystąpienia przez powódkę do pozwanej o przedstawienie możliwości szerszej ochrony ubezpieczeniowej z obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczy zdaniem Sądu, wbrew temu co powódka aktualnie twierdzi, iż nie miała ona wątpliwości co do tego, że zakres przedmiotowy ubezpieczeń OC - obowiązkowego i dobrowolnego nie jest tożsamy, a w konsekwencji uprawniona w ocenie Sądu jest konstatacja, że powódka wiedziała, iż nie będzie mogła skorzystać z sumy gwarancyjnej przewidzianej umową dobrowolnego ubezpieczenia OC w przypadku roszczeń za szkody, które mogły być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Sąd zwrócił uwagę na zapis zawarty w § 5 ust 4 owu, wedle którego nawet jeśli powódka podjęła próbę rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej objętej obowiązkowym ubezpieczeniem OC, to i tak nie mogłaby ona odnieść zamierzonego przez powódkę skutku bowiem przepis ten wyłącza z zakresu ochrony ubezpieczeniowej z dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej „... wszelkie roszczenia , wynikające z poszerzenia w drodze umowy lub innych ustaleń, zakresu ustawowej odpowiedzialności cywilnej osób objętych ubezpieczeniem...”.

Sąd Okręgowy przyjął w konsekwencji, iż szkoda jaką powódka poniosła w związku ze zdarzeniem objętym odpowiedzialnością jej odpowiedzialnością cywilną a konkretnie - śmiercią pacjenta, któremu powódka udzielała świadczeń medycznych zakontraktowanych w NFZ, objęta była ochroną ubezpieczeniową w ramach posiadanej przez powódkę umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wg polisy (...) nr (...). Pozwana spółka wypłaciła należne powódce odszkodowanie do wysokości 167.283,75 zł, wyczerpując tym samym sumę gwarancyjną ustaloną w treści polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC na jedno zdarzenie. Z chwilą zaś wyczerpania sumy gwarancyjnej skończyła się ochrona ubezpieczeniowa pozwanej spółki w ramach wskazanego ubezpieczenia. Brak było natomiast podstaw do likwidacji powstałej szkody w ramach umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych wg polisy (...) nr (...), albowiem przewidziana tą umową ochrona ubezpieczeniowa nie obejmowała szkód powstałych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli objętych obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania oparto na treści art. 98 k.p.c.

Powyższe orzeczenie zaskarżyła w całości apelacją powódka, zarzucając:

1. obrażę prawa procesowego poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów tj. art. 233 § 1 k.p.c. oraz sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zabranych w sprawie dowodów tj. art. 316 § 1 k.p.c. polegającą na:

-przyjęciu, iż przedmiotem umowy dobrowolnego ubezpieczenia OC jest odpowiedzialność cywilna najemcy, OC za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy i pod dozorem lub kontrolą ubezpieczonego, kiedy poza sporem pozostawało, iż w ramach tej umowy pozwana świadczyła ochronę ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej za świadczenie usług zdrowotnych;

-przyjęciu, iż dokumenty (k. 191 - 193) mają świadczyć o wiedzy powódki co do tego, iż umowa dobrowolnego ubezpieczenia OC nie obejmowała świadczeń objętych powództwem, kiedy z treści dokumentów (dopuszczonych przez Sąd I instancji z naruszeniem przepisu art. 217 § 2 k.p.c.) nie wynika, aby zostały sporządzone na zlecenie powódki jak również nie wynika, aby powódka kiedykolwiek je otrzymała i się z nimi zapoznała,

2. obrażę przepisu art. 217 § 2 k.p.c. poprzez jego naruszenie polegające na zaliczeniu w poczet materiału dowodowego sprekludowanych dowodów (k. 191-193) oraz sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zabranych w sprawie dowodów tj. art. 316 § 1 k.p.c. polegające na:

- ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego na dowodach, które zostały zgłoszone z naruszeniem przepisu art. 217 § 2 k.p.c., bez podania uzasadnienia zarówno ze strony pozwanej jak i Sądu, w konsekwencji czego (pomimo zarzutów merytorycznych) na ich podstawie odmówiono wiarygodności zeznaniom reprezentantów powodów co do okoliczności związanych z podwyższeniem sumy ubezpieczeniowej w 2010 roku.

3. naruszenie art. 98 k.p.c. i art. 100 k.p.c. poprzez zasądzenie na rzecz pozwanej kosztów procesu.

W oparciu o powyższe zarzuty powódka wniosła o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kwotę 210.043,80 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 16 sierpnia 2012r. do dnia zapłaty; zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki zwrot kosztów postępowania za I instancję w wysokości 17.720 zł, a nadto o zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania przed Sądem II instancji wg norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwana postulowała o jej oddalenie oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania za instancję odwoławczą, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki okazała się niezasadna.

Na wstępie wyjaśnić należy, że zgodnie z art. 378 § 1 k.p.c. Sąd rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jedynie z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Powinność rozpoznania sprawy w granicach apelacji oznacza, między innymi, nakaz wzięcia pod uwagę, rozważenia i oceny wszystkich podniesionych w apelacji zarzutów i wniosków. Sąd odwoławczy rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest jednakże związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego. Oznacza to, że bez względu na stanowisko stron oraz zakres zarzutów - powinien zastosować właściwe przepisy prawa materialnego, a więc także usunąć ewentualne błędy prawne sądu pierwszej instancji, niezależnie od tego, czy zostały one wytknięte w apelacji. Dla postępowania apelacyjnego znaczenie wiążące mają natomiast tylko takie uchybienia prawu procesowemu, które zostały przedstawione w apelacji i nie są wyłączone spod jego kontroli na podstawie przepisu szczególnego (por. art. 380 k.p.c.). Sąd odwoławczy rozstrzyga bowiem o zasadności roszczenia zgłoszonego w pozwie oraz o zasadności zarzutów zgłoszonych w apelacji. Skarżąca nie zarzuciła nieważności postępowania, a Sąd odwoławczy z urzędu jej nie stwierdził.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy i - w dalszej kolejności - dokonał właściwej jego oceny. W konsekwencji ustalił stan faktyczny odpowiadający

treści dowodów, stąd też Sąd Apelacyjny przyjął go za własny, bez potrzeby powielania przedstawionej w tym zakresie argumentacji. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83).

Syntetyzując treść apelacji wskazać należy, że powódka sformułowała zarzuty naruszenia prawa procesowego w postaci: art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 316 k.p.c., poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranych w sprawie dowodów, dokonania oceny dowodów sprekludowanych - zebranych z naruszeniem przepisów art. 217 § 2 k.p.c. - oraz naruszenie przepisów art. 98 k.p.c. i art. 100 k.p.c. poprzez zasądzenie na rzecz pozwanej kosztów postępowania.

Tak sformułowane zarzuty nie mogły doprowadzić do zmiany rozstrzygnięcia w rozpoznawanej sprawie w kierunku oczekiwanym przez powódkę. Pierwszorzędnie należy wyjaśnić powódce, że utraciła ona prawo do powoływania zarzutów odnoszących się do przeprowadzenia dowodów z wydruków korespondencji elektronicznej, znajdujących się na k. 191-193 akt, z uwagi na treść art. 162 k.p.c. Zachowanie uprawnienia do powoływania się na uchybienia przepisom postępowania, z wyjątkiem przewidzianym w art. 162 zd. 2 k.p.c. wymaga - poza dochowaniem terminu zgłoszenia zastrzeżenia - wskazania spostrzeżonego przez stronę uchybienia z przytoczeniem naruszonych przepisów postępowania wraz z wnioskiem o wpisanie tak sformułowanego zastrzeżenia do protokołu. Niezgłoszenie zastrzeżenia powoduje utratę możliwości podnoszenia zarzutów, odwołujących się do tego rodzaju naruszenia. Konsekwencją powyższego jest przyjęcie, iż strona nie może skutecznie zarzucać w apelacji uchybienia przez sąd pierwszej instancji przepisom postępowania, polegającego na wydaniu postanowienia, które może być zmienione lub uchylone stosownie do okoliczności, jeżeli nie zwróciła uwagi sądu na to uchybienie w toku posiedzenia, a w razie nieobecności - na najbliższym posiedzeniu, chyba że niezgłoszenie zastrzeżenia nastąpiło bez jej winy. Celem regulacji z art. 162 k.p.c. jest pobudzenie inicjatywy stron w doprowadzeniu do szybkiego usunięcia dostrzeżonych przez nie naruszeń przepisów postępowania i umożliwienie sądowi niezwłocznego naprawienia błędu. Cel art. 162 k.p.c. byłby trudny do osiągnięcia przy założeniu, że strona, która we właściwym czasie nie zgłosiła odpowiedniego zastrzeżenia, może powoływać się na uchybienia procesowe w środku zaskarżenia. Jak słusznie wskazał Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 26 marca 2013 r. w sprawie o sygn. akt I ACa 19/13 (LEX nr 1307388) postanowienie dowodowe ma tę naturę, że może być zmienione, dlatego w pełni dotyczy go regulacja z art. 162 k.p.c. W przepisie tym chodzi wszakże o rozstrzygnięcia dowodowe zarówno negatywne (oddalające), jak też pozytywne (dopuszczające).

Na gruncie niniejszej sprawy skoro zastrzeżenia do protokołu rozprawy z dnia 18 marca 2013 r., na której dowody te przeprowadzono, pełnomocnik powódki nie zgłosił - w każdym razie zapisu o zgłoszeniu nie ma w treści protokołu rozprawy, który stanowi miarodajne dla sądu odwoławczego odzwierciedlenie jej przebiegu - to tym samym oczywisty jest wniosek, że powódka utraciła prawo do kwestionowania prawidłowości postanowienia o dopuszczeniu tych dowodów (k.197). Tym samym zarzut sformułowany w punkcie 2. apelacji tj. naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. nie mógł zostać poddany ocenie. Marginalnie jedynie można wskazać powódce, że nawet przy dopuszczalności merytorycznej oceny zarzutu naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. i tak okazałby się on niezasadny, a to wobec braku sprzeczności postanowienia dowodowego Sądu Okręgowego z treścią tego przepisu. Nie można podzielić stanowiska powódki, iż dowody te zostały przedstawione jedynie dla zwłoki postępowania, a Sąd I instancji z naruszeniem zasady dyskrecjonalnej władzy sędziego dowody te dopuścił. Zgodnie z art. 217 § 2 k.p.c., pominięcie nawet spóźnionych dowodów nie jest możliwe, jeżeli ich przeprowadzenie nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy. W realiach niniejszej sprawy nie wydaje się zaś wymagać pogłębionych wyjaśnień oczywisty wniosek, że przeprowadzenie tych dowodów, zrealizowane na i tak zaplanowanej rozprawie, w żaden sposób nie wpłynęło na przedłużenia postępowania w jakikolwiek sposób.

Niezrozumiały jest zarzut sprzeczności ustaleń Sądu z treścią zebranego materiału dowodowego, co miałyby przejawiać się w naruszeniu art. 316 § 1 k.p.c., bowiem zakres znaczeniowy tego przepisu sprowadza się do wyznaczenia ram czasowych oceny okoliczności sprawy, stanowiących podstawę wyrokowania. Tymczasem apelujący nie zarzuca

Sądowi Okręgowemu zachowania, które z tym przepisem pozostawałyby w jakimkolwiek funkcjonalnym związku, co polegać mogłoby na nieuwzględnieniu zmienionych w trakcie procesu wniosków stron, czy też okoliczności faktycznych, bądź też oparcia wyroku na zdarzeniach zaistniałych po zamknięciu rozprawy, a przed wydaniem wyroku. Niepodobna zatem w istocie dociec (bowiem nie wyjaśnia tego również skarżąca), na czym naruszenie tego przepisu miałyby polegać.

Nie ulega przy tym wątpliwości, że zarzut sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zabranych w sprawie dowodów, winien być – z punktu widzenia norm prawa procesowego – osadzony na dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c., podobnie jak już prawidłowy zakwalifikowany przez skarżącą zarzut przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów. Pierwszoplanowo w tej materii powódka wskazała, że Sąd Okręgowy wadliwie przyjął, że przedmiotem umowy dobrowolnego ubezpieczenia OC jest odpowiedzialność cywilna najemcy, OC za szkody w mieniu znajdującym się w pieczy i pod dozorem lub kontrolą ubezpieczonego, kiedy poza sporem pozostawało, iż w ramach tej umowy pozwana świadczyła ochronę ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej za świadczenie usług zdrowotnych. Istotnie, stanowisko tego Sądu nie było w tym zakresie dostatecznie czytelne, bowiem nadmierne wyeksponowanie opisanego wyżej zakresu tego ubezpieczenia, mogłoby sugerować, że fakt odpowiedzialności pozwanej za świadczenie usług zdrowotnych – w oparciu o to ubezpieczenie – został co do zasady zakwestionowany. Do tego rodzaju wniosków, już choćby z uwagi na jednoznaczną treść owu co do zakresu przedmiotowego zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową (vide: § 3 ust. 1 owu), brak było usprawiedliwionych podstaw, tym niemniej kwestia ta nie ma dla rozstrzygnięcia sprawy istotnego znaczenia, skoro w ostateczności Sąd Okręgowy dokonał - przy wyrokowaniu - tego rodzaju analizy okoliczności faktycznych, która nie wskazuje na to, aby podstawą jego orzekania była wyłącznie ta właśnie okoliczność. Nie może przy tym ulegać wątpliwości, że fundamentalne dla kierunku rozstrzygnięcia sprawy jest to, czy zdarzenie, polegające na nie pokryciu w całości szkody w ramach ubezpieczenia obowiązkowego, było objęte umową ubezpieczenia dobrowolnego OC łączącą strony. Odpowiedź zaś na tak postawione pytanie wymagała dokonania wykładni treści umowy ubezpieczeniowej, a ściślej ogólnych warunków ubezpieczenia oraz samej polisy. Sympatyczne jest przy tym, że powódka jednoznacznego zarzutu nieprawidłowego ustalenia przez Sąd I instancji treści tej umowy w apelacji nie sformułowała.

W ocenie Sąd Apelacyjny, uzasadnienie zaskarżonego wyroku zasługuje na pełną aprobatę w tej części, w której zawiera wywody wskazujące na niedopuszczalność likwidacji przedmiotowej szkody w ramach ubezpieczenia dobrowolnego OC, z uwagi na treść owu, w szczególności ich § 5 ust. 3, interpretowaną również przy uwzględnieniu zachowań stron tej umowy oraz w kontekście całokształtu jurydycznych uwarunkowań obowiązujących w okresie jej zawarcia. Podkreślić przy tym należy, co już zasygnalizowano wyżej, że Sąd Okręgowy nie ustalił jednoznacznie, iż w ramach ubezpieczenia dobrowolnego OC niemożliwe jest objęcie ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilnej za świadczenie usług zdrowotnych, realizowanych ze środków publicznych, skoro wyjaśnił on, że stanowić ono mogło uzupełnienie obowiązkowej ochrony ubezpieczeniowej, choćby poprzez podwyższenie sumy gwarancyjnej ponad minimum określone przez ustawodawcę - tzw. ubezpieczenie nadwyżkowe (uzasadnienie na str. 6, k. 253), z czego jednak strona powodowa nie skorzystała, co uzasadnił Sąd w dalszej części uzasadnienia.

Sąd Apelacyjny podziela w całości stanowisko Sądu Okręgowego co do rozwiązań systemowych dotyczących ubezpieczeń podmiotów świadczących usługi medyczne, a w szczególności, że oba rodzaje ubezpieczeń miały przed zmianami, tj. przed dniem 1 stycznia 2012 r. charakter odrębny, a ich wzajemne przenikanie dotyczyć mogło jedynie ściśle określonych i objętych nie budzącymi wątpliwość oświadczeniami woli stron sytuacji, np. wskazanej wyżej możliwości zwiększenia sumy gwarancyjnej ubezpieczenia obowiązkowego w ramach ubezpieczenia dobrowolnego. Powódka jakiegokolwiek części tej argumentacji Sądu I instancji nie zakwestionowała, co z jednej strony czyni zbędnym jej powtarzanie, z drugiej zaś – co istotniejsze – pozostała część wyводу apelacji pozbawia waloru kompletności. Nie jest bowiem tak, jakoby kwestia ta nie miała dla wykładni owu, w szczególnej jej § 5 ust. 3 jakiegokolwiek znaczenia. To zaś, że ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne, czego nie podważa sama powódka, miały charakter kierunkowo rozłączny ma kluczowe znaczenie dla wykładni umowy łączącej strony, choćby z tego względu, że umowa ta posiada podrzędny charakter w stosunku do rozwiązań systemowych natury normatywnej, które wówczas obowiązywały, a zatem jej wykładnia nie może pozostawać z nimi w sprzeczności.

Jak przyznała sama powódka, fundamentalne dla rozstrzygnięcia sprawy było dokonanie wykładni § 5 ust. 3 owu, przy czym sama nie dostrzegła potrzeby uzasadnienia kluczowego w tym zakresie zagadnienia, dotyczącego tego, czy zdarzeniem umożliwiającym żądanie wypłaty odszkodowania w ramach ubezpieczenia dobrowolnego, mógł być fakt jedynie częściowego pokrycia szkody z ubezpieczenia obowiązkowego. Zważyć bowiem należy, że prawo do żądania odszkodowania z tej umowy wiązała ona nie z samym faktem samobójczej śmierci P. B., lecz z zaistniałym daleko później zdarzeniem, polegającym na ujawnieniu niemożności pełnego zrekomensowania powstałej szkody w ramach ubezpieczenia obowiązkowego.

W świetle art. 65 § 1 i 2 k.c. nie ulega wątpliwości, że podstawową rolę przy dokonywaniu wykładni oświadczeń woli złożonych w formie pisemnej stanowi dokument, w którym nadano określone brzmienie interpretowanym oświadczeniom woli. W procesie dokonywania wykładni zawartych w nim postanowień zasadnicze znaczenie należy nadać językowym regułom znaczeniowym. Odwołanie się do reguł językowych, ze względu na brzmienie art. 65 § 2 k.c., nie może jednak stanowić wyłącznej podstawy ustalenia sensu złożonych przez strony oświadczeń woli. Wykładnia umowy wymaga bowiem analizy zgodnego zamiaru stron i celu umowy. Oznacza to zatem, że sąd, kierując się wynikającymi z art. 65 k.c. dyrektywami wykładni umowy, powinien brać pod uwagę nie tylko postanowienie spornego fragmentu umowy, lecz również uwzględniać inne związane z nim postanowienia umowy, a także kontekst faktyczny w którym projekt umowy uzgodniono i z uwzględnieniem którego umowę zawierano (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2004 r., o sygn. akt IV CK 582/03, niepubl.).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, strona powodowa dokonuje – zrozumiałego z uwagi na jej sytuację procesową - nadużycia semantycznego polegającego na zrównaniu umownego zwrotu „mogą być pokryte”, z sytuacją faktyczną polegającą na rzeczywistym braku pełnej kompensaty szkody w oparciu o ubezpieczenie obowiązkowe. W sprawie nie było kwestionowane, że zaistniała szkoda została zrekomensowana częściowo - do wysokości sumy gwarancyjnej - z ubezpieczenia obowiązkowego (polisa (...) na k. 17). Nie jest dopuszczalne nadawanie pojęciu „mogą być pokryte”, którego zaistnienie relatywizowane być może wyłącznie do stanu rzeczy istniejącego w chwili zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem i wyłącznie do tego zdarzenia, znaczenia zrównującego je w praktyce (jak wywodzi powódka), z sytuacją faktyczną zaistniałą ex post, a której istota polega na tym, że szkoda, którą powódka zobowiązana jest zrekomensować, nie została w całości pokryta w ramach innej umowy ubezpieczenia. Przy przyjęciu tego rodzaju konstrukcji i podzieleniu stanowiska strony powodowej, podstawą do sięgnięcia do ubezpieczenia dobrowolnego byłaby w praktyce – nie jak w tym przypadku – śmierć pacjenta, lecz wynik postępowania likwidacyjnego w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego. Tymczasem nawet skarżąca nie twierdzi, że tego rodzaju zdarzenie (wynik innego postępowania ubezpieczeniowego) stanowiło przedmiot ochrony w ramach ubezpieczenia dobrowolnego.

W konsekwencji, prawidłowa interpretacja zwrotu „szkody, które mogą być pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia...” prowadzi do wniosku, że chodzi w nim o wszystkie szkody, których likwidacja odbywa się w ramach tego ubezpieczenia i to niezależnie od wyniku tego postępowania. W owu, a w szczególności w § 5 ust. 3 nie ma mowy o tym, że obejmuje ono szkody „które nie zostały pokryte z ubezpieczenia obowiązkowego” i co więcej, z tym faktem (niepokryciem szkody) łączy uprawnienie ubezpieczonego do żądania wypłaty odszkodowania, a tylko wówczas powódka mogłaby zracjonalizować swoje twierdzenie, że obie umowy pozostają w postulowanej przez siebie korelacji. Mając dodatkowo na uwadze treść samej polisy ubezpieczenia dobrowolnego ((...) na k. 71), z której nie wynika, jakoby jej przedmiot i zakres obejmował świadczenie stanowiące nadwyżkę ponad sumę gwarancyjną z ubezpieczenia obowiązkowego, a nadto zeznania Z. B. (1) (k. 196-198) oraz I. C. (k. 230-233) i S. D. (k. 233-235), których prawidłową ocenę dokonał Sąd Okręgowy, a której to oceny powódka w zarzutach apelacji nie kwestionowała, co do oferty złożonej przez pozwaną powódce o dodatkowe ubezpieczenie – nadwyżkowe, do dokonania odmiennej oceny owu nie ma podstaw.

Powódka powołała się jedynie w apelacji na zeznania głównego specjalisty do sprawy ubezpieczeń Centrali (...) Polska Z. B. (1), z których wynika wprost, iż „ubezpieczenie dobrowolne OC, obejmuje zakres taki którego nie obejmuje ubezpieczenie obowiązkowe OC, zatem wszyscy pacjenci komercyjni strony powodowej nie objęci świadczeniami NFZ, mają szkody pokrywane z dobrowolnego ubezpieczenia OC”. Z zeznań świadka Z. B. (1) wynika też, że „nie ma

podmiotów które nie udzielają świadczeń nie komercyjnych". Prawdłowo powódka powołała ww. zeznania świadka, ale one nie mają w cytowanej części znaczenia dla dokonania wykładni owu zgodnie z jej stanowiskiem, bowiem to, czy ubezpieczenie dobrowolne powódki obejmowało również świadczenia komercyjne na gruncie niniejszej sprawy ma znaczenie indyferentne, skoro analizowany przypadek takiego charakteru nie posiadał. Istotą sprawy nie było również to, czy powódka świadczyła usługi komercyjne, a zagadnienie, umowę o jakiej treści z pozwaną zawarła.

Niezrozumiała jest również argumentacja zawarta w apelacji co do przyczyn złożenia oferty związanej z tzw. klauzulą nadwyżkową. Choć kwestionuje powódka, że dokumenty związane z ofertą zostały jej zostały kiedykolwiek przedstawione i miała ona możliwość zapoznania się z nimi, powołując się na zeznania reprezentantów powódki, którzy zaprzeczyli aby zapoznali się kiedykolwiek z treścią tych dokumentów (str. 2 protokołu rozprawy z dnia 17.06.2013 oraz str. 5), a z zeznań świadka Z. B. (2) nie wynika w ocenie powódki, iż dokumentacja (k. 191-193) została powódce dostarczona, to w dalszej części uzasadnienia apelacji nie wykluczyła powódka, iż oferta mogła dotyczyć powodowej spółki, albowiem jak zeznali jej reprezentanci, zlecieli agentowi przygotowanie oferty ubezpieczeniowej na wyższą sumę gwarancyjną niż dotychczas (k. 266). Uzasadniła powódka przyczyny możliwości złożenia takiej oferty na klauzulę N1, powołując się na to, iż w grudniu 2009 roku otrzymała treść pozwu p. B.. Roszczenia rodziny zmarłego pacjenta przewyższały sumę 167.283,75 zł oraz 200.000,00 zł łącznie. Uznała powódka dalej, że w związku z tym nie sposób czynić jej zarzutu z faktu, iż po wystąpieniu zdarzenia i otrzymaniu pozwu na sumę przewyższającą łącznie sumy gwarantowane z obu ubezpieczeń zamierzała podwyższyć sumę gwarancyjną. Dodatkowo na decyzję o podwyższeniu sumy wpływały medialne doniesienia o wysokości roszczeń zasądzanych od szpitali, które znacznie przewyższały kwotę 367.283,75 zł. Powyższe wyjaśnienia nie dość, że sprzeczne z wywoływaniem apelacji zaprzeczającym inicjowaniu przez skarżącą jakichkolwiek czynności w tym zakresie, niewątpliwie - na co słusznie zwrócił uwagę Sąd I instancji – stanowiąc muszą istotny argument wspierający zaprezentowaną wyżej wykładnię § 5 ust. 3 owu. Skoro bowiem powódka rzeczywiście uważałaby, że ubezpieczenie dobrowolne pozwala zabezpieczyć jej interesy majątkowe na wypadek, gdyby ubezpieczenie obowiązkowe nie pokryło całości szkody, to zbędnym było podejmowanie tego rodzaju działania. Wystarczającym wówczas byłoby niewątpliwie kontynuowanie dotychczasowego modelu współpracy stron.

Znamienne jest przy tym, że powódka do czasu zamknięcia rozprawy przed Sądem Okręgowym nie wypowiedziała się w kwestiach związanych z faktem otrzymania korespondencji elektronicznej oraz w zakresie jej treści, stąd twierdzenia zawarte w apelacji kwestionujące powyższe okoliczności, jawią się jako uczynione jedynie na jej użytek i jako takie nie zasługują na uwzględnienie. Przyjęcie przez Sąd Okręgowy, że dokumenty na k. 191 – 193 także świadczą o świadomości powódki co do tego, iż umowa dobrowolnego ubezpieczenia OC nie obejmowała świadczeń objętych powództwem, nastąpiło prawidłowo.

Wbrew apelacji zaskarżony wyrok - w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu - nie narusza przepisów art. 98 i 100 k.p.c. Oddalając w całości powództwo, przy braku tego okoliczności faktycznych, które niniejszą sprawę pozwalaby kwalifikować jako przypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu art. 102 k.p.c., orzeczenie o kosztach prawidłowo zostało oparte na dyspozycji art. 98 k.p.c., statuującej zasadę odpowiedzialności za wynik sprawy. Konstrukcja apelacji, w tym brak szczegółowego uzasadnienia tego zarzutu, nie pozostawia przy tym wątpliwości, iż został on podniesiony wyłącznie jako konsekwencja zaskarżenia wyroku co do istoty sprawy. Brak podstaw do jego weryfikacji w tym zakresie, skutkować zatem musiał również uznaniem za prawidłowe orzeczenia o kosztach procesu.

Mając na uwadze powyższe rozważania apelacja powódki podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c., o czym orzeczono w punkcie I sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego, tożsamych z kosztami zastępstwa procesowego pozwanej w tym postępowaniu, rozstrzygnięto w punkcie II wyroku na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c., ustalając wysokość wynagrodzenia jej pełnomocnika, w oparciu o § 6 pkt 7 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. z 2013 r., poz.461 j.t.).

D. Jezierska A. Kowalewski T. Żelazowski