

M O N I T O R
UBEZPIECZENIOWY
PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

NR 44
MARZEC 2011

SPIS TREŚCI

Jeszcze raz o działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych	3
Aktualności	4
Problemy poszkodowanych w dochodzeniu roszczeń tytułem zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji w placówkach prywatnych w orzecznictwie sądowym	12
Zwrot kosztów leczenia przez ubezpieczyciela a ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	15
Renta uzupełniająca (wyrównawcza) w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego	20
Ciężar dowodu w postępowaniu likwidacyjnym	26
Odsetki z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia w świetle orzecznictwa sądów powszechnych	28
Koszt najmu samochodu zastępczego – poglądy doktryny, stan orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów powszechnych	31
Problemy brytyjskich konsumentów ubezpieczeń komunikacyjnych – przykłady skarg	40
Trzeci filar – instrumenty	44
Instytucje ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych: rzecznicy konsumentów	47

*Dużo zdrowia, radości oraz wszelkiej pomyślności
w życiu zawodowym i prywatnym
z okazji Świąt Wielkiej Nocy
wszystkim Czytelnikom, Autorom i Współpracownikom*

*życzy
Redakcja „Monitora Ubezpieczeniowego”*



Jeszcze raz o działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych

W dniu 16 listopada 2010 r. w Warszawie odbyła się ogólnopolska konferencja zorganizowana z okazji XV-lecia Urzędu Rzecznika, która była także okazją do przeprowadzenia po raz pierwszy publicznej dyskusji na temat wyjątkowo dynamicznie rozwijających się w ostatnich latach podmiotów – kancelarii i doradców specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych. W konferencji tej udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, środowisk naukowych, samorządów gospodarczych pośredników ubezpieczeniowych, kancelarii i doradców odszkodowawczych, zakładów ubezpieczeń, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, mediów oraz organizacji konsumenckich. Podczas konferencji reprezentanci zainteresowanych niniejszą problematyką podmiotów, ukazali nurtujące ich kwestie, z którymi spotykają się w bieżącej pracy. Konferencja w naszej ocenie stanowiła pierwszy zasadniczy i potrzebny krok w zaprezentowaniu na szerszą skalę problematyki dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez pełnomocników, a być może w przyszłości przyczyni się do uregulowania prawnego tej jakże istotnej z perspektywy poszkodowanych branży usług.

Debata przeprowadzona podczas tej konferencji skłoniła nas do przedstawienia ponownej i szerszej analizy działalności tych podmiotów. Przedstawienia pozytywnych i negatywnych aspektów działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych z perspektywy działalności Rzecznika Ubezpieczonych i Jego Biura.

Od początku funkcjonowania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych adresem skarg na działalność zakładów ubezpieczeń byli i są pełnomocnicy poszkodowanych, których głównym lub dodatkowym przedmiotem działalności było odpłatne świadczenie usług w zakresie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Początkowo byli to głównie przedsiębiorcy, którzy prowadzili zakłady naprawcze i przy okazji wykonywania usług przyjmowali pełnomocnictwa do reprezentacji poszkodowanych. W wielu przypadkach pełnomocnikami byli aktualni lub dawni pracownicy zakładów ubezpieczeń, agenci ubezpieczeniowi, czy też rzeczoznawcy z zakresu techniki samochodowej. Osoby te często nie posiadały jednocześnie uprawnień do wykonywania zawodu radcy prawnego lub adwokata, a więc wymaganych przez prawo uprawnień do świadczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pomocy prawnej. Ich działalność była oparta o przepisy ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

W ostatnich latach zaobserwowaliśmy dynamiczny rozwój tego rodzaju usług, jak również zmiany organizacyjne tych podmiotów. Początkowo działalność ta prowadzona była przez osoby fizyczne lub w formie spółek cywilnych. Obecnie, coraz częściej prowadzona jest w formie spółek kapitałowych. Merytorycznie wzmacniana jest struktura zasobów ludzkich tych przedsiębiorców. W wielu przypadkach współpracownikami kancelarii i doradców odszkodowawczych są adwokaci i radcowie prawni. Zauważyliśmy także terytorialny i ekonomiczny rozwój wielu podmiotów prowadzących tego rodzaju działalność. Obecnie już co najmniej kilkanaście podmiotów oferuje swoje usługi na terytorium całego kraju, otwierane są również oddziały, filie tych przedsiębiorców w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Skalę i rozwój tego rodzaju działalności gospodarczej może dobrze zobrazować fakt, iż w grudniu ubiegłego roku instrumenty finansowe dwóch spółek, które zajmują się dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych zostały dopuszczone do publicznego obrotu na Giełdzie Papierów Wartościowych. Powstały również organizacje samorządu gospodarczego, które zrzeszają przedsiębiorców świadczących usługi w zakresie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych.

Rzeczony rozwój tego rodzaju działalności dostrzegany jest również w bieżącej działalności Rzecznika Ubezpieczonych i Jego Biura. Analizując dane statystyczne z ostatnich kilku lat stwierdziliśmy, że corocznie wzrasta liczba spraw kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych za pośrednictwem wyżej wskazanych pełnomocników poszkodowanych.

W 2004 r. kancelarie i doradcy odszkodowawczy byli autorami 8,1% wszystkich skarg i wniosków skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych. W następnych latach udział procentowy w ogólnej liczbie skarg i wniosków systematycznie wzrastał i kształtował się na poziomie od 13% do 26% wszystkich skarg.



Paweł Wawaszczak
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Aktualności

19.01.2011 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Bartłomiej Chmielowiec wziął udział w prezentacji Raportu usterkowości DEKRA 2011, która odbyła się w Warszawie.

09.02.2011 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Mariusz Denisuk wzięli udział w V Forum Finansowym „Reforma reformy emerytalnej”, które odbyło się w Warszawie w siedzibie SGH.

01.03.2011 – Odbyło się posiedzenie Rady Ubezpieczonych, organu opiniodawczo-doradczego Rzecznika Ubezpieczonych. Tematem posiedzenia były projektowane zmiany w prawie w zakresie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

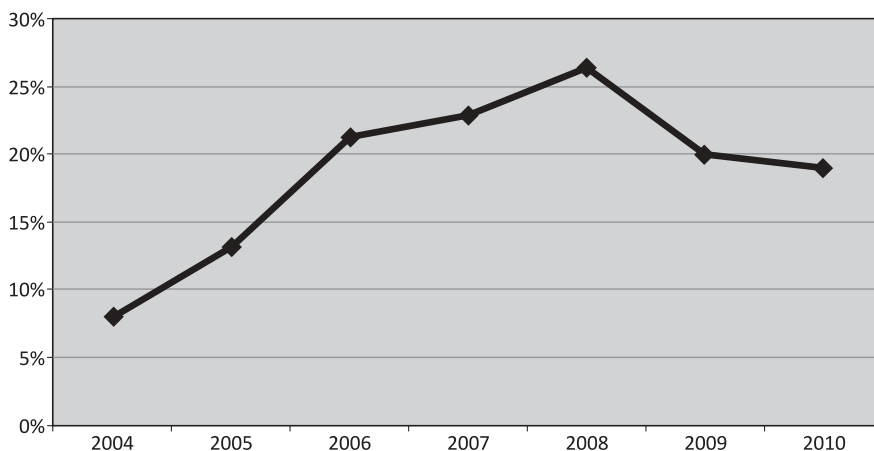
08.03.2011 – Odbyło się I posiedzenie Jury Konkursu na najlepsze prace [...], na którym rozpoczęto postępowanie konkursowe względem zgłoszonych na Konkurs prac.

10.03.2011 – Rzecznik Ubezpieczonych opublikował sprawozdanie ze swojej działalności w roku 2010.

10-11.03.2011 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Bartłomiej Chmielowiec oraz Paweł Wawaszczak wzięli udział w XIV konferencji nt. Przestępczości Ubezpieczeniowej, która odbyła się w szczecińskim hotelu Radisson BLU.

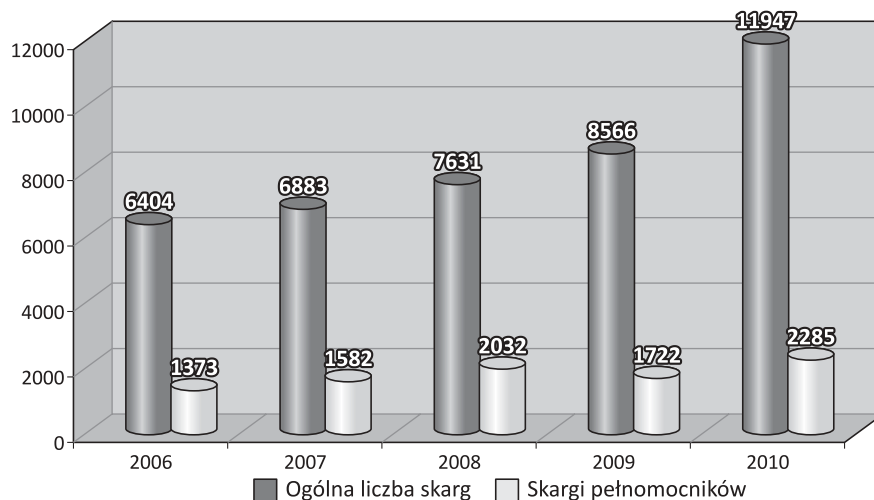
12.03.2011 – Rzecznik Ubezpieczonych wziął udział w Targach Wiedzy konsumenckiej, które odbyły się w CH Arkadia w Warszawie. Na Targach przedstawiciele Biura Rzecznika,

Wskaźnik procentowy skarg kancelarii odszkodowawczych w ogólnej liczbie skarg



Jeśli chodzi natomiast o relację liczby skarg kancelarii odszkodowawczych do ogólnej liczby skarg i wniosków skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych to w 2006 r. wynosiła ona 1373 skargi pełnomocników na 6404 wszystkich skarg, w latach następnym wskaźnik ten wynosił odpowiednio: 1582/6883 (2007 r.), 2032/7631 (2008 r.), 1722/8566 (2009 r.), 2285/11947 (2010 r.).

Liczba skarg kancelarii odszkodowawczych na tle ogólnej liczby skarg do RU



Zakres przedmiotowy skarg kancelarii i doradców odszkodowawczych, które kierowane są do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczy przede wszystkim roszczeń poszkodowanych z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i głównie świadczeń odszkodowawczych za szkody na osobie. Chodzi tu przede wszystkim o takie świadczenia jak: zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w sytuacji, gdy poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju organizmu (art. 445 § 1 k.c.), zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem (art. 444 § 1 k.c.), stosowne odszkodowanie oraz zwrot kosztów pogrzebu dla najbliższych członków rodziny osoby zmarłej w wyniku wypadku (art. 446 § 1 i 3 k.c.), przyznawane w obu sytuacjach świadczenia rentowe (art. 444 § 2 – renta uzupełniająca i na zwiększone potrzeby oraz art. 446 § 2 k.c. – renta alimentacyjna), a także nowej instytucji w postaci zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny zmarłego (446 § 4 k.c.). Kwoty przyznawanych świadczeń jednorazowych (zadośćuczynień i odszkodowań), których wysokość corocznie wzrasta, jak

i często wieloletni cykl wypłat w odniesieniu do świadczeń periodycznych (rent) sprawiają, że roszczenia te stają się głównym przedmiotem zainteresowania pełnomocników reprezentujących poszkodowanych lub ich rodziny. Z drugiej strony świadczenia te są szczególnie ważne dla poszkodowanych w wypadkach lub dla ich bliskich, gdyż mają na celu naprawienie powstałych po ich stronie krzywd oraz uzasadnioną rekompensatę strat, a także w części przypadków zapewnienie dalszego bytu po tragicznych w skutkach wypadkach.

Szacunkowe dane wskazują, że rocznie około 40% roszczeń o naprawienie szkody na osobie z OC komunikacyjnego kierowane są przez kancelarie i doradców odszkodowawczych do zakładów ubezpieczeń i innych podmiotów gwarancyjnie odpowiedzialnych na mocy przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. W świetle informacji opublikowanych przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjnych w latach 2006–2007 liczba roszczeń z tytułu szkody na osobie, które zostały zgłoszone przez kancelarie odszkodowawcze stanowiła odpowiednio 33,43% i 45,17% roszczeń uznanych przez UFG¹.

Obecnie dostrzegamy rozszerzenie głównego przedmiotu działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych także na rzecz roszczeń o naprawienie szkody majątkowej na gruncie OC komunikacyjnego, jak również na roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia mienia (głównie umowy autocasco) i umów ubezpieczenia na życie. Przy czym aktywność tych podmiotów głównie ukierunkowana jest na sprawy o znacznej wartości przedmiotu sporu lub gdy określone stanowisko ubezpieczyciela o odmowie spełnienia świadczenia odszkodowawczego było oparte na postanowieniu umownym o treści lub celu tożsamym z postanowieniem uprzednio wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych. Możemy prognozować, że wraz z dywersyfikacją przedmiotu działalności nastąpi dalszy wzrost liczby zgłaszanych roszczeń za pośrednictwem kancelarii i doradców odszkodowawczych.

Dynamiczny rozwój usług kancelarii i doradców odszkodowawczych spowodował, iż podmioty te na stałe wpisały się w funkcjonowanie rynku ubezpieczeń. Rzecznik Ubezpieczonych i Jego Biuro nie neguje potrzeby funkcjonowania na rynku ubezpieczeniowych tych podmiotów. Możemy oczywiście dyskutować, czy aktualny stan prawny w zakresie prawa gospodarczego, czy też ubezpieczeniowego zezwala na prowadzenie tego rodzaju działalności, w szczególności gdy w grę wchodzi czynności mieszczące się w ramach obsługi prawnej. Możemy podejmować się przeprowadzenia analizy czy jest to działalność, która powinna być kwalifikowana jako *stricte* usługi prawnicze, czy też może mieszcząca się w ramach pośrednictwa ubezpieczeniowego, a może jednak w obszarze usług finansowych świadczonych w oparciu o przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej – z ewentualną koniecznością szczególnej regulacji ustawodawcy w zakresie wprowadzenia określonych minimalnych warunków prowadzenia tej działalności i stworzenia szczególnych mechanizmów ochrony konsumentów tych usług. Niezależnie od przyjmowanych koncepcji prawnych form prowadzenia tego rodzaju działalności, wychodzimy z założenia, że kancelarie i doradcy odszkodowawczy wypełniają przestrzeń między konsumentem a ubezpieczycielem, stanowiąc uzupełnienie usług kancelarii prawnych. Usług, które nie zawsze dostępne są konsumentom, w szczególności na etapie zgłoszenia roszczenia lub w toku likwidacji szkody.

Rzecznik Ubezpieczonych i Jego Biuro stoją na stanowisku, iż przedmiotem debaty publicznej winna być ocena tego rodzaju działalności, wskazanie jej pozytywnych i negatywnych stron, a także określenia, czy tego rodzaju działalność wymaga szczególnej reakcji ze strony ustawodawcy, a jeśli tak to w jakim kształcie. Oczywiście debata ta winna odbywać się z udziałem osób, które prowadzą tego rodzaju działalność lub z przedstawicielami samorządu gospodarczego.

Z uwagi na fakt, iż przedsiębiorcy, których przedmiotem działalności jest „pośrednictwo” w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od ubezpieczycieli, odgrywają obecnie istotną rolę na rynku ubezpieczeń, a ich działania mogą mieć istotny wpływ na zakres praw i interesów majątkowych osób poszkodowanych w wypadkach drogowych albo na określone praktyki i zachowania rynkowe ubezpieczycieli – adresatów ich roszczeń, Rzecznik Ubezpieczonych przeprowadza również bieżącą analizę tego rodzaju działalności. W praktyce działania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych zdiagnozowane zostały skargi poszkodowanych na działalność swoich pełnomocników, często przekazywane były do wiadomości treści wzorców umownych stosowanych przez tych przedsiębiorców z prośbą o ich analizę. Zanotowaliśmy również przypadki, w których to same kancelarie lub doradcy odszkodowawczy występowali z wnioskiem o przedstawienie opinii przez Rzecznika na temat stosowanego wzorca umownego w obrocie z konsumentami. Na tle skarg kierowanych przez poszkodowanych i przesłanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzorców umownych pojawiły się nasze wątpliwości związane ze świadczeniem tego rodzaju usług. Nasze uwagi dotyczą zarówno etapu poprzedzającego zawarcie umowy, stosowania wzorca umownego w obrocie konsumenckim, ale również wykonywania umowy. Pragniemy jednak wyraźnie zaznaczyć, iż przedstawione poniżej nasze uwagi nie mogą prowadzić do wniosku, iż stwierdzone przez Rzecznika Ubezpieczonych i Jego Biuro kontrowersje, nieprawidłowości stanowią cechę stałą i wspólną dla wszystkich przedsiębiorców zajmujących się odpłatnym świadczeniem usług w zakresie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Jesteśmy dalecy od pejoratywnej stygmatyzacji tej działalności, choć wiele naszych uwag ma cechy

¹ A. Myśliwski, *Działalność kancelarii odszkodowawczych w świetle doświadczeń UFG*, (w:) *Działalność kancelarii odszkodowawczych na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych. Diagnoza i propozycje działań*, Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 6 (1/2009), Warszawa 2009, s. 157.

Aktualności

Anna Dąbrowska, Cezary Orłowski i Piotr Budzianowski prezentowali instytucję Rzecznika Ubezpieczonych oraz udzielali porad i informacji konsumentom usług ubezpieczeniowych.

15.03.2011 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Ewa Kiziewicz wzięła udział w debacie z okazji Światowego Dnia Konsumenta „Po co drzeć koty? Konsument i przedsiębiorca w sądzie polubownym”, zorganizowanej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

16.03.2011 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Mariusz Denisiuk wziął udział w seminarium zorganizowanym przez Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka „Kierunki rozwoju systemów emerytalnych”, które odbyło się w Warszawie.

21.03.2011 – Odbyła się międzynarodowa konferencja „Nowoczesne rozwiązania w zakresie kompensacji szkód komunikacyjnych”, której organizatorami byli Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, Stowarzyszenie „Pro Motor” oraz Wydział Zarządzania Politechniki Warszawskiej. Patronatem konferencję objęli Rzecznik Ubezpieczonych oraz *The Geneva Association for the Study of Insurance Economics*.

25.03.2011 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz zastępca dyrektora Biura Rzecznika, Aleksander Daszewski wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez Rzecznika Praw Obywatelskich „Obywatel w zagrożeniu”, która odbyła się w Katowicach.

Opracował: **Piotr Budzianowski**

wspólne dla wielu podmiotów, względem których skierowane zostały skargi. W naszej opinii nie powinny one prowadzić do powstania uzusu, iż tego rodzaju działalność obarczona jest licznymi wadami, czy też bezprawnością działania. Działalność ta niesie wymierne korzyści dla konsumentów tych usług, a które to pozwolimy sobie wskazać w dalszej części naszego opracowania.

Wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych związane ze świadczeniem usług pośrednictwa w uzyskiwaniu odszkodowań od zakładów ubezpieczeń przez tzw. kancelarie odszkodowawcze sprowadzają się do uzasadnionych naszymi obserwacjami obaw, że w szeregu przypadków cierpi na tym słuszny interes poszkodowanego lub bliskich jemu osób z następujących powodów:

- Występujących w praktyce przypadków braku wystarczającego przygotowania merytorycznego (profesjonalizmu) po stronie niektórych spośród pełnomocników lub ich pracowników w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym, polegającym między innymi na przedstawianiu konsumentowi, a następnie ubezpieczycielowi niepełnej listy przysługujących poszkodowanemu świadczeń, ich niedowartościowaniu, czy też zbyt pochopnym podejmowaniem decyzji o zawarciu ugody w imieniu poszkodowanych osób. W uzasadnieniach skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych spotykamy się z przypadkami mylenia podstawowych instytucji prawa odszkodowawczego, przepisów regulujących działalność ubezpieczeniową, umowę ubezpieczenia, czy też nieznanymi podstawowych praw i obowiązków zakładu ubezpieczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem, formułowaniem roszczeń bez ich jakiegokolwiek uzasadnienia faktycznego, czy też bez przedstawiania dowodów na poparcie swoich twierdzeń. Nadto, jak sygnalizuje część obserwatorów rynku, zdarza się, że działalność w zakresie pośrednictwa odszkodowawczego prowadzą osoby nie dające rękąmi rzetelnego i uczciwego wykonywania przyjmowanych zobowiązań, zaś w środkach masowego przekazu można spotkać się z informacjami, iż w niektórych przypadkach działalność w zakresie pośrednictwa odszkodowawczego prowadzą osoby karane za przestępstwa przeciwko mieniu oraz takie z którymi uprzednio rozwiązano umowę o pracę w związku z ich nierzetelnością lub popełnieniem czynów niedozwolonych albo przestępczych na szkodę zakładu ubezpieczeń lub jego klientów.
- Kształtowania wysokości wynagrodzenia na rzecz przedsiębiorcy, które w wielu przypadkach może wyczerpywać znamiona wyczerpu (art. 388 k.c.), a polegającego na zupełnej dowolności w określaniu pobieranych opłat w stosunku do wartości podjętych czynności w ramach realizowanych usług, czy też w przyjmowaniu rażąco wysokiego poziomu prowizji, sięgającego od 30 do 50% przyznawanych świadczeń jednorazowych, powiększonych dodatkowo o kwotę 22% podatku VAT, albo też ustalonego jako wielokrotność świadczeń okresowych. Szczególny niepokój Rzecznika budzi także praktyka polegająca na wyrażeniu zgody przez zleceniodawcę na przekazywanie należnych mu świadczeń bezpośrednio na konto bankowe pełnomocnika, a następnie przekazywanie uznaniowej wysokości odszkodowania otrzymywanych świadczeń od ubezpieczyciela. Sygnalizowane były również sytuacje, które rodziły uzasadnione podejrzenia popełnienia przestępstwa oszustwa (art. 286 § 1 k.k.) lub przywłaszczenia mienia (art. 284 k.k.), choć ostateczną ocenę takich działań zawsze należy pozostawić prokuraturze.
- Nieuwzględniania w treści wzorca umownego lub w praktyce rynkowej przedsiębiorcy obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny w sytuacji zawierania umowy z konsumentem poza lokalem przedsiębiorstwa lub na odległość.
- Stosowania we wzorcach umownych niedozwolonych postanowień umownych lub postanowień o treści lub celu tożsamym z zapisem umownym

uprzednio wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych. Przykładowo możemy wskazać na następujące postanowienia, które w ocenie Rzecznika wyczerpują znamiona klauzul abuzywnych:

- Postanowienia wyłączające prawo konsumenta (dającego zlecenie) do rozwiązania umowy – w opinii Rzecznika Ubezpieczonych takie postanowienie jest sprzeczne z bezwzględnie obowiązującym przepisem art. 746 §1 k.c. w zw. z art. 750 k.c. Zdiagnozowane zostały również przypadki stosowania postanowień wyłączających lub ograniczających prawo do odstąpienia lub rozwiązania umowy ale tylko po stronie konsumenta. Takie postanowienia należy uznać za niedozwolone i jednocześnie wyczerpujące znamiona postanowienia, o którym mowa w art. 385³ pkt 14 k.c.
 - Postanowienia wprowadzające umowne domniemania, że każda kwota uzyskana od ubezpieczyciela jest wynikiem działania przyjmującego zlecenie i realizacji przez niego zawartej umowy. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych takie postanowienie wyczerpuje znamiona postanowienia niedozwolonego, o którym mowa w art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 2 (wyłącza lub istotnie ograniczenia odpowiedzialność kontrahenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania oraz przyznaje kontrahentowi uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy).
 - Postanowienia wprowadzające rażąco wygórowane kary umowne lub jednostronnie zastrzegające karę umowną wyłącznie po stronie konsumenta w sytuacji niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Takie postanowienia w opinii Rzecznika Ubezpieczonych są zapisami niedozwolonymi w obrocie konsumenckim i jednocześnie wyczerpują znamiona postanowień, o których mowa w art. 385³ pkt 16 i 17 k.c.
 - Postanowienia przewidujące zakaz przyjmowania świadczenia odszkodowawczego lub jego części bezpośrednio od ubezpieczyciela – w opinii Rzecznika Ubezpieczonych takie postanowienia można uznać za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., gdyż konsument (dający zlecenie) nie może w świetle art. 450 k.c. odmówić przyjęcia świadczenia częściowego (np. bezspornej części świadczenia), zaś jego odmowa narazi go jako wierzyciela na zwłokę i w przypadku złożenia przedmiotu świadczenia do depozytu koszty tego złożenia poniesienie finalnie konsument.
 - Postanowienia stosujące niedozwolone klauzule prolongacyjne w zakresie wyboru sądu właściwego dla rozpoznania sporów wynikających z umowy poprzez wskazanie, iż sądem właściwym do rozpoznania sporów z umowy będzie wyłącznie sąd miejsca siedziby przedsiębiorcy. Postanowienia takie wyczerpują znamiona klauzuli abuzywnych, o której mowa w art. 385³ pkt 23 k.c. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych postanowienia o tej treści lub celu wykazują również zbieżność z zapisami umów umieszczonymi już w rejestrze postanowień wzorców umów uznanych za niedozwolone np. pod nr 210, 493, 388, 801, 913, 969, 979, 1007, 1012, 1024, 1043, 1059, 1096, 1175, 1259, 1449.
 - Postanowienia zawierające nieostre, niejasne i nieprecyzyjne pojęcia w zakresie praw i obowiązków strony umowy, które w konsekwencji przyznają kontrahentowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy (art. 385³ pkt 9 k.c.).
- Naruszaniu przepisów art. 3 w zw. z art. 6 ust. 1 i 4 pkt 3 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym w zakresie w jakim przedsiębiorca nie informuje konsumenta o określeniu ceny usługi łącznie z podatkiem VAT lub bez określenia wysokości tego podatku. Takie działania w przypadku innych przedsiębiorców było traktowane przez sądy jako przekazywanie informacji niezetelnej, nieprawdziwej oraz niepełnej o rzeczywistej cenie usługi i tym samym kwalifikowane jako nieuczciwe praktyki rynkowe polegające na wprowadzeniu konsumenta w błąd poprzez zaniechanie w informowaniu o wartościach podatku o towarów i usług w cenie usługi (por. wyrok SOKiK z dnia 19 maja 2005 r., sygn. akt XVII Ama 11/04).
 - Ograniczania po stronie poszkodowanego konsumenta możliwości w dochodzeniu naprawienia szkody wyrządzonej błędem w podejmowanych czynnościach przez kancelarię co wynika z faktu, że na podmiotach tych nie ciąży obowiązek zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności zawodowej, ani też posiadania innych instrumentów zabezpieczających na wypadek błędu interesów poszkodowanych konsumentów. Skutkuje to faktycznym ograniczeniem możliwości zrekompensowania szkody powstałej wskutek nieprofesjonalnego działania.
 - Sygnalizowanego przez poszkodowanych prawdopodobnego naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych osób, których pozyskiwanie w części przypadków wydaje się być mało transparentne czy wręcz w części przypadków nielegalne.
 - Braku możliwości reprezentowania klienta w postępowaniu przed sądem powszechnym w sytuacji, gdy postępowanie odszkodowawcze prowadzone przed zakładem ubezpieczeń nie zapewniło poszkodowanemu należnych mu świadczeń i pożądanego jest ostateczne rozstrzygnięcie sporu na drodze postępowania cywilnego przez sąd powszechny – chodzi tutaj o brak uprawnień procesowych po stronie osób zajmujących się działalnością w omawianym zakresie.
 - Wyjątkowo nieetycznego sposobu akwizycji klientów – poszkodowanych poprzez poszukiwanie kontaktu z nimi lub ich bliskimi w placówkach służby zdrowia udzielających świadczeń medycznych bezpośrednio po wypadkach, na pogotowiu ratunkowym i oddziałach ratownictwa medycznego, w szpitalach i ośrodkach rehabilitacyjnych, jednostkach Policji, Straży Pożarnej biorących udział w akcji ratowniczej a nawet prosektoriach, domach pogrzebowych i na cmentarzach.

Rzecznik Ubezpieczonych nie tylko dokonuje bieżącej analizy działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych, ale również w przypadkach stosowania we wzorcach umownych postanowień powyżej przedstawionych, złożył przeciwko kilku przedsiębiorcom zajmującym się dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych formalne zawiadomienia do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów lub wnioski o rozważenie zasadności podjęcia działań zmierzających do usunięcia z obrotu prawnego postanowień abuzywnych np. poprzez wytoczenie powództwa o uznanie określonych zapisów wzorca umownego za niedozwolone. Podstawą prawną działania Rzecznika Ubezpieczonych w takiej sytuacji jest przepis art. 100 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, który stanowi, iż każdy może zgłosić Prezesowi UOKiK na piśmie zawiadomienie dotyczące podejrzenia stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. W przypadku wszystkich wystąpień Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podzielił stanowisko Rzecznika co do oceny określonych postanowień umownych i poinformował o podjęciu działań zmierzających do ich wyeliminowania z obrotu prawnego.

W ocenie Rzecznika coraz większy popyt na usługi kancelarii odszkodowawczych i ich dynamiczny rozwój jest pewnym wyznacznikiem niepokojącej sytuacji panującej na rynku ubezpieczeń. Sytuacja taka spowodowana jest po części negatywnym postrzeganiem działalności zakładów ubezpieczeń oraz wynikiem braku obiektywizmu w ocenie należnych świadczeń, co za tym idzie ograniczonego zaufania do usług zakładów ubezpieczeń, co potwierdzają orzeczenia sądów, w których niejednokrotnie zasądzane są świadczenia znacznie wyższe niż te, które przyznają w drodze uznania ubezpieczyciele. Wydaje się, że branża ubezpieczeniowa powinna sobie uświadomić, że jeśli likwidacja szkody następowałaby zawsze w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa i linią orzecznictwa, w sposób profesjonalny i w obowiązujących terminach, nie byłoby miejsca na spory z zakładami ubezpieczeń. Należy zatem wskazać, iż niezależnie od tego jak bardzo branża ubezpieczeniowa będzie odsuwać od siebie ten argument, dynamiczny rozwój kancelarii odszkodowawczych będzie w głównej mierze związany z nie zawsze profesjonalną działalnością ubezpieczycieli i propozycjami kwot odszkodowań nieadekwatnych do kwot zasądzanych w procesach odszkodowawczych.

Rzecznik Ubezpieczonych poza wymienionymi wyżej wątpliwościami dostrzega wiele pozytywnych aspektów działalności kancelarii odszkodowawczych. Przede wszystkim działalność kancelarii odszkodowawczych stanowi odpowiedź na zapotrzebowanie rynku, stanowiąc uzupełnienie istniejących usług kancelarii prawnych (radców prawnych i adwokatów). Pozwala poszkodowanemu na dokonanie wyboru, czy korzystać z usług radcy prawnego, adwokata czy też z usług podmiotu specjalizującego się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych. Profesjonalny doradca odszkodowawczy może pomóc poszkodowanemu we właściwym udokumentowaniu roszczeń oraz w dochodzeniu tychże roszczeń w wysokości adekwatnej do poniesionej szkody i z uwzględnieniem indywidualnej sytuacji poszkodowanego. Profesjonalna działalność kancelarii odszkodowawczych, może zatem przynieść korzyści poszkodowanemu w postaci zajęcia się całym procesem likwidacji szkody, kompletowaniu dowodów i dokumentacji szkodowej oraz dochodzeniu i egzekucji należnych świadczeń. Oczywiście z tym zastrzeżeniem, że za swoje usługi nie pobierze wynagrodzenia nieadekwatnego do poniesionych nakładów i włożonej pracy.

Działalność kancelarii i doradców odszkodowawczych powoduje również usprawnienie procesu likwidacji szkód przez zakład ubezpieczeń, zwłaszcza wtedy kiedy kancelarie aktywnie uczestniczą w procesie likwidacji szkody i współpracują ze specjalistami (biegłymi, rzeczoznawcami, etc.). W sytuacji kiedy poszkodowanego reprezentuje profesjonalny podmiot, istnieje możliwość również szybszego załatwienia sporu w drodze porozumienia (ugody) z zakładem ubezpieczeń. Ponadto doradcy odszkodowawczy coraz częściej pomagają również poszkodowanemu w dostępie do rehabilitacji i świadczeń medycznych. Niewątpliwie działalność kancelarii odszkodowawczych wpływa także na wzrost świadomości prawnej i ubezpieczeniowej poszkodowanych.

Pomimo niewątpliwych pozytywnych aspektów działalności kancelarii odszkodowawczych, opisane i wymienione na początku artykułu problemy, wskazujące na nierzetelnie i nieprofesjonalnie świadczone usługi przez część działających na rynku podmiotów świadczących usługi pomocy w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych, skłoniły Rzecznika Ubezpieczonych do zainicjowania działań legislacyjnych, mających na celu wyeliminowanie dostrzeganych nieprawidłowości. Postępowania likwidacyjne, które są istotą, esencją wykonywania umowy ubezpieczenia z udziałem w nich pełnomocników, powinny bowiem przebiegać w sposób profesjonalny a przede wszystkim gwarantujący poszkodowanemu i innym osobom korzystającym z dobrodziejstw umowy ubezpieczenia ochronę najcenniejszych dla nich dóbr jakimi są życie, zdrowie, a także mienie gwarantujące ich dalszy stabilny byt. Chodzi tutaj o zabezpieczenie interesów słabszej strony tego stosunku – szeroko pojmowanych konsumentów usług ubezpieczeniowych, eliminując nadużycia ze strony pośredników. Pierwsze wystąpienie w oparciu o normy prawne zawarte w art. 26 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm.), Rzecznik skierował do Ministra Finansów już w październiku 2007 r. W powyższym wniosku, Rzecznik pod rozwagę poddał podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do ujęcia w ramy prawne działalności pełnomocników i podmiotów specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od zakładów ubezpieczeń z umów ubezpieczenia. Późniejsze wystąpienia Rzecznika związane były z pracami Grupy Roboczej działającej przy Ministrze Finansów.

W szczególności wśród postulatów przedkładanych przez Rzecznika można wskazać:

- Wprowadzenie norm reglamentujących tę sferę działalności i systemu weryfikacji umiejętności osób, które prowadzą czy też zamierzają prowadzić tego typu działalność, podobnie jak to ma miejsce przy korporacjach prawnych, czy środowisku brokerów ubezpieczeniowych. Wydaje się bowiem, iż taki zabieg pozwoliłby na ograniczenie dostępu do wykonywania tych czynności osobom nie mającym odpowiedniego przygotowania zawodowego i doświadczenia w tej dziedzinie.
- Wprowadzenie w obszarze działalności kancelarii odszkodowawczych szerszego nadzoru ze strony organów Państwa. W ocenie Rzecznika należałoby rozważyć powierzenie nadzoru nad kancelariami Komisji Nadzoru Finansowego, Ministerstwu Sprawiedliwości lub Finansów, które weryfikowałyby przygotowanie i rękojmię prowadzenia tego typu działalności, a także dysponowałyby szerokim katalogiem instrumentów władczych i byłyby w stanie na bieżąco przeciwdziałać dostrzeganym nieprawidłowościom.
- Wyjątkowo istotną z punktu widzenia poszkodowanych kwestią jest ograniczenie dowolności w kształtowaniu wysokości wynagrodzeń kancelarii poprzez określenie ich maksymalnych granic. W tym zakresie można skorzystać z rozwiązań, które są obecne w polskim ustawodawstwie, wzorując się na regulacjach w tym obszarze obowiązujących adwokatów, radców prawnych, komorników czy notariuszy, które precyzyjnie określają wysokość taksy za podejmowanie czynności. Kancelarie odszkodowawcze głównie realizują czynności pomocy prawnej na etapie przedsądowego dochodzenia roszczeń z umów ubezpieczenia. Drugą zatem możliwością regulacji przedmiotowej kwestii jest wprowadzenie procentowych limitów wynagrodzenia liczonych od uzyskanych świadczeń. Obserwacje prowadzone przez Rzecznika wskazują, iż opisane powyżej wysokości kwot pobieranych prowizji, prowadzą do wniosku, iż konieczne jest wkroczenie regulatora w swobodę kształtowania wysokości wynagrodzenia, mając na celu ochronę poszkodowanych przed nieuzasadnionym, za sprawą wynagrodzeń kancelarii redukowaniem przysługujących poszkodowanym świadczeń i ograniczenie możliwości dowolnego kształtowania wysokości i formy przekazywania wynagrodzeń na rzecz tych podmiotów.
- W ocenie Rzecznika konieczne jest również nałożenie na podmioty świadczące pomoc prawną w dochodzeniu roszczeń, obowiązków informacyjnych względem poszkodowanych konsumentów. W szczególności udzielania informacji o przysługujących klientowi uprawnieniach i roszczeniach, w tym także o możliwości odstąpienia od zawartej umowy, o bieżących działaniach podejmowanych przez doradcę odszkodowawczego, o prowadzonych negocjacjach ze sprawcą bądź jego ubezpieczycielem, jak również o zabezpieczeniu finansowym kancelarii (doradcy) w wypadku wyrządzenia przez niego szkody.
- Kancelarie odszkodowawcze podobnie jak inne podmioty świadczące pomoc prawną mogą popełnić znaczący dla swojego kontrahenta (poszkodowanego) błąd np. działając w jego imieniu podpiszą umowę, w której zawarte będzie pochopne oświadczenie o zrzeczeniu się dalszych roszczeń, czy też będą rekomendować decyzję o kapitalizowaniu renty, co uniemożliwi po kilku latach dalszą egzystencję poszkodowanego. Skutki tego typu błędów a w ich efekcie szkody powinny być kompensowane. Stąd też postulat nałożenia obowiązku posiadania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej bądź też innego instrumentu gwarantującego poszkodowanemu w sytuacji wyrządzenia szkody działaniem/zaniechaniem zaspokojenie jego słusznych roszczeń. Podobnie jak przy wysokości wynagrodzenia można się tutaj wzorować na regulacjach opisujących obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla członków korporacji prawnych (adwokatów, radców, komorników, notariuszy) z tym, że w ocenie Rzecznika wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej powinna uwzględniać rozmiar prowadzonej działalności.
- Stworzenie ram ustawowych dla powołania samorządu gospodarczego czuwającego nad prawidłowym i etycznym prowadzeniem działalności kancelarii odszkodowawczych.

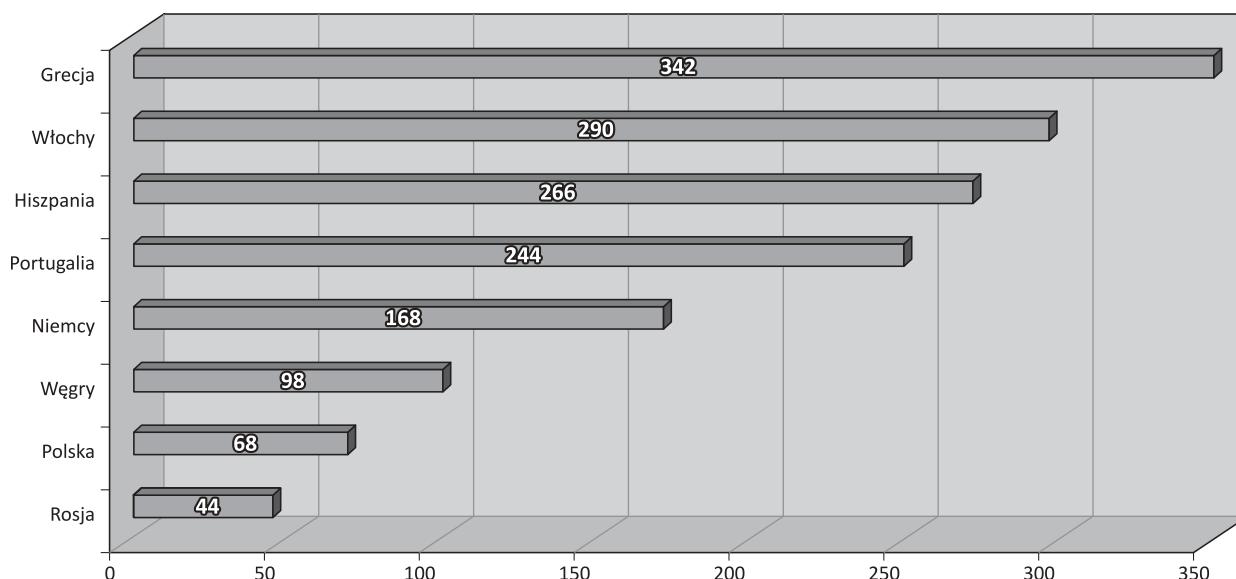
Dogłębnej analizy wymaga również kwestia umiejscowienia ewentualnej propozycji regulacji prawnej. W ocenie Rzecznika, umieszczenie jej w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym może budzić wątpliwości, podobnie jak zastosowanie do doradców odszkodowawczych identycznych regulacji, jak w przypadku brokerów ubezpieczeniowych. Właściwszym rozwiązaniem byłoby raczej stworzenie odrębnej ustawy i wypracowanie rozwiązań prawnych uwzględniających specyfikę tej formy działalności. Pomimo bowiem pewnych analogii (takich jak pełnienie niejako roli pośrednika w dochodzeniu roszczeń) jest to jednak działalność odmienna charakteryzująca się swoją specyfiką, szczególnie w zakresie dochodzenia roszczeń z tytułu szkód osobowych, a zatem powinna być uregulowana w sposób odmienny w odrębnym akcie prawnym.

Reasumując, w pełni zasadna jest propozycja Rzecznika co do legislacyjnego uregulowania zasad działalności tych podmiotów, tak aby w sposób pełni profesjonalny pomagały poszkodowanym w dochodzeniu roszczeń. W ocenie Rzecznika kancelarie odszkodowawcze, które z poszanowaniem prawa, profesjonalnie oraz etycznie świadczą tego typu usługi nie mają jakichkolwiek podstaw aby obawiać się regulacji reglamentacyjnej ze strony Państwa. Inne, które prowadzą działalność nadużywając prawa lub z pominięciem wymogów etycznych będą z czasem z rynku usunięte, co w konsekwencji przyniesie wymierne korzyści dla poszkodowanych.

Można oczywiście toczyć spory, czy taka działalność wymaga szczególnej regulacji czy też powinna zostać poddana, tak jak obecnie, mechanizmom wolnego rynku. Dyskutując zatem o kancelariach odszkodowawczych może powinniśmy rozpocząć tę dyskusję od tego, jakie rzeczywiste możliwości mają poszkodowani i ubezpieczający w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych w zakresie możliwości skorzystania z pomocy profesjonalnych pośredników. Niewątpliwie taką pomoc można uzyskać korzystając z usług radcy prawnego oraz adwokata. Z tym, że tutaj mogą pojawiać się obawy, często niepotwierdzone, o wysokich kosztach finansowych, którzy musieliby ponieść poszkodowani chcący skorzystać z takiej pomocy. W naszej opinii działalność kancelarii odszkodowawczych stanowi odpowiedź na zapotrzebowanie rynku i stanowi uzupełnienie dla istniejących usług kancelarii prawniczych (radców prawnych i adwokatów).

Dyskutując o potencjalnych możliwościach poszkodowanego w zapewnieniu sobie profesjonalnej pomocy prawnej w dochodzeniu należnych mu praw podmiotowych, nie możemy zapomnieć, iż od wielu lat środowiska opiniotwórcze, prowadzące debatę na temat jakości usług prawniczych w Polsce, wskazują na zbyt małą liczbę osób wykonujących zawód radcy prawnego lub adwokata w Polsce, a także na istnienie nieuzasadnionych ograniczeń w dostępie do tych zawodów. Powyższe przekładać się ma nie tylko na konkurencyjność na rynku usług prawniczych, ale również na ograniczony do nich dostęp dla przeciętnego obywatela. Wydają się, że wnioski te potwierdzają informacje zaprezentowane przez Ministerstwo Sprawiedliwości. W świetle nich w Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada ok. 68 osób świadczących pomoc prawną, podczas gdy (w oparciu o raport Europejskiej Komisji ds. Skuteczności Wymiaru Sprawiedliwości CEPEJ z 2008 r.) np. na Węgrzech liczba ta wynosi ok. 98, w Niemczech ok. 168, w Portugalii ok. 244, we Włoszech ok. 290, w Hiszpanii ok. 266, a w Grecji ok. 342. Powyższe dane w porównaniu ze wskazanymi Państwami w Europie wskazują jak mała jest w Polsce liczba adwokatów i radców prawnych w stosunku do liczby mieszkańców².

Liczba prawników posługujących się tytułem zawodowym na 100 tys. mieszkańców



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości w uzasadnieniu do projektu ustawy o państwowych egzaminach prawniczych.

Niższy wskaźnik niż w Polsce w tym zakresie odnotowuje się natomiast w takich państwach jak Azerbejdżan – 6, Armenia 24, Litwa – 46, Mołdawia – 29, Gruzja – 58 i Federacja Rosyjska – 44.

Prezentując powyższe dane Ministerstwo Sprawiedliwości szacuje jednocześnie, że wskazana liczba osób świadczących pomoc prawną w Polsce jest faktycznie dużo niższa, z uwagi na to, iż spośród osób wpisanych na listy adwokatów i radców prawnych, a więc zaliczanych do osób świadczących usługi prawnicze, nie wszyscy wykonują aktualnie wskazane zawody (spośród 8965 adwokatów tylko 7054 wykonuje zawód, tj. ok. 79% adwokatów wpisanych na listy, natomiast spośród 25 400 radców prawnych zaledwie 18 953 wykonuje zawód, tj. ok. 75% radców prawnych wpisanych na listy). Ponadto na ocenę dostępności społeczeństwa do pomocy prawnej wpływ ma także okoliczność, że około połowa (ok. 10 600) spośród wszystkich radców prawnych wykonuje zawód radcy na podstawie stosunku zatrudnienia, co często oznacza, że nie świadczy pomocy prawnej dla osób fizycznych (jakkolwiek przepisy na to zezwalają). Uwzględniając powyższe (tj., zmniejszając liczbę osób świadczących pomoc prawną w Polsce o liczbę radców prawnych wykonujących zawód na podstawie stosunku zatrudnienia) wskaźnik liczby osób świadczących pomoc prawną na 100 tys. mieszkańców wynosi ok. 49, a zatem jest bardzo niski.

² Por. Uzasadnienie do projekt ustawy o państwowych egzaminach prawniczych – <http://bip.ms.gov.pl/pl/projekty-aktow-prawnych/prawo-panstwowe/>.

Argumenty o swobodnej i niczym nieograniczonej możliwości skorzystania z pomocy radcy prawnego lub adwokata w świetle powyżej wskazanych danych nie są więc takie oczywiste. Powtórzyć więc można argument, iż działalność kancelarii i doradców odszkodowawczych może stanowić uzupełnienie dla istniejących kancelarii prawnych.

Idąc dalej, musimy odpowiedzieć sobie również na pytanie, czy poza wyborem pomiędzy radcą prawnym, adwokatem a kancelarią odszkodowawczą, poszkodowani/ubezpieczeni mają możliwość skorzystania z innych form pomocy w dochodzeniu roszczeń. Odpowiedzi należy udzielić pozytywnej. Poszkodowani mogą skorzystać z pomocy organów nadzoru i ochrony konsumentów np. poprzez skierowanie skargi lub wnioski do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Ubezpieczonych, czy też miejskich lub powiatowych konsumentów. Wprawdzie może zrodzić się argument, iż podmioty te realizując zadania publiczne nie mogą reprezentować poszkodowanych na etapie sądowego dochodzenia roszczeń, stąd ta forma reprezentacji może mieć charakter niepełny, zwrócić trzeba uwagę, iż zgodnie treścią art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, rzecznik konsumentów może wytaczać powództwa na rzecz konsumentów oraz wstępować, za ich zgodą, do toczącego się postępowania w sprawach o ochronę interesów konsumentów. Nie sposób również pominąć, iż Rzecznik Ubezpieczonych w 2007 r. został wyposażony w możliwość przedstawiania istotnego poglądu w sprawie w trybie art. 63 k.p.c. i jak wskazuje doświadczenie ta forma działania Rzecznika jest nie tylko kontynuacją prowadzonych postępowań skargowych, ale również istotnym wsparciem poszkodowanych na etapie postępowania sądowego. Dane statystyczne wskazują na wysoką skuteczność w stosowaniu tej instytucji.

Zwrócić należy uwagę na jeszcze jedną alternatywną możliwość skorzystania z usług fachowego pełnomocnika za relatywnie niewielką ekonomicznie kwotę. Mianowicie coraz większą popularność w Polsce zaczyna zyskiwać ubezpieczenie ochrony prawnej. Przedmiotem tego ubezpieczenia może być objęty szeroki katalog spraw związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej lub wykonywaniem wolnego zawodu, posiadania lub korzystania z nieruchomości, zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, doznania nieszczęśliwego wypadku, ochrony prawnej konsumenta, czy też w końcu przedmiotem umowy ubezpieczenia może być ochrona prawna związana z dochodzeniem odszkodowań od sprawcy lub innej osoby odpowiedzialnej cywilnie albo jego ubezpieczyciela. Odpowiednie ubezpieczenie ochrony prawnej może zatem zapewnić osobie poszkodowanej należytą ochroną prawną bez konieczności zapłaty pełnomocnikowi np. 40% otrzymanej kwoty zadośćuczynienia. Być może zatem, dobre ubezpieczenie ochrony prawnej może być alternatywą dla poszkodowanego/ubezpieczonego, oczywiście przezornego i wyedukowanego konsumenta, który przekonany o korzyściach takiego produktu, zawarłby umowę ubezpieczenia i korzystał z ochrony w sytuacji zaistnienia deliktu, skutkującego koniecznością dochodzenia roszczeń od sprawcy bądź jego ubezpieczyciela.

Kończąc, należy wskazać, iż w trakcie prac legislacyjnych znajduje się opracowany przez Ministerstwo Sprawiedliwości rządowy projekt ustawy o państwowych egzaminach prawnych. Jego podstawowym celem jest zwiększenie dostępności do usług prawnych poprzez utworzenie zawodu radcy prawnego i adwokata. Projekt ten przewiduje także wprowadzenie instytucji doradcy prawnego, która pozwoli określonej grupie osób występować przed sądami rejonowymi i wykonywać inne czynności prawne. Powyższe uprawnienie ma stanowić alternatywną, obok aplikacji, drogę dojścia do określonego wysoko kwalifikowanego zawodu prawniczego. Proponuje się, ażeby doradcom prawnym nadano uprawnienie do występowania przed sądami rejonowymi z wyłączeniem spraw z zakresu prawa karnego, karnego skarbowego, wykroczeń, rodzinnego i opiekuńczego. Ponadto doradca prawny będzie mógł udzielać porad prawnych, sporządzać opinie prawne i umowy. Doradca prawny będzie objęty obowiązkiem zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności prawnych. Listy doradców prawnych będą prowadzili prezesi sądów apelacyjnych. Dodatkowo tytułem zawodowym „doradcy prawnego” bez zdania odpowiedniego egzaminu nie będą mogły się posługiwać np. osoby świadczące usługi prawne na podstawie ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Można spodziewać się, że wejście proponowanych zmian w życie zwiększy wybór poszkodowanego co do podmiotu, który może pełnić rolę jego pełnomocnika w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych, zarówno na etapie likwidacji szkody, jak również w postępowaniach przed organami nadzoru lub ochrony praw konsumentów, czy wreszcie na drodze sądowej.

Wszystkich zainteresowanych problematyką działalności kancelarii odszkodowawczych i doradców odszkodowawczych zachęcamy również do zapoznania się ze sprawozdaniem z konferencji „Kancelarie i doradcy odszkodowawczy”, zorganizowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych i Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej w dniu 16 listopada 2010 r. w Warszawie, które opublikowane zostało na stronie internetowej Rzecznika – www.rzu.gov.pl.

W opracowaniu wykorzystano przemyślenia i wnioski zawarte (w:) K. Krawczyk, A. Daszewski, Kancelarie odszkodowawcze z perspektywy działalności Rzecznika Ubezpieczonych, Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 6 (1/2009), s. 160–165.

Problemy poszkodowanych w dochodzeniu roszczeń tytułem zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji w placówkach prywatnych w orzecznictwie sądowym

Stosownie do brzmienia art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Regulacja ta jest rozwinięciem i doprecyzowaniem ogólnych zasad dotyczących wyrównania szkody, a w szczególności art. 361 k.c., wyrażającego zasadę pełnego odszkodowania, czyli obejmującego w granicach normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzone.

Przepis zawarty w art. 444 § 1 k.c. oprócz tego, że przewiduje rekompensatę wszelkich kosztów powstałych dla poszkodowanego w związku z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a w szczególności wymienionych w przepisie kosztów leczenia oraz przystosowania do innego zawodu, wskazuje także prawo do żądania, aby zobowiązany do naprawienia szkody w przypadku, gdy chodzi o pokrycie kosztów leczenia lub przygotowania do innego zawodu, z góry wyłożył potrzebne na te cele środki.

Norma ta stanowi również wskazanie dla poszkodowanego, jakie działania powinien podjąć (leczenie oraz przystosowanie do innego zawodu), aby nie dopuszczać do powiększania się szkody.

W postępowaniach skargowych prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych na tle stosowania art. 444 § 1 k.c. wyłaniają się różnorodne problemy. Spory w tym zakresie dotyczą najczęściej kwestii dowodowych oraz zakresu podlegających wyrównaniu, w szczególności tych związanych z leczeniem.

Zarówno jeśli chodzi o pokrycie rzeczywiście poniesionych kosztów leczenia, jak i sytuacji gdy poszkodowany występuje z żądaniem wyłożenia z góry potrzebnej na leczenie kwoty pieniężnej pojawiają się problemy, gdy leczenie ma zostać lub zostało przeprowadzone w prywatnych placówkach medycznych.

Niektóre zakłady ubezpieczeń uznają, że jeżeli poszkodowanemu przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), poszkodowany powinien z nich skorzystać. Ubezpieczyciele przywołują wówczas art. 15 ust. 1 tej ustawy, zgodnie z którym świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W ust. 2 tego przepisu wskazuje natomiast zakres świadczeń gwarantowanych, które przysługują świadczeniobiorcy.

W postępowaniach skargowych często zdarzają się odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu leczenia w prywatnej placówce medycznej, uzasadniane niedochowaniem obowiązku zapobieżenia zwiększeniu szkody, wynikającego z art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) i brakiem wykazania, że zostały wykorzystane wszelkie możliwości podjęcia leczenia i rehabilitacji w ramach usług finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Odmowa pokrycia kosztów leczenia w placówkach prywatnych jest także przez zakłady ubezpieczeń uzasadniana w ten sposób, iż właściwie większość świadczeń medycznych oferowanych przez placówki prywatne mieści się w ramach usług finansowanych przez NFZ. Ponadto nie wszystkie koszty leczenia w prywatnych placówkach ubezpieczyciele uznają za normalne następstwo w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.

W okresie obowiązywania wprowadzonej ustawą z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 133, poz. 922) opłaty ryczałtowej wpłacanej na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, w prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych postępowaniach skargowych dotyczących odmowy pokrycia kosztów leczenia, zdarzył się przypadek, iż odmowa pokrycia kosztów leczenia została uzasadniona stwierdzeniem, że odszkodowanie zostało niejako wypłacone w ryczałcie odprowadzanym do NFZ.



Anna Dąbrowska
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

W orzecnictwie Sądu Najwyższego ogranicza się rozmiary obowiązku pokrycia „wszelkich kosztów” wymaganiem, aby ich żądanie było konieczne i celowe¹. Osoba domagająca się pokrycia tych kosztów powinna więc wykazać, że celowe jest stosowanie sposobów leczenia, zabiegów i środków niewchodzących w zakres leczenia uspołecznionego.

Orzecznictwo wskazuje więc, że należy się zwrot wydatków celowych, w praktyce jednakże ocena tej celowości może rodzić wiele problemów ze względu na konieczność indywidualnego podejścia do tych roszczeń i tym samym brak możliwości zastosowania jednolitych kryteriów takiej oceny.

Na tle takiej wykładni rodzi się pytanie, czy oraz w jakim zakresie poszkodowany uprawniony do korzystania ze świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego może uzyskać zwrot wydatków za leczenie w prywatnych placówkach medycznych.

Orzecznictwo wskazując taką możliwość, stara się doprecyzować okoliczności, w których powstałe w ten sposób wydatki mogą zostać przerzucone na barki osoby odpowiedzialnej za szkodę. Jako instytucję typową wymienia się spowodowanie przez osobę odpowiedzialną za szkodę tego typu schorzenia, które może doprowadzić do śmierci lub nieodwracalnego kalectwa, zwłaszcza gdy stosowane przez znany komercyjny ośrodek leczniczy (znanego specjalistę) i stojące na wysokim poziomie metody leczenia stwarzają większą szansę na uzyskanie korzystnego efektu leczniczego².

Zdaniem A. Szpunara górnym pułapem odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów leczenia nie może być zakres świadczeń objętych bezpłatną opieką lekarską w ramach ubezpieczenia społecznego. Uzasadnione jest więc żądanie zwrotu wydatków na określone leki czy też wynikłych wskutek korzystania z usług w zakresie praktyki prywatnej lekarzy³.

Warto w tym miejscu przywołać wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 listopada 1991 r. (sygn. akt III APr 75/91, OSA 1992, nr 6, poz. 38), w którym sąd uznał, że prawa do żądania zwrotu bądź wyłożenia z góry kosztów leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że korzysta z uzupełnionego lecznictwa, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod lecznictwa, zabiegów lub środków, które nie wchodzą w zakres leczenia uspołecznionego. Sąd zwrócił tutaj uwagę, że skorzystanie z art. 444 § 1 k.c. nie może być powiązane z potencjalną możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia.

Podstawy takiego rozumowania odnaleźć można także w starszym orzecnictwie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 czerwca 1969 r. (sygn. akt II PR 217/69, OSNC 1970, nr 3, poz. 50) uznał bowiem, że w sytuacji konkretnego zagrożenia całkowitą ślepotą szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne, obowiązek więc zwrócenia związanych z tym wydatków objęty jest przepisem art. 444 § 1 k.c.

Orzeczenia powyższe wskazują, że zgodnie art. 444 § 1 k.c. poszkodowany ma prawo wyboru w zakresie miejsca leczenia, spoczywa na nim jednak obowiązek wykazania potrzeby przeprowadzenia danego rodzaju leczenia, zabiegu, operacji w szpitalu prywatnym lub nawet za granicą oraz wielkości kosztów z tym związanych.

Omawiany przepis pozwala ponadto poszkodowanemu żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody wyłożenia z góry kwoty potrzebnej na pokrycie przyszłych kosztów związanych z leczeniem lub rehabilitacją. Przepis ten nie wymaga przy tym wykazywania, iż poszkodowany nie ma w danej chwili możliwości wyłożenia środków na pokrycie tych kosztów.

Wskazać warto, że w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt I CSK 384/07, OSP 2009, nr 2, poz. 20) sąd stwierdził, iż okolicznością sprzeciwiającą się uwzględnieniu żądania poszkodowanego wyłożenia z góry przez zobowiązanego do naprawienia szkody sumy potrzebnej na koszty leczenia (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.) nie jest wykazanie, że poszkodowany objęty jest finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Powyższe stanowisko Sądu Najwyższego należy uznać za doniosłe, gdyż wskazuje na znaczenie unormowania art. 444 § 1 zd. 2 k.c. i kierunki orzekania dla sądów niższych instancji, która nie powinna odsyłać poszkodowanego do wyłącznego korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia⁴.

Sąd Najwyższy podkreślił, że w przypadku art. 444 § 1 zd. 2 k.c. nieprawidłowa jest jego wykładnia, wedle której przepis ten miałby warunkować uwzględnienie żądania poszkodowanego wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia istnieniem potencjalnej możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych, a także uza-

¹ Por. wyroki SN z dnia 16 stycznia 1981 r. (sygn. akt I CR 455/80, OSNC 1981, nr 10, poz. 193; z dnia 14 maja 1997 r. (sygn. akt II UKN 113/97, OSNP 1998, nr 5, poz. 163).

² Por. A. Śmieja (w:) A. Olejniczak (red.), *System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna*, t. 6, C.H. Beck z Instytutem Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2009, s. 683–684.

³ A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1998, s. 143.

⁴ M. Nesterowicz, *glosa aprobująca do wyroku SN z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt I CSK 384/07, OSP 2009, nr 2, poz. 20)*.

leżnia uwzględnienia tego żądania od wykazania przez poszkodowanego negatywnej okoliczności, a mianowicie, że koszty leczenia nie mogą zostać opłacone ze środków publicznych.

Sąd słusznie przyjął, że uprawnienia poszkodowanego żądania wyłożenia z góry przez zobowiązanego sumy potrzebnej na koszty leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że jest on osobą uprawnioną do korzystania z systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych.

Interpretacja przepisu art. 444 § 1 zd. 2 k.c. musi być zgodna z celem i funkcją tej regulacji, tj. umożliwić poszkodowanemu wcześniejsze pozyskanie od zobowiązanego do naprawienia szkody środków finansowych potrzebnych na koszty leczenia, zważywszy zwłaszcza na fakt, że w razie nieobjęcia umową o udzielenie świadczeń zdrowotnych określonego świadczenia zdrowotnego ubezpieczony nie mógł żądać ustalenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, iż przysługuje mu prawo do danego świadczenia zdrowotnego⁵.

Dlatego należy przyjąć, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody, o wyłożeniu z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów (nie można żądać od poszkodowanego, np. wykazania, iż znajduje się on w trudnej sytuacji majątkowej) oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów.

Przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. 2 k.c., jest więc wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody, jest sumą potrzebną na koszty leczenia.

Sąd Najwyższy uznał, że poszkodowany, który domaga się wyłożenia z góry sumy odpowiadającej kosztom leczenia, np. operacji, zobowiązany jest wykazać konieczność wydania określonej kwoty, np. na przeprowadzenie operacji w danej placówce. Elementy te wypełniają treść ustawowej przesłanki „sumy potrzebnej na koszty leczenia”. Zobowiązany do naprawienia szkody, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niemu żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinien przedstawić dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną z łatwością pokryte ze środków publicznych. Zobowiązany powinien też wykazać, że koszty te zostaną pokryte w odpowiednim ze względu na konieczność przeprowadzenia leczenia terminie. Samo stwierdzenie, iż leczenie zostanie pokryte w ramach ubezpieczenia społecznego jest niewystarczające, iż nie uprawnia do oddalenia roszczeń.

Poszkodowany nie może zostać pozbawiony właściwego leczenia w odpowiednim terminie. Naprawienie szkody, która stanowi następstwo czynu niedozwolonego nie może być uzależnione od ubezpieczenia zdrowotnego, które funkcjonuje zupełnie w innym celu. Przykładowo może się bowiem zdarzyć, że lekarz będący specjalistą w określonej dziedzinie, z którego konsultacji lub usługi chce skorzystać poszkodowany pracuje wyłącznie w placówce prywatnej, która nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W innych ustawodawstwach europejskich nie spotyka się odpowiednika art. 444 § 1 zd. 2 k.c., przynajmniej w prawie materialnym. Brak ten nie stwarza jednak problemów zapewne dlatego, że systemy ochrony zdrowia (powszechne ubezpieczenie zdrowotne i dodatkowe ubezpieczenia) funkcjonują lepiej. Niemniej jednak polskie unormowanie można uznać za osiągnięcie pozwalające lepiej chronić poszkodowanego, który doznał szkody na osobie⁶.

Rozwinięcie powyższej problematyki w kontekście stosowania przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych znajdziecie Państwo w niniejszym numerze „Monitora” w artykule Edyty Ryś.

⁵ Por. uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 24 stycznia 2007 r. (sygn. akt III UZP 4/06, OSNP 2007, nr 15–16, poz. 226.

⁶ M. Nesterowicz, *op.cit.*

Zwrot kosztów leczenia przez ubezpieczyciela a ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Konstytucja RP w artykule 68 stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia (ust. 1)¹. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa (ust. 2). Jest to ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Przez określenie w ust. 1 ogólnego prawa do ochrony zdrowia wskazuje się, iż wykonywanie tego prawa następować będzie niezależnie od jakichkolwiek kryteriów. Z brzmienia tego przepisu wynika, że zarówno osobom ubezpieczonym jak i nieubezpieczonym przysługują takie same prawa w zakresie korzystania z finansowania z zasobów funduszy publicznych². Na władzach publicznych tj. państwie i samorządach spoczywa obowiązek uformowania odpowiednich służb lekarskich umożliwiających zapobieganie chorobom, w przypadku wystąpienia chorób możliwość odpowiedniego leczenia³. Przez środki służące realizacji prawa do ochrony zdrowia należy rozumieć istnienie odpowiedniej struktury ośrodków służby zdrowia oraz ich otrzymywania i finansowania kosztów leczenia⁴.

Przepisami szczególnymi regulującymi udzielanie świadczeń jest wspomniana już ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., która określa:

- 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 2a) zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.

Art. 15 cytowanej ustawy określa, że świadczeniobiorcy mają prawo do opieki zdrowotnej, której celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Ust. 2 wymienia świadczenia gwarantowane z zakresu :

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) leczenia szpitalnego;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 10) ratownictwa medycznego;
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków.

Wszystkie pozostałe usługi medyczne, świadczenia, leczenie, zabiegi nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Gwarancyjny i chory zmuszony jest do skorzystania z lecznictwa prywatnego, którego koszt pokrywa z własnej kieszeni.



Edyta Ryś
aktualnie przygotowuje
pracę doktorską
pt. „Odpowiedzialność
cywilna z tytułu śmierci
osoby bliskiej”

¹ Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

² J. Boć (red.), *Komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, Wrocław 1998, s. 126 i 127.

³ *Ibidem*, s. 126.

⁴ *Ibidem*, s. 127.

Podstawowe definicje

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;

Potrzeby zdrowotne – liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;

Świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;

Koszty leczenia – koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne i operacyjne, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych leków i środków opatrunkowych⁵;

System opieki zdrowotnej w Polsce – zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym;

Uszkodzenie ciała w rozumieniu art. 444 § 1 i 445 § 1 k.c. – uszkodzeniem jest takie oddziaływanie na ciało ludzkie, które pozostawia na nim wyraźny ślad będący wynikiem naruszenia tkanek organizmu, bez względu na to czy chodzi o uszkodzenie jedynie powierzchowne czy też uszkodzenie poważne, np. powiązane ze złamaniem kości, uszkodzeniem mięśni itp. Natomiast rozstrojem zdrowia w rozumieniu tych przepisów będzie takie oddziaływanie na organizm ludzki, które pociąga za sobą zakłócenie jego funkcji⁶;

Uszkodzenie ciała – przez uszkodzenie należy rozumieć naruszenie integralności cielesnej (fizycznej), pozostawiające wyraźne ślady zarówno o charakterze zewnętrznym (np. pozbawienie kończyn), jak i uszkodzenie narządów wewnętrznych. Rozstrój zdrowia z kolei polega na różnorodnych zakłóceniach normalnego funkcjonowania organizmu ludzkiego takich jak nerwice, czy choroby psychiczne⁷ (wyrok SN z dnia 12 marca 1975 r., sygn. akt II CR 18/75, niepubl.).

System opieki zdrowotnej w Polsce

Obecnie system opieki zdrowotnej kształtowany jest przez dwie podstawowe ustawy: ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawę o zakładach opieki zdrowotnej.

Uczestników systemu można podzielić na następujące kategorie: świadczeniobiorców – czyli pacjentów, instytucję ubezpieczenia zdrowotnego pełniącą funkcję płatnika – czyli Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniodawców: zakłady opieki zdrowotnej, które można podzielić ze względu na organ założycielski na publiczne (SPZOZ) oraz niepubliczne (NZOZ), praktyki lekarskie, lekarsko–dentystyczne, pielęgniarstwo oraz położnicze, apteki, innych świadczeniodawców. Jako organy kontroli i nadzoru wskazuje się w ustawie: Państwową Inspekcję Sanitarną („Sanepid”), Państwową Inspekcję Farmaceutyczną, wojewodów i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych, Ministerstwo Zdrowia, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych.

Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony), która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ). Niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia a nie ze środków NFZ.

Od dnia 1 stycznia 2007 r. z budżetu państwa finansowane jest również w całości przedszpitalne ratownictwo medyczne (pogotowie ratunkowe). Odpłatność za koszty leczenia pokrywa ubezpieczyciel. Kwoty refundacji ustalone są poprzez wartość dobrowolnego ubezpieczenia i mogą pokrywać 100% lub mniej rzeczywistych kosztów leczenia.

Podstawowym ogniwem systemu jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, którym najczęściej jest lekarz specjalista medycyny rodzinnej. Odpowiedzialny jest on za leczenie oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej zapisanych do niego pacjentów. W przypadku, gdy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz POZ wydaje skierowanie do poradni specjalistycznej lub szpitala. Skierowania nie wymaga wizyta w poradniach: ginekologiczno–położniczej, okulistycznej, onkologicznej, psychiatrycznej, skórno–wenerologicznej, stomatologicznej.

⁵ http://pl.wikipedia.org/wiki/Koszty_leczenia.

⁶ M. Świerczyński, *Zwrot kosztów* – <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/5069>.

⁷ Por. Z. Radwański, *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2001, s. 215; M. Saffan, *Komentarz*, Warszawa 2008, s. 1285.

Skierowanie nie jest również wymagane od osób: chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych i osób represjonowanych, uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.

Podstawą do uzyskania świadczeń zdrowotnych jest okazanie dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego, którym mogą być m.in.:

- legitymacja ubezpieczeniowa;
- legitymacja ubezpieczeniowa dla członków rodziny pracownika;
- legitymacja emeryta–rencisty.

Osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ mogą uzyskać przed wyjazdem niezarobkowym do innego kraju członkowskiego UE Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego. Uprawnia ona do uzyskania w nagłych wypadkach świadczeń zdrowotnych w zakresie i na zasadach, na jakich przysługują one obywatelom danego kraju członkowskiego. Karta ta nie uprawnia jednak do leczenia, jeśli celem wyjazdu jest uzyskanie świadczeń medycznych.

Osoby, które wyjechały do innego kraju UE w celach zarobkowych, z chwilą podjęcia tam pracy przestają być objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ i muszą zostać objęte systemem ubezpieczeniowym danego kraju.

Problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej

System opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat przeżywa poważne trudności, które na chwilę obecną objawiają się:

- utrudnionym dostępem do leczenia specjalistycznego (w szczególności szpitalnego) i długimi kolejkami oczekujących na świadczenia⁸;
- czas oczekiwania sięga kilku lat i często wydłuża się, ze względu na znaczną liczbę pacjentów przyjmowanych poza kolejką bez uzasadnienia medycznego⁹, w tym także w wyniku korupcji¹⁰;
- niezadowalającą jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- niskimi płacami w sektorze opieki zdrowotnej i masową emigracją specjalistycznych kadr medycznych do pozostałych krajów Unii Europejskiej;
- zadłużaniem się publicznych zakładów opieki zdrowotnej (na koniec 2008 r. długi szpitali wyniosły 3,5 mld zł¹¹) i handlem długami polskich szpitali (skupowały je głównie firmy Magellan, MW Trade i Electus¹²).

Wśród przyczyn generujących problemy najważniejszymi są¹³:

- archaiczna i nieefektywna struktura Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR)¹⁴;
- niewystarczający poziom finansowania systemu ze środków publicznych;
- centralne planowanie limitu chorych w danej specjalizacji na dany rok^{15 16};
- monopsoniczna pozycja publicznego płatnika (NFZ);
- nieprzejrzysta polityka w zakresie refundacji leków;
- brak jednoznacznych kryteriów kolejności udzielania świadczeń, co w sytuacji trwałego ich deficytu prowadzi do korupcji¹⁷;
- niewystarczający nadzór nad działaniem ośrodków leczniczych, co skutkuje oszustwami i korupcją¹⁸;
- ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ)¹⁹;
- mocno ograniczona odpowiedzialność organów założycielskich SPZOZ za ich zobowiązania finansowe;
- brak sprawnego, zintegrowanego systemu informatycznego w opiece zdrowotnej (Rejestr Usług Medycznych jest budowany od 1992 r.)²⁰.

Zwrot kosztów leczenia przez ubezpieczyciela na mocy art. 444 k.c.

W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty (§ 1). Ponadto zobowiązany do naprawienia szkody na żądanie poszkodowanego musi wyłożyć z góry

⁸ *Rehabilitacja to walka nie tylko o zdrowie, ale i życie*, Dziennik Polski, 2010.

⁹ *NIK o dostępności usług medycznych*, Najwyższa Izba Kontroli, 2010.

¹⁰ *Lekarz brał łapówki za „przyspieszenie” kolejki na zabieg*, Wirtualna Polska, 2010.

¹¹ *Nasz Dziennik*, 21.01.2009 r., s. 5.

¹² *Metro*, 12.02.2009 r., s. 4.

¹³ http://pl.wikipedia.org/wiki/System_opieki_zdrowotnej_w_Polsce.

¹⁴ *Przedsiębiorca piekła*, Dziennik Polski, 2010.

¹⁵ *Mam umrzeć w kolejce do kardiologa?*, Gazeta.pl, 2010.

¹⁶ *Dwa miesiące oczekiwania na leczenie raka mózgu*, Gazeta Prawna, 2010.

¹⁷ *NIK o mechanizmach korupcyjnych w szpitalach klinicznych*, Najwyższa Izba Kontroli, 2010.

¹⁸ *Korupcja w ochronie zdrowia – gdzie i dlaczego powstaje, jak jej zapobiec*, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy.

¹⁹ A. Kaczmarczyk, *Taniec z pacjentami*, Dziennik Polski, 2010.

²⁰ http://pl.wikipedia.org/wiki/System_opieki_zdrowotnej_w_Polsce.

sumę potrzebną na koszty leczenia, jeżeli poszkodowany stał się inwalidą to także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu (§ 2).

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zwrotu poniesionych kosztów:

1. Leczenia szpitalnego: zabiegi, operacje, opieka lekarska, pielęgnarska, konsultacje u specjalistów;
2. Opieki pozaszpitalnej: zabiegi ambulatoryjne, wizyty domowe lekarskie, domowa opieka pielęgnarska, wizyty u specjalistów, domowe zabiegi rehabilitacyjne (wyrok SN z dnia 26 czerwca 1969 r., sygn. akt II PR 217/69, OSNC 1970, nr 3, poz. 50);
3. Leczenia: za środki przeciwbólowe, rozluźniające, maści, kołnierze ortopedyczne;
4. Sprzętów w postaci wózka, okularów, kul, lasek, protez, aparatów słuchowych, sprzętu ortopedycznego, sprzętu rehabilitacyjnego;
5. Przejazdu osób bliskich i trzecich do szpitala i ze szpitala (wyrok SN z dnia 7 października 1971 r., sygn. akt II CR 427/71, OSP 1972, nr 6, poz. 108);
6. Pomocy i opieki poszkodowanym (wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 11 grudnia 2007 r., sygn. akt V Ca 2408/07, niepubl.);
7. Odpowiedniego odżywiania związanego z doznanymi urazami po wypadku (wyrok SN z dnia 19 lipca 1968 r., sygn. akt I PR 228/68, niepubl.);
8. Zatrudnienia pomocy do wykonywania określonych prac domowych;
9. Wyjazdów na turnusy rehabilitacyjne i do sanatorium.

Powyższy katalog kosztów, które ubezpieczyciel jest zobowiązany zwrócić poszkodowanemu nie jest katalogiem zamkniętym, tylko przykładami kosztów, jakie ma obowiązek pokryć ubezpieczyciel. Powinny być uwzględniane wszelkie koszty, które biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy medycznej, dają realne szanse na poprawę stanu zdrowia poszkodowanego, a nie tylko koszty uwzględniane np. w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (por. wyrok SN z dnia 12 grudnia 2002 r., sygn. akt II CKN 1018/00, niepubl.).

Interpretacja przepisu art. 444 § 1 zd. 2 k.c. musi być zgodna z celem i funkcją tej regulacji, tj. umożliwić poszkodowanemu wcześniejsze pozyskanie od zobowiązanego do naprawienia szkody środków finansowych potrzebnych na koszty leczenia, zważywszy zwłaszcza, że w razie nieobjęcia umową o udzielenie świadczeń zdrowotnych określonego świadczenia zdrowotnego ubezpieczony nie mógł żądać ustalenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, iż przysługuje mu prawo do danego świadczenia zdrowotnego (patrz uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 24 stycznia 2007 r., sygn. akt III UZP 4/06, OSNP 2007, nr 15–16, poz. 226). Dlatego należy przyjąć, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko ubezpieczycielowi, o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że ubezpieczyciel wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów.

I pojawia się problem...

W związku ze zwrotem poniesionych kosztów leczenia przez poszkodowanego pojawia się problem korzystania z bezpłatnej służby zdrowia. Zasadne jest pokrycie kosztów usług poniesionych poza publiczną służbą zdrowia w przypadku, kiedy te usługi są niedostępne w ramach NFZ. Innymi słowy należy się zwrot poniesionych kosztów, które nie zostały pokryte przez inne instytucje na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dla przykładu: koszt zakupu protezy wynosi 5000 zł. Z tego 1500 zł pokryła kasa chorych, a 1000 zł PFRON. Od ubezpieczyciela możemy domagać się zwrotu 2500 zł, czyli tej części, której nikt nie pokrył.

Jeżeli lekarz zalecił badanie lub zabieg, który nie jest dostępny lub czas oczekiwania w kolejce jest długi, zwrot kosztów należy się poszkodowanemu. Na takim stanowisku stoi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 czerwca 1969 r. (sygn. akt II PR 217/69, OSNC 1970, nr 3, poz. 50). Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w swoim wyroku z dnia 26 listopada 1991 r. pisząc, że: „prawa żądania zwrotu lub wyłożenia z góry kosztów leczenia nie pozbawia również poszkodowanego okoliczność, że korzysta on z prywatnego lecznictwa jeżeli tylko wykazane zostanie, iż niezbędne jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów czy środków, które nie wchodzą w zakres lecznictwa uspołecznionego lub do których dostęp jest wysoce utrudniony lub wiąże się z długim oczekiwaniem” (wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 26 listopada 1991 r., sygn. akt III APr 75/91, OSA 1992, nr 6, poz. 38, podobnie wyrok SN z dnia 26 czerwca 1969 r., sygn. akt II PR 217/69, OSNC 1970, nr 3, poz. 50).

„Okolicznością sprzeciwiającą się uwzględnieniu żądania poszkodowanego wyłożenia z góry przez zobowiązanego do naprawienia szkody sumy potrzebnej na koszty leczenia (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.) nie jest wykazanie, że poszkodowany objęty jest finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych” (wyrok SN z dnia 13 grudnia 2007 r., sygn. akt I CSK 384/07, OSP 2009, z. 2, s. 138 i nast.).

Rodzi się jednak pytanie co ma zrobić poszkodowany w następującej sytuacji: musi poddać się zabiegowi świadczenemu w ramach usług NFZ, ale termin oczekiwania wynosi około 1,5 roku i musi zapisać się na listę oczekujących, koszt tego zabiegu wynosi na przykład 6000 zł i lekarz wskazuje na konieczność wykonania zabiegu w przeciągu miesiąca czasu, gdyż dłuższe oczekiwanie stwarza zagrożenie dla jego zdrowia. Poszkodowany zadaje pytanie ubezpieczycielowi czy ten pokryje koszty zabiegu lub czy dokona zwrotu w przypadku, kiedy poszkodowany sam wyłoży pieniądze. Ubezpieczyciel na podstawie opinii swojego lekarza orzecznika odmawia refundacji kosztów zabiegu uważając, iż poszkodowany może poczekać owe 1,5 roku na zabieg refundowany w ramach usług świadczonych przez NFZ. Czy w tej sytuacji poszkodowany ma poczekać na swój termin czy ma wyłożyć własne pieniądze w celu ratowania zdrowia wiedząc, że nie otrzyma zwrotu przez ubezpieczyciela?

Teoria a praktyka

Orzecznictwo przyjmuje, że należy się zwrot tylko wydatków celowych. Ocena celowości jest sprawą bardzo delikatną i nie ma możliwości ustalenia ogólnych wytycznych. Obowiązek ten dotyczy wydatków rzeczywiście poniesionych. Nie wystarczy więc wykazanie, że były one obiektywnie potrzebne. Jeżeli były podstawy do dokonania zwrotu, to zwrot powinien nastąpić, chociaż wydatki nie odniosły zamierzonego skutku. Teoria nakazuje także zaspokoić zasadę pełnego odszkodowania czyli dokonać zwrotu wszelkich poniesionych kosztów. W praktyce ubezpieczyciel często nie stosuje się do tej zasady i dokonując zwrotu poniesionych wydatków kieruje się zasadą własnego uznania. A już absurdem jest sytuacja, w której lekarz orzecznik ubezpieczyciela podważa dokumentację medyczną poszkodowanego, która jest prowadzona przez bezpośredniego lekarza poszkodowanego, tym samym podważa kompetencje innego lekarza. Kolejnym problemem jest brak pisemnego zalecenia lekarza na zakup środków w postaci witamin, środków opatrunkowych czyli medykamentów ogólnie dostępnych bez recepty. Poszkodowany otrzymuje zlecenie przyjmowania tychże środków i dokonuje ich zakupu dokumentując to rachunkiem, fakturą i otrzymuje odmowę z powodu braku pisemnego zalecenia. W takich przypadkach winna być brana pod uwagę logika i celowość zastosowanych leków.

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych rozważań nieprawidłowe działanie systemu zdrowotnego ma bezpośrednie przełożenie na poszkodowanego i ubezpieczyciela. Dla poszkodowanego skutkuje to brakiem możliwości otrzymania bezpłatnego leczenia i pomocy medycznej w bardzo szybkim czasie po wypadku, co bardzo często ma istotne znaczenie dla skutków doznanych urazów po wypadku. Poszkodowany zmuszony jest do leczenia prywatnego w celu zniwelowania skutków wypadku, żeby nie narazić się na zarzut przyczynienia się do powiększania powstałych i istniejących już skutków doznanych urazów. Bardzo często musi korzystać z zabiegów prywatnych w celach ratowania zdrowia i życia.

Dla ubezpieczyciela skutkuje to możliwością odmowy dokonania zwrotu poniesionych kosztów leczenia uzasadniając odmowę tym, że przecież dany zabieg mieści się w ramach usług świadczonych przez NFZ – nieważne jaki jest termin oczekiwania i jakie są konsekwencje zdrowotne dla poszkodowanego. Często odmowy zwrotu kosztów leczenia dokonywane są bez głębszej analizy zebranych akt szkodowych w danym przypadku. A takie odmowy w nagłych sytuacjach, kiedy poszkodowany traci wszystko w wypadku i nie ma środków na leczenie są negatywne w skutkach dla niego.

Oczywistym jest, że nie można obarczać ubezpieczyciela odpowiedzialnością za wady systemu zdrowotnego w Polsce. Tak samo oczywistym jest, że skoro ustawodawca dokonał zapisu art. 444 k.c. to poszkodowany ma pełne prawo z niego skorzystać. W zestawieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z art. 444 k.c. można dopatrzeć się pewnej rozbieżności i niespójności. Sięgając do brzmienia wspomnianej ustawy z 2006 r. czytamy w art 14b, iż Fundusz pokrywa koszty świadczeń opieki zdrowotnej w przypadkach, gdy konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC. Klarownym było wtedy, że ubezpieczyciel pokrywa wydatki konieczne poniesione przez poszkodowanego, ale nie mieszczące się w zakresie świadczeń refundowanych przez NFZ.

W obecnym stanie prawnym artykuł ten został uchylony, zatem nadal kwestią sporną pozostaje czy poszkodowany ma korzystać z leczenia prywatnego i ponosić koszty oczekując zwrotu przez ubezpieczyciela, czy też ma czekać w kolejce na świadczenia w ramach NFZ i cierpieć.

Pocieszająca jest wiadomość, iż ubezpieczyciele postanowili kierować ofiary wypadków do ośrodków rehabilitacyjnych, z którymi podpisali umowy co oznacza, że poszkodowany nie będzie musiał wyłożyć własnych pieniędzy na rehabilitację. Zdaniem ubezpieczycieli to świetny pomysł szybkiej pomocy na powrót do zdrowia poszkodowanym²¹. Rodzi się tylko pytanie, czy ktoś ma prawo zmusić poszkodowanych do skorzystania z konkretnie wskazanej placówki rehabilitacyjnej?

²¹ *Ubezpieczyciele sami wybiorą ośrodki rehabilitacyjne*, Dziennik Gazeta Prawna 19.10.2010 r., nr 402(2835), A3.

Renta uzupełniająca (wyrównawcza) w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego

Podstawy prawne do dochodzenia renty

Niejednokrotnie w wyniku określonego deliktu, np. wypadku drogowego spowodowanego przez sprawcę, poszkodowany zostaje pozbawiony możliwości uzyskiwania zarobków i innych korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Powstaje zatem pytanie czy w przypadku utraty możliwości zarobkowania na skutek wypadku poszkodowany może żądać od sprawcy deliktu (jego zakładu ubezpieczeń) wyrównania tej straty w postaci renty? Odpowiedź na to pytanie jest twierdząca. Zgodnie bowiem z treścią art. 444 § 2 k.c.: „jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty”. Natomiast zgodnie § 3 wskazanego art. 444 k.c.: „jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa”.

Roszczenie o rentę przysługuje zatem poszkodowanemu, jeżeli:

- całkowicie lub częściowo utracił on zdolność do pracy zarobkowej;
- zmniejszyły się jego widoki powodzenia na przyszłość;
- lub jeżeli zwiększyły się jego potrzeby.

Każda z wymienionych wyżej okoliczności może stanowić samodzielną podstawę do zasądzenia renty. W powołanym przepisie pierwszy przypadek dotyczy dochodzenia tzw. renty uzupełniającej (wyrównawczej), która kompensować ma utratę dochodów na skutek utraty zdolności do zarobkowania. Drugi dotyczy sytuacji zmniejszenia się widoków powodzenia poszkodowanego na przyszłość, który może wyrażać się w szkodzi, która polega na utracie innych korzyści majątkowych, jakie poszkodowany dzięki swym indywidualnym właściwościom (np. wysokie kwalifikacje, szczególnie uzdolnienia) mógłby osiągnąć przy pełnej sprawności organizmu. Trzeci przypadek dotyczy możliwości dochodzenia tzw. renty na zwiększone potrzeby, która stanowi szkodę przyszłą wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na prowadzenie stałego leczenia, wykonywania zabiegów, rehabilitacji, specjalnego odżywiania, sprawowania opieki ze strony osób trzecich, itp. Reasumując zatem, powództwo poszkodowanego będzie uwzględnione, jeżeli wykaże on że zachodzi co najmniej jedna z przesłanek wymienionych w art. 444 § 2 k.c. (utrata w całości lub w części zdolności do pracy zarobkowej, zwiększenie potrzeb, zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość). Możliwe jest zatem, np. zasądzenie renty uzupełniającej w związku z utratą możliwości zarobkowania wraz z rentą na zwiększone potrzeby (np. konieczność ponoszenia stałych kosztów leczenia, rehabilitacji, sprawowania opieki). Powyższe potwierdza orzecznictwo Sądu Najwyższego, i tak dla przykładu w wyroku z dnia 24 września 2009 r. (sygn. akt II PK 65/09) SN wskazał, iż: „Art. 444 § 2 k.c. reguluje trzy, oparte na różnych podstawach faktycznych, świadczenia rentowe: z tytułu utraty zdolności do zarobkowania, z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego oraz z tytułu zmniejszenia się jego widoków powodzenia na przyszłość. Każda z wymienionych w tym przepisie podstaw świadczenia rentowego stanowi samoistną przesłankę jej zasądzenia”.

W przedmiotowym opracowaniu postaram się przybliżyć kształtujące się orzecznictwo w odniesieniu do renty uzupełniającej. W kolejnym numerze „Monitora Ubezpieczeniowego” zostanie przedstawione orzecznictwo dotyczące renty przyznawanej w sytuacji, kiedy zmniejszyły się widoki powodzenia na przyszłość poszkodowanego oraz renty na zwiększone potrzeby.

Charakter prawny renty uzupełniającej

Jak wskazuje się w doktrynie wskazane wyżej następstwa deliktu, tzn. czasowa lub częściowa niezdolność do pracy zarobkowej poszkodowanego, zwiększenie się jego potrzeb lub też zmniejszenie się jego widoków powodzenia na przyszłość powinny mieć charakter trwały, co nie oznacza że nieodwracalny¹. Podobnie analogicznie wskazuje również orzecznictwo sądowe, wskazując, iż trwały charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest warunkiem powstania prawa do renty. Dla przykładu w wyroku z dnia 3 października 1966 r. (sygn. akt III CZP 17/66), Sąd Najwyższy wskazał, iż: „Renta ma za zadanie naprawienie tylko takich szkód, które nastąpią w bliższej lub dalszej przyszłości (utrata przyszłych zarobków, utrata widoków powodzenia w przyszłości, niezaspokojenie przyszłych zwiększonych potrzeb). Jest



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ G. Bieniek, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. I, Warszawa 2007, s. 481; A. Cisek, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 792; A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkodą na mieniu i na osobie*, Bydgoszcz 1999, s. 145.

to wynikiem tego, że szkoda, którą ma wynagrodzić renta, będąc konsekwencją trwałych skutków uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, ma charakter szkody ciągłej, która narasta sukcesywnie z upływem czasu”. Podobnie wskazał SN w wyroku z dnia 22 czerwca 2005 r. (sygn. akt III CK 392/04): „Każda z wymienionych okoliczności może stanowić samodzielną podstawę zasądzenia renty. Warunkiem powstania prawa do renty jest trwały charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia”.

Jak podkreśla zarówno doktryna² jak i orzecznictwo sądowe charakter prawny renty wskazuje, iż stanowi ona formę odszkodowania i nie ma charakteru alimentacyjnego w odróżnieniu od renty alimentacyjnej, która na podstawie art. 446 § 2 k.c. przysługuje osobom najbliższym zmarłego na skutek wypadku, względem których ciążył na nim ustawowy obowiązek alimentacyjny oraz innym osobom bliskim, którym zmarły poszkodowany stale i dobrowolnie dostarczał środków utrzymania i z okoliczności sprawy wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego. Warto dla przykładu wskazać w tym miejscu na orzeczenie SN z dnia 10 czerwca 1999 r. (sygn. akt II UKN 682/98), gdzie wskazana jest następująca konkluzja: „Renta stanowi formę odszkodowania, a to przysługuje o tyle, o ile żądający go poniósł szkodę. Szkoda ta zamyka się w wysokości zarobków, jakie w normalnym toku zdarzeń poszkodowany uzyskałby, gdyby nie uległ wypadkowi powodującemu pozbawienie go zdolności do pracy zarobkowej lub ograniczenie tej zdolności”³.

Ustalanie wysokości renty uzupełniającej⁴

Renta określona w art. 444 § 2 k.c. ma na celu naprawienie szkody wyrażającej się w nieosiągnięciu zarobków oraz innych korzyści majątkowych, jakie poszkodowany mógłby osiągnąć w przyszłości, gdyby nie wypadek, w wyniku którego poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W przypadku utraty zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy (całkowitej niezdolności do pracy) rentę przyznaje się w wysokości zarobków, jakie poszkodowany uzyskałby, gdyby był zdolny do pracy. Renta przysługująca poszkodowanemu, który zachował częściową zdolność do pracy, powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie mógłby osiągnąć, gdyby nie uległ wypadkowi, a sumą renty inwalidzkiej i wynagrodzenia, jakie – w konkretnych warunkach – jest w stanie uzyskać przy wykorzystaniu swej uszczuplonej zdolności do pracy. Jeżeli zatem utrata zdolności do pracy jest tylko częściowa, to szkoda jest mniejsza, a co za tym idzie, wysokość renty należy zmniejszyć o taką kwotę jaką poszkodowany może miesięcznie zarobić w ramach swej zmniejszonej (uszczuplonej) zdolności do pracy. Przy ocenie czy poszkodowany może uzyskać taką pracę, należy liczyć się z jego stanem zdrowia i granicami możliwości⁵. Wynika stąd konieczność dostosowania się poszkodowanego do zmienionych warunków życiowych (także przyjęcia gorzej opłacanej pracy). Poszkodowany jest zatem obowiązany do wykorzystywania zachowanej zdolności do pracy, zaś nieuzasadniona odmowa podjęcia pracy pozwala na zmniejszenie wysokości świadczenia o kwotę, którą uzyskiwałby on w wyniku pracy⁶. Z tym zastrzeżeniem, że poszkodowany nie ma obowiązku podjęcia się każdej pracy⁷. Dlatego też może wystąpić sytuacja, w której poszkodowany otrzyma pełną rentę, tzn. w wysokości utraconych zarobków jakie mógłby osiągnąć, gdyby wypadek nie nastąpił, chociaż nie utracił całkowicie zdolności do pracy zarobkowej. Taka sytuacja może np. zachodzić w razie utraty przez poszkodowanego, znajdującego się w wieku przedemerytalnym zdolności wykonywania wyuczonej pracy z równoczesnym znacznym ograniczeniem rodzajów wysiłków fizycznych, przy których nie zachodzą przeciwwskazania lekarskie i przy znacznym ograniczeniu podaży wolnych miejsc pracy specjalnie chronionej⁸. Ponadto SN wskazał również, iż w orzecznictwie nie ma rozbieżności odnośnie tego, czy poszkodowany jest obowiązany do wykorzystania zachowanej zdolności do pracy. Jedykatura od dawna stoi na stanowisku, że poszkodowany obowiązany jest wykorzystać zachowaną zdolność do zarabkowania, jeżeli utracił tę zdolność tylko częściowo, co nie oznacza jednakże aby była podstawa do przyjęcia jako zasady, że ze względu na brak ofert pracy możliwości zarabkowania powoda należy ograniczyć do połowy najniższego (minimalnego) wynagrodzenia, bowiem nie znajduje to uzasadnienia w art. 444 § 2 k.c. Zdaniem SN nie można wprowadzić wykluczyć, że w niektórych przypadkach możliwe wykorzystanie zachowanej zdolności do pracy pozwoli osiągnąć zarobek w tej wysokości, jednak musi to mieć uzasadnienie w konkretnych okolicznościach faktycznych⁹.

² A. Cisek, *op.cit.*, s. 792; A. Szpunar, *op.cit.*, s. 145.

³ Patrz także: wyrok SN z dnia 28 lutego 1974 r. (sygn. akt II PR 61/74); z dnia 20 grudnia 1977 r. (sygn. akt IV CR 486/77) oraz wyrok z dnia 16 lutego 1965 r. (sygn. akt I PR 330/64).

⁴ Patrz również A. Daszewski, *Jak ustala się wysokość renty uzupełniającej, jaka powinna być jej wysokość*, http://rzu.gov.pl/czesto-zadawane-pytania/ubezpieczenia-komunikacyjne-odpowiedzialnosc-cywilnej-oc-szkody-osobowe/Jak_sie_ustala_wysokosc_renty_uzupelniajacej_jaka_powinna_byc_jej_wysokosc___1560.

⁵ Wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r. (sygn. akt II UKN 682/98). Por. także orzeczenie SN z dnia 25 lutego 1959 r. (sygn. akt 1 CR 12/59); z dnia 26 października 1960 r. (sygn. akt 2 CR 572/60); z dnia 23 lipca 1963 r. (sygn. akt I CR 656/62); z dnia 16 stycznia 1962 r. (sygn. akt 4 CR 369/61); z dnia 8 kwietnia 1963 r. (sygn. akt 3 CR 435/62); z dnia 5 marca 1965 r. (sygn. akt II PR 50/65) i wyroki: z dnia 10 marca 1965 r. (sygn. akt II PR 44/65); z dnia 12 czerwca 1969 r. (sygn. akt I PR 151/69); z dnia 24 czerwca 1969 r. (sygn. akt II PR 225/69); z dnia 17 lipca 1975 r. (sygn. akt I CR 370/75) oraz z dnia 10 kwietnia 1975 r. (sygn. akt I PRN 3/75), z dnia 4 października 2007 r. (sygn. akt I PK 125/07) i z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt I UK 350/06).

⁶ Por. wyrok SN z dnia 2 marca 1966 r. (sygn. akt II PR 18/66).

⁷ Wyrok SN z dnia 8 czerwca 2005 r. (sygn. akt V CK 710/04).

⁸ Tak SN w wyroku z dnia 10 października 1977 r. (sygn. akt IV CR 36/77).

⁹ Por. orzeczenie SN z dnia 4 października 2007 r. (sygn. I PK 125/07).

W sytuacji, kiedy istnieje możliwość w drodze zabiegu operacyjnego czy też procesu rehabilitacji przywrócenia w całości lub częściowo zdolności osoby poszkodowanej do pracy, powstaje pytanie, czy poszkodowany może być zmuszony do poddania się takiemu zabiegowi i jakie są konsekwencje odmowy. W wyroku z dnia 15 marca 1961 r. (sygn. akt II CR 867/59), Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż: „Poszkodowany nie może być zmuszony do poddania się zabiegowi operacyjnemu; decyzja w tym przedmiocie należy wyłącznie do niego. Odmowa zaś poddania się operacji nie może być uznana za działanie sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, tym samym więc nie może powodować zmniejszenia odszkodowania; Poszkodowany bowiem może nie być psychicznie przygotowany do poddania się operacji, która zawsze jest połączona z dolegliwościami i pewną dozą ryzyka i której wyniku korzystnego dla poszkodowanego nikt nie jest w stanie zagwarantować. Osoba zatem odpowiedzialna za szkodę nie może bronić się skutecznie zarzutem, że poszkodowany byłby zdolny do pracy, gdyby poddał się operacji”. Natomiast wyroku z dnia 11 stycznia 1978 r. (sygn. akt III PR 183/77), Sąd Najwyższy przedstawił jeszcze inne zapatrywanie wskazując iż: „Odmowa poszkodowanego poddania się wypróbowanemu i powszechnie stosowanemu zabiegowi lekarskiemu, przynoszącemu z reguły pomyślne wyniki i poprawę stanu zdrowia oraz zdolność do samodzielnego utrzymania się, powinna opierać się na motywacji zrozumiałej przynajmniej dla specjalistów i znajdującej oparcie w rzeczywistości występujących reakcjach organizmu ludzkiego, jeżeli ma wywrzeć wpływ na ocenę zakresu odpowiedzialności sprawcy szkody”¹⁰. Z treści przedmiotowych wyroków można zatem wysnuć wniosek, iż w przypadku kiedy mamy do czynienia z sytuacją, gdzie brak jest z jednej strony obiektywnych lekarskich przesłanek do stawiania tezy o ryzyku operacji, sam zaś zabieg był już z powodzeniem wcześniej stosowany, wydaje się, że poszkodowany powinien poddać się takiemu zabiegowi, jeżeli przyczyni się on do przywrócenia w całości lub częściowo zdolności osoby poszkodowanej do pracy.

W przypadku ustalenia wysokości renty uzupełniającej, szukamy odpowiedzi na pytanie, w jakiej wysokości zarobki (wynagrodzenie) osiągałby poszkodowany, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Zatem na tym tle, czyli ustalenia wysokości hipotetycznych zarobków często występują istotne trudności, również z uwagi na różnorodność stanów faktycznych, na które niewątpliwym wpływ ma aktywność zawodowa poszkodowanych na różnych płaszczyznach. Kierując się orzecznictwem sądowym można wskazać pewne wytyczne, które należy mieć na uwadze przy ustalaniu wysokości renty uzupełniającej:

- dla prawidłowej oceny zasadności roszczenia o rentę odszkodowawczą konieczne jest ustalenie i porównanie wysokości średnich zarobków poszkodowanego osiągniętych przed wypadkiem z wysokością takich zarobków jakie poszkodowany osiągałby, gdyby nie uległ wypadkowi, a nie jakie faktycznie osiąga po wypadku¹¹;
- przy ustalaniu wysokości renty uzupełniającej punktem wyjścia są przeciętne zarobki pracowników zatrudnionych na stanowiskach odpowiednich do tego, jakie poszkodowany zajmowałby, gdyby nie poniósł szkody. Od zasady tej jednak może wystąpić wyjątek, gdy na konkretnym stanowisku z reguły przyznawane jest wyższe wynagrodzenie, np. ze względu na szczególne wysokie kwalifikacje, ponadprzeciętne wyniki pracy, braki kadrowe. W takim wypadku ciężar udowodnienia tego faktu (wykazania, iż jego zarobki były wyższe od przeciętnych) stosownie do ogólnej reguły dowodowej określonej w art. 6 k.c., spoczywa na poszkodowanym¹²;
- ustalając dla potrzeb określenia stosownej renty wyrównawczej, zarobki hipotetyczne, jakie uprawniony mógłby osiągnąć, gdyby nie uległ wypadkowi, sąd musi uwzględnić zarobki najbardziej realne do osiągnięcia przez poszkodowanego. Przy braku szczególnych okoliczności, które winien wykazać powód, z reguły nie ma podstaw do uwzględnienia zarobków najwyższych, bowiem sama teoretyczna możliwość zatrudnienia w placówkach oferujących najwyższe zarobki, nie jest wystarczająca do przyjęcia, że poszkodowany rzeczywiście byłby w takiej placówce zatrudniony¹³;
- ustalenie utraconych korzyści w postaci możliwości awansu zawodowego powinno więc uwzględnić także osobiste szanse poszkodowanego na uzyskanie awansu ze względu na jego kwalifikacje zawodowe, przebieg jego dotychczasowej pracy zawodowej i osiągnięcia. Uzyskanie przez pracownika wcześniejszego niż przeciętnie awansu albo jego brak mimo zatrudnienia uzasadniającego na ogół „przeciętny” awans może stanowić – w zależności od całości kształtu okoliczności danej sprawy – przesłankę dla prognoz w tym zakresie, chyba że wykazane zostaną szczególne okoliczności uzasadniające odmienną ocenę¹⁴;
- przy ustaleniu wysokości należnej renty ulegają uwzględnieniu również nagrody, dodatkowe wynagrodzenie roczne, premie, bonusy roczne, wypłaty z funduszu zakładowego otrzymywane przez poszkodowanego, o ile mają one charakter stały i o ile poszkodowany mógł spodziewać się regularnego ich otrzymywania¹⁵; podobnie należy

¹⁰ Por. również aprobusujące stanowisko w tej sprawie A. Szpunara, (w:) A. Szpunar, *op. cit.*, s. 158.

¹¹ Tak SN w wyroku z dnia 9 września 1968 r. (sygn. akt III PRN 49/48).

¹² Wyrok SN z dnia 22 lutego 1974 r. (sygn. akt I PRN 7/74).

¹³ Wyrok SN z dnia 6 czerwca 2002 r. (sygn. akt I CKN 693/00).

¹⁴ Por. orzeczenie SN z dnia 13 grudnia 1966 r. (sygn. akt II PR 508/66).

¹⁵ Por. orzeczenie SN z dnia 8 października 1969 r. (sygn. akt II PR 374/69), orzeczenie SN z dnia 6 października 1975 r. (sygn. akt I CR 592/75).

się zapatrywać na uwzględnianie przy ustalaniu renty uzupełniającej pracy w godzinach nadliczbowych, jeżeli ma charakter stały i wpływa na wysokość wynagrodzenia poszkodowanego¹⁶;

- ustalając rentę wyrównawczą, nie odlicza się od dochodów (zarobków) zaliczek na podatek dochodowy, lecz bierze się pod uwagę, czy poszkodowanemu przysługuje ustawowe zwolnienie od tego podatku. Innymi słowy należy mieć na uwadze, iż zgodnie z treścią art. 21 ust. 1 pkt 3c ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r., nr 14, poz. 176 z późn. zm.) odszkodowania w postaci renty otrzymane na podstawie przepisów prawa cywilnego w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, przez poszkodowanego, który utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej, albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość – jest zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych. W związku z powyższym, mając na uwadze, iż renta uzupełniająca (wyrównawcza) nie powinna zmieniać stanu majątkowego poszkodowanego sprzed wypadku, kwotę renty ustaloną od przypuszczalnego zarobku bez potrącenia podatku dochodowego, należy stosownie (nie dokonując prostego wyliczenia, które w zindywidualizowanym podatku dochodowym od osób fizycznych nie zawsze jest możliwe) pomniejszyć o kwotę zaliczek na podatek¹⁷;
- ustalając wysokość renty należy uwzględnić wszystkie dodatki pobierane z zasadniczym wynagrodzeniem oraz utratę innych korzyści majątkowych, trwale osiągniętych w pracy zawodowej, co oznacza iż należy uwzględnić korzyści, które pracownik mógłby osiągnąć z faktu wykonywania pracy poza terytorium Polski, jeśli w okolicznościach konkretnej sprawy taką możliwość można uznać za pewną w normalnym rozwoju zdarzeń, zaś utracone korzyści miałyby charakter trwale osiągniętych w pracy zawodowej¹⁸. Jako przykład można podać sytuację, kiedy poszkodowany utracił na skutek wypadku możliwość wyjazdów na budowę za granicę, gdzie możliwe do uzyskania wynagrodzenie byłoby większe od tego uzyskiwanego w kraju, pracodawca (firma budowlana realizująca kontrakty również poza terytorium Polski) przy zawieraniu umowy o pracę zobowiązywał się do delegowania pracownika na takie budowy bądź też poszkodowany był już wysyłany w sposób cykliczny do wykonywania i realizacji zleceń pracodawcy poza granicami kraju;
- przy ustaleniu wysokości renty należy uwzględnić uzyskane przez pracownika od pracodawcy świadczenia w naturze stanowiące przychód w rozumieniu art. 12 w zw. z art. 11 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz § 1 w zw. z § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (Dz. U. nr 161, poz. 1106 z późn. zm.)¹⁹;
- diety z uwagi na fakt, iż pokrywają zwiększone koszty utrzymania i pobytu pracownika w podróży (poza miejscem jego pracy), ulegają w czasie podróży zużyciu i tym samym nie mogą stanowić utraconego zarobku pracownika podlegającego wyrównaniu przez przyznanie renty odszkodowawczej. Możliwość zaoszczędzenia w podróży służbowej niektórych wydatków, pokrywanych z diet, zgodnie z ich przeznaczeniem, również nie stanowi utraconego zarobku, a tym samym szkody, która by podlegała naprawieniu²⁰.

W tym miejscu należy również wskazać jak kształtowało się orzecznictwo Sądu Najwyższego w kwestii uwzględniania przy wyliczaniu renty napiwków, które otrzymywał przed wypadkiem poszkodowany. Mianowicie w wyroku z dnia 8 października 1980 r. (sygn. akt IV CR 383/80), SN przedstawił pogląd, iż podstawą wyliczenia renty mogą być tylko utracone zarobki, napiwki zaś nie mają charakteru zarobków, zatem jest to swoistego rodzaju dochód, lecz pobieranie go w warunkach ustrojowych (dla przypomnienia wyrok zapadł w 1980 r.) nie jest powszechnie akceptowanym zwyczajem. W mojej ocenie, przedmiotowe tezy Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1980 r., należy uznać za nieaktualne. Napiwki, w obecnej rzeczywistości gospodarczej z racji wykonywania niektórych zawodów (np. kelnera, pracownika dostarczającego zamówione jedzenie) są zwyczajowo przyjęte, stanowią dobrowolne datki klientów i ich udzielanie jest powszechnym zwyczajem, tak więc powinny wchodzić do podstawy wyliczenia wysokości renty. Oczywiście przy dochodzeniu roszczeń mogą występować trudności związane z wykazaniem faktu otrzymywania napiwków oraz ich wysokości w określonym odstępie czasu, jednakże nie oznacza to, iż poszkodowani nie mogą domagać się uwzględnienia przy wyliczaniu wysokości renty, kwoty otrzymywanych napiwków. W tym miejscu warto wskazać, iż orzecznictwo Sądu Najwyższego w panujących wówczas uwarunkowań gospodarczych, nie było jednolite w odniesieniu do kwestii uwzględniania napiwków przy ustalaniu wysokości renty. W wyroku z dnia 10 października 1977 r. (sygn. akt IV CR 367/77), Sąd Najwyższy wskazał bowiem, iż: „Przede wszystkim nie budzi żadnych wątpliwości ustalenie przez Sąd zarobków powódki z uwzględnieniem 1.000 zł miesięcznie z tytułu otrzymywanych napiwków. Napiwki takie są w zawodzie fryzjerskim zwyczajowo przyjęte, stanowią dobrowolne datki klientów, ich udzielanie jest powszechnym zwyczajem, a ustalona przez Sąd z tego źródła kwota nie wywołuje zastrzeżeń co do wysokości ani co do stałego charakteru tego składnika dochodów”.

¹⁶ Por. A Daszewski, *op.cit.*, oraz wyrok SN z dnia 28 maja 1991 r. (sygn. akt IV CR 712/90).

¹⁷ Tak SN w wyroku z dnia 18 maja 1994 r. (sygn. akt III CZP 68/94); w wyroku z dnia 29 października 2002 r. (sygn. akt II UK 60/02) oraz w wyroku z dnia 7 lutego 2006 r. (sygn. akt I UK 301/05).

¹⁸ Za wyrokiem SN z dnia 9 września 1987 r. (sygn. akt IV CR 275/87).

¹⁹ Tak w wyroku SN z dnia 2 grudnia 2003 r. (sygn. akt II UK 162/03).

²⁰ Wyrok SN z dnia 7 czerwca 1974 r. (sygn. akt I CR 423/74).

Szczególne okoliczności

Największe trudności praktyczne dotyczące ustalenia wysokości renty uzupełniającej powstają w sytuacji, kiedy poszkodowany prowadził przed wypadkiem działalność gospodarczą. Istotną trudnością w szczególności może polegać na tym, iż wysokość dochodów jest bardzo często zmienna, a zatem w praktyce wyłaniają się w związku z tym wątpliwości dotyczące określenia prognozy wysokości zarobków na przyszłość. Niewątpliwie jako punkt wyjścia przy ustalaniu wysokości renty uzupełniającej, należałoby ustalić dochody poszkodowanego jakie uzyskiwał on w okresie przed wypadkiem na podstawie zeznań podatkowych oraz innych dokumentów dotyczących księgowości działalności gospodarczej. W dalszej kolejności należałoby sięgnąć również do wskaźników zyskowności branży, w ramach której poszkodowany prowadził działalność gospodarczą, uzyskanych na podstawie badań, np. Głównego Urzędu Statystycznego. Należy mieć na uwadze również formę organizacyjno–prawną prowadzonej działalności gospodarczej oraz należałoby również wziąć pod uwagę szczególne czynniki, takie jak: zmiana koniunktury rynkowej, która mogłaby mieć wpływ na obniżenie dochodów poszkodowanego, czy też inwestycje podjęte przez poszkodowanego przed wypadkiem (np. zakup maszyn i urządzeń, wprowadzenie nowych technologii, podwyższenie kwalifikacji pracowników), które mogłyby z kolei wpłynąć na zwiększenie dochodowości prowadzonej działalności gospodarczej²¹.

W sytuacji kiedy osoba poszkodowana w chwili wyrządzenia szkody nie pracowała zarobkowo (była osobą bezrobotną), nie uzasadnia to oddalenia roszczenia o rentę. Poszkodowany może domagać się zapłaty renty, jeżeli będzie prawdopodobne, że w normalnym ciągu zdarzeń, które mogłyby nastąpić gdyby nie szkoda, podjąłby pracę zarobkową²². Podobna sytuacja powstanie wówczas, kiedy szkody doznała nie pracująca żona, zajmująca się domem, opiekująca się i wychowująca dzieci. Jak wskazał SN w wyroku z dnia 22 listopada 1968 r. (sygn. akt I CR 434/68), wówczas utrata przez taką osobę zdolności do pracy, przez którą należy rozumieć także utratę możliwości prowadzenia gospodarstwa domowego, uzasadnia przyznanie jej renty równej nakładowi jej pracy, bez względu na to, czy usługi przez nią świadczone wykonują osoby do tego zobowiązane, czy inne osoby za wynagrodzeniem.

W orzecznictwie SN powszechnie akceptowalny jest pogląd, iż osiągnięcie wieku emerytalnego i spełnienie innych warunków nabycia prawa do emerytury nie prowadzi do utraty prawnej zdolności do pracy zarobkowej i nie daje podstawy do ograniczenia obowiązku pracodawcy płacenia pracownikowi poszkodowanemu wskutek wypadku przy pracy, renty uzupełniającej do momentu uzyskania uprawnień do emerytury, chyba że z okoliczności danej sprawy wynika, że poszkodowany w chwili osiągnięcia uprawnień do emerytury byłby niezdolny do wykonywania pracy zarobkowej nawet wówczas, gdyby nie uległ wypadkowi²³.

Renta wyrównawcza poszkodowanego, który utracił zdolność do wykonywania pracy w swoim zawodzie powinna po osiągnięciu przez tego poszkodowanego wieku emerytalnego, stanowić różnicę między emeryturą jaką uzyskałby po przepracowaniu wymaganego okresu, a rentą wypadkową (inwalidzką) z ubezpieczenia społecznego²⁴.

Kapitalizacja renty

Zgodnie z treścią art. 447 k.c.: „z ważnych powodów sąd może na żądanie poszkodowanego przyznać mu zamiast renty lub jej części odszkodowanie jednorazowe. Dotyczy to w szczególności wypadku, gdy poszkodowany stał się inwalidą, a przyznanie jednorazowego odszkodowania ułatwi mu wykonywanie nowego zawodu”. Poszkodowany może zatem wnosić o zamianę przysługującej mu renty uzupełniającej (wyrównawczej) z art. 444 § 2 k.c. na jednorazowe odszkodowanie, tzw. kapitalizację renty. W uchwale siedmiu sędziów z dnia 3 października 1966 r. (sygn. akt III CZP 17/66), Sąd Najwyższy sformułował przesłanki stosowania art. 447 k.c. Z uzasadnienia tej uchwały wynikają następujące istotne tezy dla wykładni i stosowania art. 447 k.c.:

- naprawienie szkody wymienionej w art. 444 § 2 k.c. może nastąpić wyłącznie przez przyznanie renty; jedyny wyjątek od tej zasady zawiera art. 447 k.c.;
- zamiana renty na jednorazowe odszkodowanie może być dokonana przez sąd albo w drodze umowy stron mającej charakter ugody;
- dopuszczalność zamiany renty lub jej części na odszkodowanie jednorazowe uzależniona jest – zarówno przy wydaniu orzeczenia jak i zawarciu umowy – od istnienia ważnych powodów;
- interes zobowiązanego do odszkodowania leżący w zwolnieniu się z długu nie może sam przez się nigdy usprawiedliwiać zamiany renty na zapłatę jednorazowej kwoty;
- kryterium oceny istnienia ważnych powodów może stanowić wyłącznie interes uprawnionego do renty; w szczególności może to mieć miejsce w dwóch grupach wypadków:
 - po pierwsze – gdy ze względu na ustalone szczególne okoliczności przyznanie jednorazowego odszkodowania zapewni poszkodowanemu zaspokojenie wszystkich potrzeb – zarówno bieżących, jak i przyszłych – dla których zaspokojenia przeznaczona była renta, a równocześnie z punktu widzenia szeroko pojętego interesu poszkodo-

²¹ Por. A Daszewski, *op.cit.*

²² Por. G. Bieniek, *op. cit.*, s. 482.

²³ Por. orzeczenie SN z dnia 12 czerwca 1968 r. (sygn. akt III PZP 27/68); orzeczenie z dnia 15 listopada 2006 r. (sygn. akt I UK 150/06).

²⁴ Tak SN w wyroku z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt I UK 350/06); z dnia 14 stycznia 1977 r. (sygn. akt III CZP 58/76).

wanego będzie dlań korzystniejsze od renty (np. jeżeli przez zapłatę jednorazowego odszkodowania umożliwi się poszkodowanemu uzyskanie zdolności zarobkowej w nowym zawodzie dostosowanym do stanu jego inwalidztwa, co z każdego punktu widzenia będzie dla niego korzystniejsze),

- po drugie – gdy ustalone okoliczności dają podstawę do wniosku, że przyszłe raty renty nie mogą być egzekwowane, a zatem prawo nie zostanie w ogóle zrealizowane (np. wyjazd dłużnika na stałe za granicę bez pozostawienia majątku w kraju);
- niedopuszczalne jest zawarcie umowy, w której w zamian za mogące powstać w przyszłości prawo poszkodowanego do renty kontrahenci ustalą zobowiązanie świadczenia jednorazowego odszkodowania.

Z przedmiotowych tez zawartych w wyroku SN z dnia 3 października 1966 r., wynika również jeszcze jeden zasadniczy wniosek: jednorazowe odszkodowanie z art. 447 k.c. ma zastąpić rentę z art. 444 § 2 k.c. Poszkodowany nie może zatem domagać się jednocześnie renty z art. 444 § 2 k.c. oraz jednorazowego odszkodowania z art. 447 k.c., którego celem jest zastąpienie renty. Odszkodowanie to stanowi w istocie skapitalizowaną rentę – co wyklucza jednocześnie domaganie się i renty, i odszkodowania zamiast renty. Instytucja jednorazowego odszkodowania przewidziana w art. 447 k.c. jest równoznaczna z instytucją renty odszkodowawczej. Obie te instytucje, które są ściśle ze sobą związane, powołane są do spełnienia tego samego zadania i mają służyć jednemu celowi, a mianowicie naprawieniu tej samej szkody, tylko w różny sposób. Jeżeli brak jest przesłanek do zasądzenia renty, to nie może tym samym wchodzić w ogóle w rachubę zasądzenie jednorazowego odszkodowania²⁵.

W tym miejscu należy jednakże wyraźnie podkreślić, iż decyzja poszkodowanego o zawarciu ugody ze sprawcą szkody, bądź ubezpieczycielem sprawcy w zakresie zamiany renty na jednorazowe odszkodowanie (tzw. kapitalizacja renty) powinna być bardzo szczegółowo przemyślana. Poszkodowany musi mieć bowiem na uwadze, iż uzyskane środki w wyniku kapitalizacji renty mają stanowić źródło jego utrzymania w przyszłości, jako zabezpieczenie dalszej egzystencji.

²⁵ Wyrok SN z dnia 24 września 2009 r. (sygn. akt II PK 65/09); z dnia 31 stycznia 1968 r. (sygn. akt I PZ 83/67).

Ciężar dowodu w postępowaniu likwidacyjnym

Art. 6 k.c. ustanawia jedną z generalnych zasad prawa cywilnego w brzmieniu: „ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”. Oznacza to, iż każdy, kto dochodzi swych praw winien wykazać prawdziwość faktu, na który się powołuje, uzasadniając istnienie tych praw. Powyższa zasada jest ściśle związana z przepisami kodeksu postępowania cywilnego, który w Części pierwszej, Księdze pierwszej, Tytule VI, Dziale III reguluje kwestie przedmiotu i oceny dowodów, jak również postępowania dowodowego. W postępowaniu cywilnym obowiązuje zasada kontrydiktoryjności, co oznacza iż gromadzenie twierdzeń faktycznych i środków dowodowych służących sprawdzeniu tych twierdzeń leży w gestii stron procesu, sąd tymczasem przy badaniu zasadności powództwa ogranicza się do faktów i dowodów, jakie strony przedstawiły dla uzasadnienia swych żądań. Ciężar udowodnienia jest zatem powinnością nałożoną na stronę przez prawo procesowe, jeśli strona ta chce skutecznie dojść przed sądem swych praw. W procesie cywilnym ciężar dowodu rozłożony jest w zależności od tego jaki fakt jest dowodzony. Zazwyczaj na stronie powodowej spoczywa ciężar wykazania faktu powodującego powstanie skutków prawnych, np. wyrządzenia szkody (fakt prawotwórczy), z reguły zaś na pozwanym spoczywa ciężar wykazania braku przesłanek stanowiących o istnieniu skutku prawnego, np. niepoczytalności sprawcy (fakt prawotamujący), lub przesłanki stanowiącej o ustaniu prawa np. spełnienia świadczenia (fakt prawoniweczący)¹.

Wspomniana wyżej ogólna zasada ciężaru dowodu określona w art. 6 k.c. niejednokrotnie ulega jednak modyfikacji. Ma to miejsce wówczas, gdy prawo materialne kształtuje odmiennie ciężar dowodu w odniesieniu do konkretnie wskazanych stosunków prawnych. Szczególne reguły dowodowe zawarte są na przykład w przepisie art. 429 k.c. regulującym kwestię odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią w trakcie wykonywania powierzonej jej czynności. W tym przypadku osoba powierzająca wykonanie czynności, aby zwolnić się z odpowiedzialności musi wykazać, że nie ponosi winy w wyborze, albo że wykonanie czynności powierzył podmiotowi, wykonującemu zawodowo takie czynności.

Kwestie dowodowe są bardzo istotne także w postępowaniu likwidacyjnym prowadzonym przez zakład ubezpieczeń. Odpowiedzialność gwarancyjna zakładu ubezpieczeń, a więc obowiązek świadczenia wynikający z zawartej przez ubezpieczyciela umowy, powstaje w momencie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Wykonując swe zobowiązanie zakład ubezpieczeń winien prowadzić postępowanie likwidacyjne z należytą starannością, do jakiej jest zobowiązany jako dłużnik na podstawie art. 355 k.c., podejmując przy tym wszelkie niezbędne czynności w celu zaspokojenia roszczeń poszkodowanego. Obowiązek ten wyraził ustawodawca w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 z późn. zm.), który stanowi, iż „po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania”. Przepis ten *expressis verbis* nakłada na zakład ubezpieczeń obowiązek ustalenia wysokości świadczenia. Nierzadko zdarza się jednak, iż zakłady ubezpieczeń nakładają na poszkodowanych obowiązek dostarczenia w zbyt szerokim zakresie dokumentów potwierdzających zasadność roszczeń kierowanych przez poszkodowanych do tych zakładów. Przykładem takim może być częste uzależnianie przez ubezpieczycieli wypłaty odszkodowania od dostarczenia przez poszkodowanego faktur zakupu przez warsztat, w którym poszkodowany naprawił pojazd części wykorzystywanych przez ten warsztat przy dokonywanych naprawach. Na marginesie, niezależnie od braku podstaw prawnych takiego żądania, problematyczne pozostaje rozstrzygnięcie kwestii, jaki fakt ma być tym środkiem dowiedziony.

Nakładanie na poszkodowanego przez zakład ubezpieczeń obowiązku dostarczenia dokumentów innych, niż niezbędne ubezpieczycielowi do poprawnego i samodzielnego ustalenia wysokości odszkodowania należy ocenić jako



Ewa Kiziewicz
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ P. Machnikowski (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 23.

nieuprawnione. Jak zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 grudnia 1998 r. (sygn. akt II CKN 114/98, niepubl.), na ubezpieczającym ciąży obowiązek wykazania tylko takich faktów, jak zawarcie umowy ubezpieczenia, opłata składki oraz powstanie szkody wskutek wypadku objętego ubezpieczeniem. W orzeczeniu zaś z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 387/01, niepubl.) Sąd Najwyższy, potwierdzając prawo poszkodowanego do otrzymania pełnego odszkodowania niezależnie od faktu dokonania naprawy stwierdził także, iż w postępowaniu likwidacyjnym poszkodowany ma niewielkie obowiązki proceduralne, do których należy, oprócz wystąpienia z wnioskiem zgłoszenia szkody, przede wszystkim udokumentowanie szkody powstałej na skutek wypadku ubezpieczeniowego, natomiast zasadniczy ciężar tego postępowania spoczywa na zakładzie ubezpieczeń. Pogląd taki sformułował także Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 25 sierpnia 1994 r. (sygn. akt III CZP 107/94, OSNC 1995, nr 1, poz. 15). Warto także zauważyć, iż w wyroku z dnia 19 września 2002 r. (sygn. akt V CKN 1134/00, niepubl.) Sąd Najwyższy podkreślił, iż zakład ubezpieczeń ma obowiązek po zgłoszeniu zawiadomienia o wypadku, samodzielnego przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, tj. ustalenia zarówno przesłanek swej odpowiedzialności, jak i okoliczności wypadku i wysokości szkody. Podkreślił także, iż obowiązku tego ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty.

Rolę zakładu ubezpieczeń w procesie likwidacji szkody podkreślają także przepisy określające obowiązki ubezpieczyciela w przypadku, gdy roszczenie poszkodowanego nie jest w pełni zaspokojone. W odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych, zgodnie z art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń ma obowiązek poinformowania o tym na piśmie osoby występującej z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. W odniesieniu zaś do ubezpieczeń dobrowolnych, normę taką zawiera art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Oba te przepisy potwierdzają rolę towarzystwa jako podmiotu, który winien wykazać, iż przyznane odszkodowanie zostało ustalone na właściwym poziomie, a więc że prawo poszkodowanego ogranicza się wyłącznie do przyjętej przez zakład ubezpieczeń kwoty.

W świetle podkreślonego w orzecznictwie zminimalizowania spoczywających na poszkodowanym obowiązków proceduralnych w procesie likwidacji szkody, oraz nałożenia przez ustawodawcę na zakład ubezpieczeń szeregu obowiązków związanych z tym postępowaniem, w tym obowiązku samodzielnego i aktywnego ustalenia wysokości odszkodowania, warto także powołać wyrok z dnia 18 listopada 2009 r. (sygn. akt II CSK 257/09, niepubl.). Sąd Najwyższy stwierdził w nim bowiem, iż „szczegółowe obowiązki zakładu ubezpieczeń po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową określa art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 123, poz. 1151 z późn. zm.)”. W orzeczeniu tym Sąd jasno stwierdził także, iż „w judykaturze podkreśla się, że unormowania tej ustawy nie odnoszą się do procesu cywilnego, lecz do postępowania likwidacyjnego, które z założenia nie jest postępowaniem spornym, w jakim mógłby funkcjonować ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c.”. Podobną opinię wyraził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 22 lipca 2005 r. (sygn. akt III CZP 49/05, niepubl.), w którym stwierdził m.in., iż zasad zawartych w art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej „nie można przenosić na grunt procesu cywilnego, gdyż oznaczałoby to, że żądanie powoda mogłoby nie być poparte żadnymi dowodami, czego nie można pogodzić z zasadami kontradiktoryjnego procesu”. Zajęcie przez Sąd Najwyższy powyższego stanowiska świadczy o tym, że wymogi postępowania likwidacyjnego prowadzonego przez zakład ubezpieczeń w zakresie ciężaru dowodu odbiegają od wymogów dowodowych procesu, w którym musi być zachowana zasada kontradykcyjności.

Odsetki z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia w świetle orzecznictwa sądów powszechnych



Urszula Borowiecka
referent prawny w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Niniejszym pragniemy przekazać stanowisko sądów powszechnych dotyczące kwestii wypłaty odsetek z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia.

Na wstępie należy zaznaczyć, że podstawę odpowiedzialności odszkodowawczej dłużnika stanowi art. 471 k.c., na mocy którego „Dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi”. Funkcję kompensacyjną w przypadku nieterminowej wypłaty odszkodowania stanowią odsetki, do wypłaty których zobowiązany jest zakład ubezpieczeń. Jak podkreślił Sąd Najwyższy „odsetki (...) spełniają, przede wszystkim funkcję dyscyplinującą i kompensacyjną tj. mają wymuszać terminowe wykonanie zobowiązań oraz wynagradzać za możliwość korzystania z pieniędzy należnych wierzycielowi. Stanowią bowiem sankcję dla dłużnika za sam fakt niespełnienia świadczenia w terminie, chociażby dłużnik nie popadł w zwłokę”¹, co oznacza, że odsetki z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania mają zrekompensować wierzycielowi okres, w którym został pozbawiony swoich środków, oraz że należą się wierzycielowi niezależnie od tego, czy istniały jakiegokolwiek przesłanki uniemożliwiające dłużnikowi wypłatę odszkodowania.

Opóźnienie a zwłoka

Mając na uwadze powyższe, ustawodawca wprowadził do systemu prawnego rozróżnienie terminologiczne kierując się przesłanką odpowiedzialności dłużnika za nieterminowe spełnienie świadczenia. Odsetek można dochodzić ze względu na opóźnienie dłużnika w spełnieniu świadczenia bądź z tytułu zwłoki w spełnieniu świadczenia, bowiem „W zależności od tego, czy dłużnik za uchybienie terminu odpowiada czy też nie, skutek uchybienia przybiera postać opóźnienia (art. 481 §1 k.c.) lub zwłoki (476 k.c.)”².

I tak, zwłoka dłużnika następuje wskutek okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność. Zgodnie z art. 476 k.c. „Dłużnik dopuszcza się zwłoki, gdy nie spełnia świadczenia w terminie, a jeżeli termin nie jest oznaczony, gdy nie spełnia świadczenia niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela. Nie dotyczy to wypadku, gdy opóźnienie w spełnieniu świadczenia jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi”, gdyż w przypadku opóźnienia dłużnika zastosowanie ma art. 481 § 1 k.c., który mówi, że „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”. Opóźnienie następuje więc z przyczyn niezależnych od dłużnika, mimo to, wierzyciel może żądać odsetek z tego tytułu.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie stwierdził, że „Zgodnie z art. 481 § 1 k.c. odsetki należą się wierzycielowi za sam fakt opóźnienia się dłużnika ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, a zatem należą się od dnia, w którym świadczenie to stało się wymagalne i powinno być zapłacone”³. Tezę tę potwierdza również Sąd Najwyższy, w opinii którego „Odsetki, zgodnie z art. 481 k.c. należą się niezależnie od tego, czy powodem niezapłacenia należnej kwoty były okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność i czy wierzyciel poniósł szkodę. O opóźnieniu w spełnieniu świadczenia, podobnie jak w przypadku zwłoki, można zaś, zgodnie z art. 476 k.c., mówić, gdy dłużnik nie spełnił świadczenia niezwłocznie po wezwaniu”⁴.

Termin, od którego świadczenie staje się wymagalne

Na gruncie art. 120 k.c. z chwilą nadejścia terminu spełnienia świadczenia roszczenie wierzyciela wobec dłużnika staje się wymagalne. W opinii Sądu Najwyższego „Dłużnik opóźnia się z zapłatą, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne, także wówczas, gdy kwestionuje jego istnienie lub wymagalność”⁵.

¹ Wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 372/01, niepubl.).

² Wyrok SN z dnia 28 czerwca 2005 r. (sygn. akt I CK 7/05, niepubl.).

³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 14 czerwca 2007 r. (sygn. akt I Ava 149/07, niepubl.).

⁴ Wyrok SN z dnia 22 maja 2003 r. (sygn. akt II CKN 134/01, LEX 138645).

⁵ Wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 372/01, niepubl.).

Jeśli chodzi o umowę ubezpieczenia, kwestie terminów spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela uregulowane zostały – w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych – w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK⁶, jeśli chodzi zaś o ubezpieczenia dobrowolne – w kodeksie cywilnym.

I tak, zgodnie z art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK „ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego”.

W przypadku ubezpieczeń dobrowolnych w kwestii terminów spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń powołać się należy na art. 817 k.c. Na mocy tego przepisu „Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni”.

W sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń nie wywiąże się z powyższych terminów, wierzycielowi przysługują odsetki ustawowe za czas opóźnienia bądź zwłoki. Wysokość odsetek ustawowych ustala Rada Ministrów. Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie określenia wysokości odsetek ustawowych⁷, zgodnie z którym wynoszą one 13% w skali roku.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. wypłata odszkodowania uzależniona jest od zajścia przewidzianego w umowie wypadku, natomiast ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie w wyżej określonych terminach. Sąd Najwyższy podkreśla, „że jeżeli dłużnik nie płaci odszkodowania w terminie wierzyciel nie ma możliwości czerpania korzyści z należnego mu świadczenia pieniężnego. Doznany przez niego z tego względu uszczerbek powinien być pokryty przez przyznanie mu odsetek za opóźnienie. Innymi słowy odszkodowanie w rozmiarze w jakim ono należy się wierzycielowi w terminie, w którym ma je zapłacić, powinno być w zasadzie oprocentowane od tego dnia”⁸.

W opinii Sądu Najwyższego, „spełnienie świadczenia w terminie późniejszym może być usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy ubezpieczyciel powoła się na istnienie przeszkód w postaci niemożliwości spełnienia świadczenia, mimo działań podejmowanych ze szczególną starannością”⁹. Wymóg ten odnosi się zarówno do sytuacji, w której zachodzi konieczność przedłużenia postępowania likwidacyjnego, gdyż zgodnie z art. 355 § 2 k.c. „Po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku ubezpieczyciel – jako profesjonalista korzystający z wyspecjalizowanej kadry i w razie potrzeby rzeczoznawców (...) – obowiązany jest do ustalenia przestanek swojej odpowiedzialności, czyli samodzielnego i aktywnego wyjaśnienia okoliczności wypadku oraz wysokości powstałej szkody”¹⁰. Niewykazanie tych okoliczności powoduje popadnięcie ubezpieczyciela w opóźnienie, z zaznaczeniem, że nie jest istotne, czy ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za niewykonanie zobowiązania oraz czy wierzyciel poniósł jakąkolwiek szkodę. Ponadto, „Obowiązku tego nie może przerzucić na inne podmioty, w tym uprawnionego do odszkodowania. Nie może też wyczekiwać na prawomocne rozstrzygnięcie sądu. Bierne oczekiwanie ubezpieczyciela na wynik toczącego się procesu naraża go na ryzyko popadnięcia w opóźnienie lub zwłokę w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego. Rolą sądu w ewentualnym procesie może być jedynie kontrola prawidłowości ustalenia przez ubezpieczyciela wysokości odszkodowania”¹¹. Sąd bowiem musi ocenić, czy postępowanie likwidacyjne zostało przeprowadzone w niezbędnym zakresie bez nieuzasadnionej zwłoki oraz czy został uwzględniony interes wierzyciela. Jeżeli powyższe przesłanki nie zostały spełnione, można stwierdzić, że umowa ubezpieczenia nie spełnia swojej funkcji ochronnej. Takie działania ubezpieczyciela stanowią przejaw nielojalności wobec uprawnionego z umowy ubezpieczenia, wobec czego, w opinii Sądu Najwyższego, zakład ubezpieczeń nie może korzystać z ochrony prawnej¹².

W tym miejscu trzeba zwrócić szczególną uwagę na fakt, że unormowania ustawy z 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej odnoszą się do postępowania likwidacyjnego, nie zaś do procesu cywilnego. Postępowanie likwidacyjne nie jest z założenia postępowaniem spornym, co oznacza, że ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c. tutaj nie funkcjonuje¹³.

⁶ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm.).

⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2008 r. (Dz. U. z 2008 r., nr 220, poz. 1434).

⁸ Wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 372/01, niepubl.).

⁹ Wyrok SN z dnia 18 listopada 2009 r. (sygn. akt II CSK 257/09, LEX 35/2010).

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

Odsetki a roszczenie odszkodowawcze

Na gruncie obowiązujących przepisów można dojść do wniosku, że odsetki stanowią niezależne od zobowiązania głównego świadczenie, co oznacza, że istnieją jako odrębny byt prawny i można ich dochodzić niezależnie. Powyższe stwierdzenie znajduje uzasadnienie w wyroku Sądu Najwyższego, który wskazał, że „W myśl art. 481 § 1 k.c. dłużnik, który nie spełnia w terminie świadczenia pieniężnego, winien zapłacić wierzycielowi – na jego żądanie – odsetki za opóźnienie. Odsetki za opóźnienie należą się wierzycielowi bez względu na to, czy w następstwie opóźnienia poniósł on szkodę, zaś dłużnik jest obciążony obowiązkiem ich zapłaty, nawet jeśli nie dopuścił się zwłoki w rozumieniu art. 476 k.c. Odsetki za opóźnienie są zatem pochodnym, obciążającym dłużnika pieniężnym świadczeniem; obowiązek ich zapłaty powstaje albo nie, w zależności od losów roszczenia o zapłatę należności głównej. Jeżeli zaś powstaje, to ma byt samodzielny, a to sprawia, że mogą być dochodzone łącznie z roszczeniem głównym, w oddzielnym postępowaniu, a także po wygaśnięciu żądania głównego, np. w razie spełnienia świadczenia”¹⁴.

Innymi słowy, roszczenie odszkodowawcze i „odsetki za opóźnienie z chwilą ich powstania, stanowią odrębne i niezależne od siebie roszczenia i nie mogą na siebie wzajemnie oddziaływać. W szczególności nie można zmniejszać odszkodowania z uwagi na wysokość odsetek spowodowaną znacznym opóźnieniem w spełnieniu świadczenia, jak również nie można ograniczać wysokości odsetek z uwagi na wysokość roszczenia odszkodowawczego. Operacje takie prowadziłyby bowiem do niczym nieusprawiedliwionego uprzywilejowania dłużnika, odnoszącego korzyści z nieterminowego wykonania zobowiązania”¹⁵. Ponadto, „(...) odsetki – aczkolwiek stanowią z reguły wynagrodzenie za opóźnienie wypłaty wymagalnej już sumy pieniężnej, spełniają również swoistą funkcję odszkodowawczą. Przepis art. 481 § 3 k.c. wskazuje, że odszkodowanie o jakim mowa ma charakter dodatkowy („nadto”). Zestawienie tego przepisu z art. 481 k.c. prowadzi zatem do wniosku, że przy ustalaniu wysokości odszkodowania na zasadach ogólnych (art. 471, 476 k.c.) powinna być również uwzględniona kwota uzyskana już przez wierzyciela w formie odsetek za opóźnienie się dłużnika w spełnieniu świadczenia pieniężnego”¹⁶.

Odsetki od zaległych odsetek

Istotną kwestią związaną z omawianą tematyką jest kwestia żądania, w myśl artykułu 482 § 1 k.c., odsetek od zaległych odsetek, co może nastąpić wraz z chwilą wytoczenia o nie powództwa, chyba, że po powstaniu zaległości strony zgodziły się na doliczenie zaległych odsetek od dłużnej sumy. W myśl wyroku Sądu Najwyższego doliczona do należności głównej obliczona wysokość należności odsetkowej za opóźnienie „staje się nową należnością główną podlegającą dalszemu oprocentowaniu”¹⁷. W przypadku sporu jednak, strony mogą żądać odsetek od odsetek z chwilą wniesienia powództwa. Zgodnie z powyższym wyrokiem „Za czas opóźnienia wierzyciel może żądać tylko odsetek za opóźnienie. Wniesienie powództwa otwiera mu możliwość żądania odsetek od tych za opóźnienie, ale początek ich wymagalności przypada na dzień wniesienia powództwa. Zawarte w art. 482 § 1 k.c. wyrażenie od zaległych odsetek można żądać odsetek za opóźnienie od chwili wytoczenia o nie powództwa odnosi się wprost do powództwa o odsetki za opóźnienie”¹⁸.

W sytuacji natomiast, gdy wierzyciel wystąpi z roszczeniem o odsetki od zaległych odsetek później niż z roszczeniem o same tylko skumulowane odsetki za opóźnienie, nie traci on uprawnienia do odsetek od odsetek już zasądzonych i jeszcze niezapłaconych. W opinii Sądu Najwyższego „stawiłoby to wierzyciela w sytuacji gorszej niż gdyby dochodził odsetek od skumulowanych odsetek za opóźnienie łącznie”¹⁹.

Reasumując:

1. Odsetki z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania należą się niezależnie od tego, czy istniały przesłanki uniemożliwiające wypłatę świadczenia.
2. Ubezpieczyciel ma obowiązek wypłacić odszkodowanie w terminie określonym w art. 817 k.c. (ubezpieczenia dobrowolne) lub w art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (ubezpieczenia obowiązkowe).
3. Odsetki stanowią odrębne od zobowiązania głównego świadczenie, można ich dochodzić łącznie z roszczeniem głównym, w oddzielnym postępowaniu albo po wygaśnięciu żądania głównego.
4. Odsetek od zaległych odsetek można żądać w momencie wytoczenia o nie powództwa; na ten dzień przypada początek wymagalności odsetek od zaległych odsetek.

¹⁴ Wyrok SN z dnia 25 października 2002 r. (sygn. akt IV CKN 1430/00, Wokanda 2003/7–8/9).

¹⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 23 lipca 1998 r. (sygn. akt I ACa 343/97 OSA 1999/12).

¹⁶ Wyrok SN z dnia 23 stycznia 1991 r. (sygn. akt II CR 677/90, niepubl.).

¹⁷ Wyrok SN z dnia 25 października 2002 r. (sygn. akt IV CKN 1430/00, Wokanda 2003/7–8/9).

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*.

Koszt najmu samochodu zastępczego – poglądy doktryny, stan orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów powszechnych

Pojęcie szkody nie jest ustawowo zdefiniowane. W literaturze przedmiotu i w orzecznictwie zwrócono uwagę, że szkodą w rozumieniu art. 361 k.c. – co odnosi się również do szkody w ujęciu OC komunikacyjnego – jest wszelki uszczerbek dotyczący osobę bez prawnego uzasadnienia, wyrażający się w różnicy pomiędzy stanem majątku poszkodowanego jaki istniał i mógłby w normalnej kolei rzeczy istnieć, wytworzyć się, a stanem, jaki powstał skutkiem zdarzenia wywołującego zmianę. Ogólnie rzecz ujmując, jest to uszczerbek, który następuje w majątku uprawnionego. Szkada może przejawiać się w dwóch postaciach tzw. szkody rzeczywistej, jak i utraconych korzyści.

W przypadku uszkodzenia samochodu odszkodowanie obejmuje przede wszystkim kwotę pieniężną, konieczną do opłacenia jego naprawy lub przywrócenia stanu sprzed wypadku. Osoba odpowiedzialna jest zobowiązana zwrócić poszkodowanemu wszelkie celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki poniesione w celu przywrócenia poprzedniego stanu samochodu, do których należą koszty nowych części i innych materiałów¹. Przywrócenie rzeczy uszkodzonej do stanu poprzedniego polega na doprowadzeniu jej do stanu używalności w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody². W przypadku zniszczenia samochodu (tzw. szkody całkowitej) świadczenie odszkodowawcze obejmuje kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością rynkową pojazdu z dnia szkody a wartością rynkową pozostałości powypadkowej. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że odszkodowanie może obejmować także inne koszty i wydatki poniesione w następstwie zdarzenia wyrządzającego szkodę. Mogą one być uznane za jedną z postaci szkody rzeczywistej. Uzasadnienie objęcia wydatków i kosztów pojęciem szkody, według stanowiska doktryny, wynika z obowiązującej na gruncie prawa polskiego koncepcji szkody różnicowej, zgodnie z którą szkodę stanowi różnica między stanem majątku poszkodowanego, który powstał po nastąpieniu zdarzenia powodującego uszczerbek, a stanem jaki by istniał, gdyby to zdarzenie nie nastąpiło. Wydatki zmierzające do ograniczenia lub wyłączenia szkody, byleby były celowe i wystarczająco uzasadnione, stanowią stratę, o której mowa w art. 361 § 2 k.c., gdyż prowadzą do zmniejszenia aktywów albo zwiększenia pasywów. Niektórzy autorzy prezentują też stanowisko, że zakres pojęciowy szkody podlegającej wyrównaniu przez zakład ubezpieczeń z tytułu OC komunikacyjnego obejmuje nie tylko wyżej wspomniane koszty związane z uszkodzeniem lub zniszczeniem pojazdu mechanicznego, lecz również takie szkody, jak koszty opinii biegłych co do zakresu uszkodzeń, szkody wynikłe z utraty zarobków przez poszkodowanego, który nie mógł korzystać z pojazdu (np. taksówki) w okresie jego naprawy³. Objęcie pojęciem szkody tych kosztów i wydatków poniesionych w następstwie zdarzenia wywołanego szkodą wynika bowiem z kompensacyjnego charakteru świadczenia odszkodowawczego. Dał temu wyraz Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z dnia 16 maja 2002 r. (sygn. akt V CKN 1273/00, niepubl.), stwierdzając jako rzecz oczywistą, że podstawową funkcją odszkodowania jest kompensacja, co oznacza, iż odszkodowanie powinno przywrócić w majątku poszkodowanego stan rzeczy naruszony zdarzeniem wyrządzającym szkodę. Cel ten realizuje naprawienie szkody.

W literaturze przedmiotem dyskusji było zagadnienie, czy poszkodowanemu przysługują roszczenia odszkodowawcze w sytuacji niemożności korzystania z uszkodzonej lub zniszczonej rzeczy, w szczególności pojazdu mechanicznego. W doktrynie panowała i panuje powszechna zgodność poglądów, że jeżeli pojazd mechaniczny służył poszkodowanemu do wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, to w sytuacji niemożności prowadzenia tej działalności lub wykonywania zawodu przy pomocy uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu, poszkodowany może domagać się z tego tytułu utraconych korzyści. Jeżeli natomiast poniósł koszty na wynajem pojazdu mechanicznego w celu odtworzenia możliwości korzystania z uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu mechanicznego i tym samym do kontynuowania prowadzonej działalności gospodarczej lub wykonywanego zawodu, to koszty te, w granicach adekwatnego związku przyczynowego, stanowią stratę rzeczywistą.

¹ Wyrok SN z dnia 20 października 1972 r. (sygn. akt II CR 425/72, OSNCP 1973, nr 6, poz. 111).

² Z uzasadnienia wyroku SN z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308/01, LEX nr 157324).

³ M.Orlicki, M. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Branta, Bydgoszcz–Poznań 2001, s. 88.



Paweł Wawaszczak
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

W doktrynie pojawiły się pewne kontrowersje w związku z pytaniem, czy wynagrodzeniu podlega także szkoda wyrażająca się w pozbawieniu możliwości korzystania z rzeczy, które służą do zaspokajania osobistych potrzeb uprawnionego. Wątpliwości te zrodziły się na tle kausalnych przypadków, w których poszkodowany – konsument z powodu uszkodzenia lub zniszczenia samochodu musiał zrezygnować z wycieczki zagranicznej, na którą zamierzał pojechać swoim autem albo z niedzielnych wyjazdów na działkę rekreacyjną w celu wypoczynku. Przypadków, które następnie w praktyce obrotu zostały odniesione do kwalifikacji wszelkich roszczeń osób fizycznych, które nie wykorzystywały swoich pojazdów do celów prowadzenia działalności gospodarczej i w oderwaniu od rzeczywistego zakresu, celu czy sposobu wykorzystywania swojego pojazdu. Trzeba przy tym pamiętać, iż prowadzone analizy i dyskusje oraz polemiki w omawianym obszarze, rozpoczęte zostały w innym niż obecnie otoczeniu społeczno-gospodarczym i w sytuacji, gdy pojazd mechaniczny nie był traktowany jako rzecz typowa, powszechna, zwyczajna, czy jako immanentny element naszej egzystencji.

Na tle tak przedstawionego zagadnienia w polskim piśmiennictwie wykształciły się dwa przeciwstawne stanowiska. Według pierwszego z nich, które prezentowane było przez S. Sołtysińskiego i A. Wąsiewicza roszczenie o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego może przysługiwać poszkodowanemu także w takich sytuacjach. Jak wskazał A. Wąsiewicz istnieją przesłanki, ażeby poszkodowany mógł dochodzić poniesionych wydatków takich jak np. koszt niedzielnego wyjazdu wynajętym samochodem do swego domu letniskowego za miastem⁴. Zdaniem S. Sołtysińskiego za oczywiste uznać trzeba, że normalnym następstwem uszkodzenia samochodu – w rozumieniu przepisu art. 361 § 1 k.c. jest bardzo często niemożność korzystania z niego przez pewien czas przez jego posiadacza. Jeżeli posiadacz poniósł w związku z tym koszty, które były konieczne, to mieszczą się one w graniach skutków szkodowych podlegających wyrównaniu⁵.

Według drugiego stanowiska, reprezentowanego m.in., przez A. Szpunara, w sytuacji utraty możliwości wyjazdu na wycieczkę zagraniczną własnym samochodem lub na działkę rekreacyjną w celu wypoczynku, mamy do czynienia ze szkodą niemajątkową, która podlega wynagrodzeniu tylko w przypadkach wskazanych przez ustawę. Utrata możliwości korzystania z rzeczy w takich sytuacjach zakwalifikowana została jako utrata wygód i przyjemności – a więc jako szkoda niemajątkowa⁶. Jeżeli zatem poszkodowany poniósł koszty najmu pojazdu mechanicznego w celu odtworzenia możliwości korzystania z rzeczy do zaspokajania osobistych potrzeb to nie podlegają one indemnizacji.

Zdaniem T. Dybowskiego, szkoda majątkowa obejmuje koszt wynajęcia pojazdu równorzędnego, bez względu na to, jakim środkiem komunikacji poszkodowany posługiwał się w rzeczywistości. Zdaniem autora w określonych dziedzinach życia społeczno-gospodarczego nastąpiła „komercjalizacja wartości używanych przedmiotów”. Świadczy o tym najem przedmiotów trwałego użytku. Korzystanie z rzeczy nie przedstawia samoistnej wartości majątkowej, lecz jest prostą konsekwencją tego, że stanowi ona własność uprawnionego. Pozbawienie możliwości korzystania z rzeczy może więc stanowić szczególny rodzaj szkody majątkowej. Podkreślenia przy tym wymaga, iż zdaniem T. Dybowskiego właściciel eksploatujący rzecz w celach niezarobkowych nie może być traktowany gorzej niż właściciel przedmiotu przeznaczonego do celów zarobkowych. Ustalenie odpowiedzialności uzależnione jest od określenia, czy fakt niemożności korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia lub uszkodzenia wywołał reperkusje w majątku poszkodowanego⁷.

Podobnie, M. Kaliński wskazał, iż za podlegające indemnizacji uznaje się koszty zastosowania dóbr zastępczych bądź prowizorycznej naprawy rzeczy w czasie między jej uszkodzeniem i ostateczną naprawą⁸. Jednocześnie, formułując powyższą konstatację, autor ten nie dokonał gradacji tego wydatku w zależności od statusu prawnego poszkodowanego lub przedmiotu albo celu wykorzystania uszkodzonej rzeczy, jak również, co jest istotne w niniejszej sprawie, od tego czy w miejscu zamieszkania poszkodowanego funkcjonuje komunikacja publiczna.

W świetle natomiast stanowiska E. Kowalewskiego, aktualne orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach odszkodowawczych na tle wypadków komunikacyjnych nie daje podstaw do sformułowania tezy, że poszkodowanemu – co do zasady – przysługuje od odpowiedzialnego sprawcy lub jego ubezpieczyciela zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Takiej zasady w linii orzecznictwa polskiego Sądu Najwyższego po prostu nie ma. Orzecznictwo dopuszcza taką możliwość jedynie na zasadzie wyjątku i to pod licznymi ograniczeniami oraz ciężarami dowodowymi co do „niezbędności” takiego najmu w konkretnej sytuacji. W żadnym z orzeczeń Sądu Najwyższego nie znajduje się ogólna teza dopuszczająca zaliczenie w poczet należnego poszkodowanemu odszkodowania kosztów najmu pojazdu

⁴ M.Orlicki, M. Wąsiewicz, *op. cit.*, s. 89.

⁵ S. Sołtysiński, *Odpowiedzialność PZU w ramach obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych OC za szkody powstałe w następstwie niemożności korzystania z pojazdu przez poszkodowanego*, (w:) A. Wąsiewicz (red.) *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL*, Poznań 1979, s. 128 i nast.

⁶ A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*, Branta, Warszawa, 1999, s. 70.

⁷ *Ibidem*.

⁸ A. Olejniczak (red.), *System Prawa Prywatnego, Tom 6. Prawo zobowiązań – część ogólna*, C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 114.

zastępczego w sytuacjach, w których pojazd używany był do celów prywatnych (niegospodarczych). Jeżeli natomiast chodzi o stan polskiej literatury prawa odszkodowawczego, to zdaniem E. Kowalewskiego żaden ze wskazanych przez niego autorów (z wyjątkiem S. Sołtysińskiego, którego teza, notabene wygłoszona w ramach referatu konferencyjnego, miała mieć charakter raczej postulatyczny, dotyczący odległej przyszłości) nie wypowiada się wyraźnie, aby w skład odszkodowania należnego w razie uszkodzenia pojazdu należał się poszkodowanemu standardowo zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego, w szczególności poszkodowanemu, który używa swojego pojazdu do celów osobistych (niezwiązanych z jego działalnością gospodarczą czy zawodową)⁹.

W tym miejscu zaznaczenia wymaga fakt, iż wyżej przywołane stanowiska S. Sołtysińskiego i M. Wąsiewicza znalazły odzwierciedlenie w aktualnym orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych. W uzasadnieniu wyroku z dnia 8 września 2004 r. Sąd Najwyższy wskazał, „że utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia stanowi szkodę majątkową (...). Jeżeli więc poszkodowany poniósł w związku z tym koszty, które były konieczne, na wynajem pojazdu zastępczego, to mieszczą się one w granicach skutków szkodowych podlegających wyrównaniu”. Trudno zatem przypisać poglądom wyżej przywołanych autorów charakter czysto postulatyczny.

Natomiast nie zdiagnozowałem wyroku Sądu Najwyższego, w którym Sąd ocenił roszczenie poszkodowanego o zwrot kosztów najmu samochodu zastępczego w kategoriach szkody niemajątkowej. Również analiza uzasadnień orzeczeń Sądu Najwyższego oraz posiadanych orzeczeń sądów powszechnych w przedmiocie refundacji kosztów najmu samochodu zastępczego nie pozwala mi na przyjęcie wniosku, ażeby judykatura dopuściła możliwość zasądzenia przedmiotowego roszczenia na zasadzie wyjątku oraz pod licznymi ograniczeniami i ciężarami co do „niezbędności” takiego najmu. Ograniczeniami, które wykraczałyby poza konstrukcję normy z art. 361 k.c. i wprowadzałyby inne reguły ciężaru dowodu, niż te które aktualnie obowiązują na gruncie art. 6 k.c., czy art. 232 k.p.c.

Problematyka refundacji kosztów najmu samochodu zastępczego w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych była przedmiotem kilku orzeczeń Sądu Najwyższego. Warto więc przytoczyć najważniejsze orzeczenia tego Sądu w omawianym obszarze.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2002 r. (sygn. akt V CKN 1397/00) zostało wskazane, „że skoro samochód mógł zostać naprawiony, to poszkodowany może w zasadzie żądać od zakładu ubezpieczeń zwrotu kosztów wynajmu pojazdu zastępczego poniesionych jedynie w okresie naprawy samochodu”.

W wyroku z dnia 18 marca 2003 r. (sygn. akt IV CKN 1916/00) Sąd Najwyższy uznał, że „Okoliczność, że koszty wynajęcia pojazdu zastępczego przekroczyły cenę nowego samochodu, nie może automatycznie przesądzać o istnieniu przyczynienia się poszkodowanego”.

Dalej idąc, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03), stwierdził, że „za normalne następstwo zniszczenia pojazdu służącego poszkodowanemu do prowadzenia działalności gospodarczej należy uznać konieczność czasowego wynajęcia pojazdu zastępczego w celu kontynuowania tej działalności w okresie, gdy szkoda nie została jeszcze naprawiona. Postulat pełnego odszkodowania przemawia więc za przyjęciem stanowiska o potrzebie zwrotu przez ubezpieczyciela tzw. wydatków koniecznych, potrzebnych na czasowe używanie zastępczego środka komunikacji w związku z niemożliwością korzystania z niego wskutek zniszczenia, z tym że tylko za okres między dniem zniszczenia a dniem w którym poszkodowany może nabyć analogiczny pojazd, nie dłuższy jednak niż za czas do zapłaty odszkodowania. (...) Okoliczność, iż koszty wynajęcia pojazdu zastępczego przekroczyły cenę nowego samochodu, nie może automatycznie przesądzać o istnieniu przyczynienia się poszkodowanego do powiększenia rozmiaru szkody”.

Natomiast w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2004 r. (sygn. akt II CK 494/03) zostało wskazane „Jeżeli uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy w postaci wmontowania do niego nowej części zamiennej, to koszty najmu przez poszkodowanego tzw. samochodu zastępczego obejmować mogą tylko okres konieczny i niezbędny do naprawy pojazdu (art. 361 § 1 k.c.)”.

Na szczególną uwagę zasługuje orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy wskazał, że „utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia stanowi szkodę majątkową. W piśmiennictwie podkreśla się, że normalnym następstwem w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. jest bardzo często niemożność korzystania z samochodu przez poszkodowanego, nie tylko w sytuacji jego uszkodzenia, ale również zniszczenia. Jeżeli więc poszkodowany poniósł w związku z tym koszty, które były konieczne, na wynajem pojazdu zastępczego, to mieszczą się one w granicach skutków szkodowych podlegających wyrównaniu”.

⁹ E. Kowalewski, *Najem pojazdu zastępczego a odszkodowanie z tytułu wypadku komunikacyjnego*, Prawo Asekuracyjne 2010, nr 3, s. 12.

Istotność tego orzeczenia można rozpatrywać w następujących obszarach. Po pierwsze, Sąd Najwyższy uznał, że utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia stanowi szkodę majątkową. Koszty poniesionego najmu pojazdu zastępczego w granicach adekwatności przyczynowej mieszczą się w zakresie odpowiedzialności cywilnoprawnej sprawcy szkody (lub jego ubezpieczyciela z OC komunikacyjnego). Po drugie, Sąd Najwyższy nie podzielił poglądu, iż brak możliwości korzystania z rzeczy to zagadnienie utraty wygody lub przyjemności z jej korzystania, a więc sfera przynależna szkodzie niemajątkowej. Rodzi się zatem naturalna pokusa przypisania poglądom o niemajątkowym charakterze tego rodzaju szkody waloru historycznego. Sąd nie uznał także w powyższym orzeczeniu, ażeby koszt najmu na wynajem pojazdu zastępczego to wydatek zmierzający do ograniczenia lub wyłączenia innej szkody w majątku poszkodowanego. Sąd Najwyższy przez powyższą konstatację uznał, że to wydatek, który zmierza wprost do wyłączenia lub ograniczenia utraty możliwości korzystania z rzeczy. Sąd Najwyższy przyjmując taką wykładnię roszczenia, podzielił jednocześnie poglądy S. Sołtysińskiego i M. Wąsiewicza w sprawie zwrotu kosztów najmu. Ponowić więc należy konstatację, iż stanowiska wyżej przywołanych, wybitnych przedstawicieli doktryny trudno oceniać w charakterze poglądów postulatywnych i dotyczących odległej przyszłości.

Po trzecie, i co równie istotne w omawianej sprawie, Sąd Najwyższy powyższą konstatację sformułował na podstawie ogólnych zasad odpowiedzialności za szkodę majątkową. Nie dokonał gradacji podstawy prawnej i faktycznej roszczenia z tytułu kosztów najmu samochodu zastępczego w zależności od statusu podmiotowości prawnej poszkodowanego. Wyraźnie należy przy tym zaznaczyć, że również w innych powyżej przywołanych orzeczeniach Sądu Najwyższego brak jest takiej gradacji. To, że Sąd Najwyższy orzekał w sprawach, gdzie pozwany był przedsiębiorcą, zaś wynajem pojazdu był potrzebny do kontynuowania działalności gospodarczej, nie oznacza, iż tożsame rodzajowo roszczenie, lecz pochodzące od nieprzedsiębiorców ulega istotnemu ograniczeniu, w szczególności na uprzednią niemożność skorzystania ze środków komunikacji publicznej lub z uwagi na zaistnienie niedogodności w skorzystaniu z nich. Za uprawniony uznaje więc wniosek, iż status poszkodowanego (czy jest to przedsiębiorca, czy też konsument) nie powinien mieć wpływu na podstawę prawną roszczenia o zwrot kosztów najmu z OC komunikacyjnego. Utrata możliwości korzystania z rzeczy powstaje w obu przypadkach. Zakres szkody z tego tytułu powstałej może przybrać różne rozmiary, lecz nie ma to wpływu na samą zasadę odpowiedzialności za szkodę, która została wyrażona w art. 361 k.c.

Po czwarte, Sąd Najwyższy w uzasadnieniu dokonał również wykładni pojęcia „wydatków koniecznych”, potrzebnych na czasowe używanie pojazdu zastępczego. Termin wydatków koniecznych oznacza przy tym wydatek niezbędny (wydatek potrzebny) dla korzystania z innego pojazdu w takim zakresie, w jakim poszkodowany korzystałby ze swego środka lokomocji, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Poszkodowany może żądać wydatków poniesionych za odpłatne korzystanie z pojazdu zastępczego pomniejszonych o koszty eksploatacji. Innymi słowy, przez „wydatki konieczne” należy rozumieć czynsz najmu za pojazd zastępczy o zasadniczo podobnej klasie do pojazdu uszkodzonego albo zniszczonego, ustalony według stawki najmu obowiązującej na danym rynku lokalnym, który poszkodowany, zgodnie z treścią umowy najmu jest zobowiązany do spełnienia na rzecz wynajmującego, ażeby w okresie naprawienia szkody mógł korzystać z pojazdu zastępczego w takim zakresie, w jakim korzystał ze swojego pojazdu. Nie można więc zasadnie uznać, iż wydatki konieczne w przedstawionej wykładni Sądu Najwyższego to takie wydatki, których konieczność poniesienia jest następstwem niemożności naprawienia szkody w postaci utraty korzystania ze swojej uszkodzonej lub zniszczonej rzeczy poprzez skorzystanie ze środków komunikacji publicznej. Przymiotnik „konieczny” został tu użyty jako następstwo poniesienia określonych kosztów w celu odtworzenia możliwości korzystania z rzeczy, nie zaś jako następstwo wynajmu w związku z uprzednią niemożliwością skorzystania z komunikacji publicznej.

W tym miejscu, odnieść należy się szczególnie do pojęć „niezbędności”, „konieczności”, które zostały wyrażone w powyżej przywołanych wyrokach Sądu Najwyższego. Można zadać sobie pytanie, czy użyta przez Sąd Najwyższy semantyka może uzasadniać wniosek, że „niezbędność”, „konieczność” to taka sytuacja, w której poszkodowany wynajmuje pojazd, ponieważ nie mógł uprzednio skorzystać ze środków komunikacji publicznej lub potencjalna możliwość z nich skorzystania jest „niedogodna”. Szczegółowa analiza powyższych orzeczeń nie pozwala na wyrowadzenie takiego wniosku. W mojej opinii, Sąd Najwyższy powyższych pojęć używał w dwóch płaszczyznach.

Pierwsza płaszczyzna to normatywna adekwatność przyczynowa pomiędzy niemożnością skorzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia lub uszkodzenia a poniesionymi kosztami najmu pojazdu zastępczego. Taka płaszczyzna wynika z przywoływanego przeze mnie uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. Czyli dla oceny, czy koszty te mieszczą się w granicach odpowiedzialności cywilnej sprawcy (lub jego ubezpieczyciela OC) należy zbadać istnienie związku przyczynowego pomiędzy faktem zniszczenia lub uszkodzenia pojazdu i wynikającego z niego niemożność korzystania z rzeczy a faktem najmu pojazdu zastępczego.

Druga płaszczyzna to odniesienie tych pojęć do zakresu najmu – czasu najmu, za który istnieje zobowiązanie odpowiedzialnością. Taka płaszczyzna wynika z przywołanego wyroku SN z dnia 5 listopada 2004 r. Konieczne to te, które należało ponieść na czas rzeczywistej naprawy lub do dnia, w którym poszkodowany mógł nabyć pojazd podobny do uszkodzonego, ale nie później niż do dnia wypłaty odszkodowania. W mojej opinii, Sąd Najwyższy sformułowania „niezbędności”, „konieczności” nie traktował jako uzupełniających determinatów roszczenia, rozumianych tu jako swoistą „niezbędność faktyczną”, polegającą na uznaniu, że roszczenie to staje się zasadne, jeśli utrata możliwości korzystania z rzeczy nie mogła zostać uprzednio zastąpiona innymi środkami komunikacji publicznej.

Oczywiście należy zgodzić się z opinią, iż w powyżej wskazanych orzeczeniach, Sąd Najwyższy nie uznał, iż konsumentom przysługuje roszczenie co do zasady. Można nawet wyprowadzić wniosek jeszcze dalej idący, Sąd Najwyższy również przedsiębiorcom nie przyznał takiego roszczenia co do zasady. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń na gruncie OC komunikacyjnego nie ma bowiem charakteru absolutnego. Oceny bowiem, czy poniesione wydatki stanowią szkodę majątkową, czy pozostają one w adekwatności przyczynowej należy dokonywać każdorazowo badając istnienie odpowiedzialności cywilnej. Zdarzyć mogą się bowiem przypadki, kiedy dane roszczenie nie będzie wypełniać desygnatów odpowiedzialności cywilnej, które zostały wskazane w art. 361 §1 k.c. Nie dostrzegam jednak tego, ażeby Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach wprowadził nadzwyczajność tego roszczenia i jego dopuszczalność pod licznymi ograniczeniami i ciężarami dowodowymi co do „niezbędności” takiego najmu. Nadzwyczajności i ograniczeń, które wykraczałyby poza konstrukcję normy z art. 361 k.c. i wprowadzały inne reguły rozkładu ciężaru dowodu, który wskazane zostały na gruncie art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c. w związku z art. 361 k.c.

Kończąc, z przedmiotowych orzeczeń można jednak wyprowadzić pewne wnioski o charakterze ogólnym: Utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia lub uszkodzenia może stanowić szkodę majątkową w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. To adekwatność przyczynowa, a nie status poszkodowanego jest determinatem podstawy prawnej odpowiedzialności. Nie można więc zdiagnozować istnienia ograniczeń w zakresie podstawy prawnej roszczenia z uwagi na podmiotowość prawną poszkodowanego. Notoryjność związku przyczynowego roszczeń przedsiębiorców o zwrot kosztów najmu samochodu zastępczego nie prowadzi do uznania o nadzwyczajności tego roszczenia dla konsumentów. „Niezbędność”, „konieczność”, „celowość” to desygnaty adekwatności przyczynowej i ustalania zakresu związania tymi kosztami (czasu najmu). Użyta semantyka nie prowadzi do uznania, iż pojęcia te mogą stanowić uzasadnienie o istnieniu szczególnych, dodatkowych ograniczeń dla roszczeń osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, w szczególności, że ta „niezbędność” powstaje wówczas, gdy konsument nie może uprzednio skorzystać ze środków transportu zbiorowego. Z wysoką ostrożnością należy także podejść do prób relatywizacji przedmiotowych orzeczeń Sądu Najwyższego z uwagi na formę tych orzeczeń (wyrok zwykły, a nie uchwała). Analiza uzasadnień poniżej przedstawionych wyroków sądów powszechnych wskazuje, iż sądy te posiłkowały się orzeczeniami Sądu Najwyższego podczas rozpoznawania roszczeń konsumentów.

Na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych w dziale „Serwis prawny” w poddziale „Orzecznictwo” można znaleźć szereg orzeczeń sądów powszechnych w przedmiocie roszczeń konsumentów o zwrot kosztów najmu samochodu zastępczego z OC komunikacyjnego¹⁰. Ich analiza pozwala na sformułowanie wniosku, iż przeważającą linią orzecznictwa sądów powszechnych jest uznanie, że utrata możliwości korzystania z pojazdu mechanicznego przez konsumenta stanowi szkodę majątkową, niezależnie od faktu funkcjonowania w miejscu zamieszkania poszkodowanego komunikacji publicznej. Analiza uzasadnień tych prawomocnych orzeczeń nie uzasadnia natomiast wniosku, iż przedmiotem rozpoznania były nadzwyczajne stany faktyczne, w których poszkodowani nie mogli zaspokoić swoich potrzeb konsumpcyjnych i życiowych w inny sposób, niż poprzez wynajem pojazdu zastępczego. Przykładowo można przedstawić następujące wyroki sądów powszechnych:

W wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Śródmieście w Warszawie z dnia 21 października 2009 r. (sygn. akt I C–upr 144/09/09) zostało wskazane, że negatywnym następstwem kolizji komunikacyjnej było nie tylko uszkodzenie pojazdu, lecz także uniemożliwienie powodowi korzystania z tego pojazdu w dotychczasowym zakresie. Konsekwentnie uszczerbkiem w majątku powodów były również koszty najmu pojazdu zastępczego. Sąd Rejonowy podzielił pogląd wyrażony m.in., w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03), iż utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia lub uszkodzenia stanowi szkodę majątkową. Zdaniem Sądu Rejonowego skoro powodowie zostali pozbawieni możliwości korzystania z własnej rzeczy na dotychczasowych zasadach i nie ponoszą winy, a dodatkowo ponieśli koszty najmu samochodu zastępczego to mogą domagać się ich zwrotu. W ocenie Sądu Rejonowego bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy pozostaje fakt,

¹⁰ http://www.rzu.gov.pl/orzecznictwo/art-361-szkoda-zwiazek-przyczynowy/Najem_pojazdu_zastepczego__546.

iż powodowie nie wykazali aby samochód służył im do użytku służbowego. Zdaniem Sądu powodowie nie mieli obowiązku uzasadniania potrzeby korzystania z pojazdu, z którego korzystali do dnia wystąpienia szkody. Nałożenie na nich tego typu obowiązku prowadziłoby do sytuacji, w której osoba poszkodowana jest zobowiązana niejako tłumaczyć w ogóle zasadność posiadania pojazdu. W konkluzji uzasadnienia wyroku, Sąd Rejonowy stwierdził, iż również w przypadku roszczeń konsumentów koszt najmu pojazdu zastępczego stanowi szkodę majątkową. Dodatkowo, zdaniem Sądu przyjęcie koncepcji zaproponowanej przez pozwanego – ubezpieczyciela (iż zasadność zwrotu kosztów najmu powstaje, gdy pojazd wykorzystywany jest wyłącznie do celów służbowych, a nie w sytuacji zaspokajania osobistych potrzeb konsumenta) oznaczałoby bezprawne zróżnicowanie sytuacji prawnej osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej i osoby prowadzącej taką działalność, na korzyść tej ostatniej.

Podobnie w wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 24 czerwca 2009 r. (sygn. akt V Ca 1125/09) zostało wskazane, iż na pełną aprobatę zasługuje pogląd – znajdujący poparcie w praktyce i orzecznictwie – że pozbawienie poszkodowanego możliwości korzystania z jego samochodu w okresie, kiedy samochód ten podlegał naprawie i konieczność poniesienia wydatków w związku z wypożyczeniem pojazdu zastępczego należy do pojęcia szkody, do pokrycia której zobowiązany jest ubezpieczyciel. Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, do jakich celów służył poszkodowanemu uszkodzony pojazd (tj. gospodarczych, czy prywatnych) lub też czy dysponował on w tym czasie innymi pojazdami. Nie jest też konieczne udowodnienie, że samochód jest potrzebny w życiu codziennym, bowiem posiadanie auta nie jest obecnie luksusem, a rzeczą typową. Szkada powoda wyraża się więc w pozbawieniu go możliwości korzystania z samochodu – w trakcie naprawy. Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku wskazał, iż w aktualnym orzecznictwie Sądu Najwyższego szeroko podkreśla się, że normalnym następstwem w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. jest bardzo często niemożność korzystania z samochodu przez poszkodowanego w sytuacji jego uszkodzenia lub zniszczenia. Jeśli więc poszkodowany poniósł w związku z tym koszty, które były konieczne na wynajem pojazdu zastępczego, to mieszczą się one w granicach skutków szkodowych podlegających wyrównaniu. Zdaniem Sądu Okręgowego taka wykładnia roszczenia o zwrot poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego również w przypadku konsumentów wynika z wyroków Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003 r. (sygn. akt IV KKN 1916/00), z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03), a także z dnia 5 listopada 2004 r. (sygn. akt II CK 494/03).

W wyroku z dnia 28 października 2009 r. (sygn. akt I C 453/09) Sąd Rejonowy w Częstochowie stwierdził, iż najem samochodu zastępczego z uwagi na fakt utraty możliwości korzystania z samochodu przez konsumenta, który został uszkodzony w wyniku kolizji drogowej, pozostaje w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem. Zdaniem Sądu, wyrażonym w dalszej części uzasadnienia wyroku, okolicznością obecnie powszechnie znaną jest korzystanie z samochodów dla celów rodzinnych jako środka przemieszczania się i nie jest to fakt nadzwyczajny. Jest to fakt normalny i powszechny. Nie ma też żadnych powodów, aby różnicować sytuację osób prowadzących działalność gospodarczą od osób, które takiej działalności nie prowadzą. Szkada w rozumieniu cytowanego przepisu powstaje w obu sytuacjach. Jej rozmiar może być inny, ale to nie jest istotne dla samej zasady odpowiedzialności za szkodę. Sąd Rejonowy dokonując wykładni roszczenia o zwrot kosztów najmu samochodu zastępczego dla wzmocnienia swojej argumentacji powołał wyżej wskazany wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. i uznał, iż również w przypadku konsumentów utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia lub uszkodzenia stanowi szkodę majątkową. Sąd uznał także, iż wynajem samochodu zastępczego w celu odtworzenia możliwości korzystania z rzeczy nie narusza zasady współdziałania wynikającej z art. 354 k.c. W stanowisku strony pozwanej pojawił się bowiem w toku postępowania zarzut naruszenia tej zasady, uzasadniany w ten sposób, że poszkodowany powinien skorzystać z komunikacji publicznej. Wynajem pojazdu zastępczego w sytuacji możliwości skorzystania ze środków komunikacji publicznej stanowił, w ocenie pozwanego – zakładu ubezpieczeń, naruszenie dyrektywy współdziałania wierzyciela z dłużnikiem przy wykonaniu zobowiązania w sposób, o którym mowa w art. 354 k.c. Sąd na tak przedstawiony zarzut stwierdził, że korzystanie z samochodu zastępczego było normalnym następstwem kolizji i nie wychodziło w żadnym zakresie poza przysługujące powodowi prawo do naprawienia szkody. Zdaniem Sądu działanie powodów polegające na wynajęciu pojazdu zastępczego odpowiadało także celowi społeczno-gospodarczemu uprawnienia poszkodowanego do naprawienia szkody w postaci utraty możliwości korzystania z uszkodzonej rzeczy oraz zasadom współżycia społecznego.

Dalej idąc, w wyroku Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy w Warszawie z dnia 6 grudnia 2004 r. (sygn. akt IV C 1449/04) zostało wskazane, że poszkodowany ma prawo dysponować sprawnym pojazdem przez czas naprawy swojego samochodu, niezależnie od tego, do jakich celów służył mu uszkodzony pojazd. Zdaniem Sądu posiadanie samochodu nie jest w pierwszej dekadzie XXI wieku luksusem. Posiadacz samochodu nie musi wykazywać, że jest mu on potrzebny w życiu codziennym – jest to oczywistością.

Analogicznie w wyroku z dnia 10 lipca 2010 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Żoliborza w Warszawie (sygn. akt I C 191/06) stwierdził, że fakt uczestnictwa w zawinionej przez inną osobę kolizji nie może zmuszać poszkodowanego

do zmiany planów i zobowiązań rodzinnych oraz obniżenia swojej stopy życiowej. Za nietrafny uznać więc należy argument pozwanego, że powód mógł korzystać z komunikacji miejskiej, gdyby bowiem intencją powoda było korzystanie z takich środków komunikacji to w ogóle nie nabywałby pojazdu.

Jako kolejny przykład orzeczenia, który koresponduje z przywoływanym powyżej wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. i jednocześnie przyznaje uprawnienie konsumentom do żądania zwrotów kosztów najmu pojazdu zastępczego od ubezpieczyciela w ramach jego odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych można wskazać wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 30 września 2010 r. (sygn. akt. XXIII Ga 466/10). Zdaniem Sądu Okręgowego, rozpoznającego apelację od wyroku Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy w Warszawie z dnia 26 marca 2010 r. (sygn. akt XVI GC 1523/09), trafnie wskazał Sąd I instancji, iż szkodę majątkową stanowi utrata możliwości korzystania z rzeczy. W ocenie Sądu odwoławczego konsekwencją przyjęcia powyższego rozumienia szkody jest obowiązek odszkodowawczy, który rodzi sama utrata możliwości korzystania z uszkodzonego samochodu, zaś koszty najmu pojazdu zastępczego stanowią szkodę, jeżeli zostały faktycznie poniesione. Nadto wynajęcie pojazdu zastępczego jest typowym elementem szkody powstałej w wyniku kolizji. W wyroku Sądu Rejonowego, od którego została wniesiona apelacja, zostało wskazane, że dla kwalifikacji utraty możliwości korzystania z rzeczy przez wierzyciela nie ma znaczenia w jakim celu poszkodowany korzysta z rzeczy. Szkada polegająca na utracie możliwości korzystania z rzeczy podlega naprawieniu wówczas, gdy rzecz używana jest w celach zarobkowych, jak i niezarobkowych. W konkluzji Sąd Rejonowy stwierdził, iż w aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej bezpodstawne byłoby wymaganie od poszkodowanego, aby w związku z naprawą uszkodzonego samochodu, szukał innego, tańszego sposobu naprawienia tej szkody. Powyższe orzeczenia zostały wydane na podstawie stanu faktycznego, w którym poszkodowany wykorzystywał pojazd mechaniczny między innymi do dojazdu do pracy.

Podobny kierunek wykładni przedstawiony został w wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 17 września 2010 r. (sygn. akt XXIII Ga 408/10), rozpoznającego apelację od wyroku Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy w Warszawie z dnia 21 stycznia 2010 r. (sygn. akt CV GC 1389/09), w którym zostało wskazane, że najem pojazdu zastępczego nie jest zarezerwowany jedynie dla osób prowadzących działalność gospodarczą. W świetle najnowszego orzecznictwa, samochód, który nie jest w obecnych czasach traktowany jako dobro luksusowe, może być niezbędny także dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej. Istotne jest natomiast to, aby brak możliwości korzystania z pojazdu spowodował szkodę majątkową, która to w świetle art. 361 k.c. winna zostać zrekompensowana. Taką szkodę majątkową stanowi utrata możliwości korzystania z rzeczy wskutek jej zniszczenia bądź uszkodzenia. Jeżeli więc poszkodowany poniósł w tym celu koszty, które były konieczne, na wynajem pojazdu zastępczego, to mieszczą się one w granicach skutków szkodowych podlegających wyrównaniu. Sąd Okręgowy kontynuując rozważanie prawne dotyczące charakteru roszczenia o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego wskazał, iż utrata możliwości korzystania z pojazdu jest szkodą samą w sobie, zatem nie ma znaczenia do jakich celów poszkodowany wykorzystywał swój pojazd. Pogląd o konieczności minimalizacji szkody przez poszkodowanego poprzez zastąpienie możliwości korzystania ze swojego pojazdu komunikacją miejską, Sąd Okręgowy uznał jako nieporozumienie.

Z uwagi na fakt, iż Sąd odwoławczy w pełni podzielił ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu I instancji, uznając je jako własne, wartym wskazania jest również stanowisko Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy w Warszawie, które zostało wyrażone w wyroku z dnia 21 stycznia 2010 r. (sygn. akt XV GC 1389/09). Zdaniem Sądu I instancji korzystanie z samochodu w XXI wieku nie stanowi żadnego luksusu, ale jest oczywistością i koniecznością. Z tego względu zarzut pozwanego, że powód nie wykazał potrzeby korzystania z samochodu zastępczego w czasie naprawy uszkodzonego pojazdu jest niezasadny. Taka konieczność wynika bowiem już z samego faktu wyłączenia pojazdu z użytku w czasie dokonywania naprawy. Zdaniem wyżej wskazanego Sądu, brak jest również w polskim prawie podstawy do przyjęcia, że korzystanie z pojazdu zastępczego jest tylko wówczas usprawiedliwione i podlega refundacji przez zakład ubezpieczeń, gdy samochód zastępczy jest potrzebny do prowadzenia działalności gospodarczej albo do dojazdów do pracy. Zdaniem Sądu I instancji jest wprost przeciwnie, uprawnienie do zwrotu kosztów najmu samochodu zastępczego aktualizuje się także wówczas, gdy poszkodowany korzysta z niego w celach niesłużbowych np. na zakupy. Jedyny wymóg dotyczy wyłącznie tego, aby okres korzystania z samochodu zastępczego nie przekraczał czasu koniecznego i niezbędnego do dokonania naprawy pojazdu uszkodzonego.

Kończąc prezentowanie orzeczeń dopuszczających prawo osób fizycznych do zwrotu kosztów najmu samochodu zastępczego bez szczególnych i dodatkowych ograniczeń, Rzecznik Ubezpieczonych pragnie również przytoczyć stanowisko Sądu Rejonowego w Tarnowie, które zostało zawarte w wyroku z dnia 18 kwietnia 2008 r. (sygn. akt. IC 421/07). W uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy, dokonując wykładni roszczenia o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego, w pierwszej kolejności przywołał wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 listopada 2002 r. (sygn. akt V CKN 1397/00), w którym to zostało wskazane, że jeżeli samochód uszkodzony w wypadku komunikacyjnym mógł

zostać naprawiony, to powód może żądać od zobowiązanego do naprawienia tej szkody zakładu ubezpieczeń zwrotu kosztów wynajmu pojazdu zastępczego poniesionych w zasadzie jedynie w okresie naprawy samochodu. Zdaniem Sądu Rejonowego w Tarnowie z treści przywołanego wyroku Sądu Najwyższego wynika z jednej strony przesądzenie zasady zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w przypadku uszkodzenia pojazdu osoby poszkodowanej (również w przypadku osoby fizycznej – konsumenta), zaś z drugiej strony określenie zakresu tych kosztów do okresu naprawy uszkodzonego pojazdu. Ważną kwestią jest również to, iż w niniejszej sprawie, poszkodowana wynajęła pojazd mechaniczny również w celu wyjazdu na wcześniej zaplanowany urlop wypoczynkowy nad morze. Sąd uznał, że także w takiej sytuacji poszkodowany może dochodzić zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego. Powyższych kosztów Sąd Rejonowy, z uwagi na status osoby poszkodowanej (konsumenta) i cel wynajmu jakim było odtworzenie możliwości korzystania z rzeczy w celu wyjazdu na wypoczynek, nie uznał jako wydatku będącego składnikiem szkody niemajątkowej.

Przedstawiona powyżej grupa orzeczeń sądów powszechnych posiada następujące wspólne cechy: po pierwsze, stanowią transpozycję wykładni roszczenia o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego, która została przedstawiona w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03). Po drugie, wykładnia zaprezentowana przez Sąd Najwyższy została przeniesiona również na roszczenia konsumentów. Sądy te, z uwagi na aktualny rozwój stosunków społeczno-gospodarczych, powszechność i masowość posiadania oraz wykorzystywania pojazdów mechanicznych, nie podzieliły poglądu, że utrata możliwości korzystania z rzeczy, która uprzednio była wykorzystywana do celów egzystencjalnych, innych niż wyłącznie do prowadzenia działalności gospodarczej, stanowi utratę przyjemności lub wygody, a więc szkodę niemajątkową i nie podlegającą naprawieniu w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Wręcz przeciwnie, utrata możliwości korzystania z rzeczy przez konsumentów została zakwalifikowana jako szkoda majątkowa. Sądy powszechne w wyżej przywołanych orzeczeniach nie wprowadziły gradacji w podstawie prawnej roszczenia w zależności od statusu poszkodowanego tj. czy jest on przedsiębiorcą, czy też konsumentem. Taką gradację uznano za niedopuszczalną i nieuzasadnioną. Zdaniem sądów powszechnych w przedstawionych powyżej orzeczeniach utrata możliwości korzystania z rzeczy powstaje w obu przypadkach. Zakres szkody z tego tytułu powstałej może przybrać różne rozmiary, lecz nie ma to wpływu na samą zasadę odpowiedzialności za szkodę, która została wyrażona w art. 361 k.c. Po trzecie, koszt najmu pojazdu zastępczego potraktowany został jako wydatek, który zmierza do wyłączenia lub ograniczenia szkody w postaci niemożności korzystania ze swojego pojazdu mechanicznego. Koszt ten nie został uznany jako wydatek wyłącznie zmierzający do wyłączenia lub ograniczenia innej szkody w mieniu poszkodowanego.

Wreszcie, zasadność roszczenia w tak przyjętej wykładni nie jest determinowana uprzednią niemożnością skorzystania ze środków komunikacji publicznej. Fakt istnienia, funkcjonowania środków transportu zbiorowego w miejscu zamieszkania poszkodowanego uznany został w sposób wyraźny lub konkludetywny za prawnie irrelevantny. W powyższych orzeczeniach skorzystanie ze środków komunikacji publicznej nie zostało uznane za inny, alternatywny i dopuszczalny sposób naprawienia szkody, powstałej wskutek niemożności korzystania ze swojego uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu mechanicznego, czy też jako pełne odtworzenie możliwości korzystania z rzeczy. Jak powyższej zostało wskazane, analiza uzasadnień tych wyroków nie pozwala również na przyjęcie wniosku, iż przedmiotem rozpoznania były nadzwyczajne stany faktyczne, w których poszkodowani nie mogli zaspokoić swoich potrzeb konsumpcyjnych i życiowych w inny sposób, niż poprzez wynajem pojazdu zastępczego. Oczywiście można zgodzić się z tezą, że powyżej wskazane orzeczenia nie wiążą innych sądów powszechnych w analogicznych sprawach. Wskazują jednak jaki jest aktualnie główny kierunek judykatury w sprawach o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego z powództw konsumentów.

Na zakończenie niniejszego opracowania warta poruszenia jest również problematyka ciężaru dowodu w przypadku kierowania roszczeń o zwrot kosztów najmu samochodu zastępczego. Konieczność jej zarysowego przedstawienia podyktowana jest nie tylko zaprezentowaną konstrukcją roszczenia, ale również faktem, iż konsument nie zawsze posiada pełną świadomość na temat obowiązków wynikających z ciężaru dowodu tj., jakie okoliczności winien wykazać, kierując roszczenie o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego.

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi korzystne skutki prawne. Jest to ciężar dowodu w znaczeniu materialnym. W doktrynie zwraca się uwagę, że interpretacja pojęcia „faktu”, o którym mowa w art. 6 k.c., musi prowadzić do łączenia go wyłącznie z faktami prawnymi. Tylko z takimi faktami normy prawa materialnego wiążą w swych hipotezach określone konsekwencje prawne. Przepis art. 6 k.c. formułuje zasadę rozkładu dowodu, do materii objętej jego dyspozycją nie należy natomiast to, czy strona wywiązała się

z tego obowiązku, tj., czy określone fakty rzeczywiście udowodniła. Kwestia ta należy do domeny przepisów postępowania¹¹.

Z uwagi na fakt, iż niniejsze opracowanie może okazać się pomocne również podczas sądowego dochodzenia swoich roszczeń, zostaną również poruszone formalnoprawne zagadnienia ciężaru dowodu. Zgodnie z przepisem art. 3 k.p.c., strony i uczestnicy postępowania obowiązani są dawać wyjaśnienia co do okoliczności sprawy zgodnie z prawdą i bez zatajania czegokolwiek oraz przedstawiać dowody. Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa więc na stronach postępowania (art. 3 k.p.c.), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 k.p.c.) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.)¹².

Przyjmując koncepcję roszczenia o zwrot kosztów najmu samochodu zastępczego w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu OC komunikacyjnego, w której brak jest ograniczeń podmiotowych w podstawie prawnej tego roszczenia, poszkodowany będzie musiał wykazać i udowodnić następujące fakty „prawotwórcze”:

- 1) fakt spowodowania kolizji drogowej lub wypadku drogowego, za którą odpowiedzialność gwarancyjną ponosi ubezpieczyciel; uznanie roszczenia za szkodę w pojeździe uczyni ten fakt, faktem bezspornym.
- 2) fakt niemożności korzystania ze swojego pojazdu wskutek jego zniszczenia lub uszkodzenia;
- 3) fakt istnienia związku przyczynowego pomiędzy zniszczeniem lub uszkodzeniem pojazdu i wynikającą z niego niemożnością korzystania ze swojego pojazdu a wynajmem pojazdu zastępczego.
- 4) fakt poniesienia kosztów na wynajem pojazdu w celu odtworzenia możliwości korzystania z pojazdu;
- 5) wysokość poniesionych kosztów.

Obserwując dotychczasowe stanowiska pełnomocników pozwanych w toku postępowań o zapłatę i prezentowaną przez nich odmienną wykładnię roszczenia o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego, poszkodowany może z tzw. ostrożności procesowej przedstawić również fakty i dowody dotyczące sposobu i zakresu wykorzystywania uszkodzonego pojazdu mechanicznego i tożsamość korzystania z przedmiotu najmu. Ich przedstawienie może być wielokrotnie przydatne dla skutecznego obalenia zarzutu strony pozwanej o naruszeniu przez wierzyciela zasady współdziałania z dłużnikiem przy wykonaniu zobowiązania w sposób, o którym mowa w art. 354 § 1 k.c. przy ocenie zakresu (czasu) najmu samochodu zastępczego.

Przepis art. 227 k.p.c. stanowi, że przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. W procesie cywilnym strony mają obowiązek twierdzenia i dowodzenia tych wszystkich okoliczności (faktów), które stosownie do art. 227 k.p.c. mogą być przedmiotem dowodu. Tzw. fakty negatywne mogą być dowodzone za pomocą dowodów faktów pozytywnych przeciwnych, których istnienie wyłącza twierdzoną okoliczność negatywną. W związku z tym: po pierwsze – faktów, z których wywodzone jest dochodzone roszczenie (tworzących prawo podmiotowe), powinien w zasadzie dowieść powód; dowodzi on również faktów uzasadniających jego odpowiedź na zarzuty pozwanego; pozwany dowodzi faktów uzasadniających jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda; po drugie – faktów tamujących oraz niweczających powinien dowieść przeciwnik tej strony, która występuje z roszczeniem, czyli z zasady – pozwany¹³. Ciężar dowodu nie ma charakteru wyłącznie jednokierunkowego. Ciężar ten nie zawsze spoczywa na powodzie. Ten kto odmawia uczynienia zadość żądaniu powoda obowiązany jest udowodnić fakty wskazujące na to, że uprawnienie żądającemu nie przysługuje¹⁴. Reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze, bez względu na okoliczności sprawy, spoczywa on na stronie powodowej. Jeżeli strona powodowa udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscpekcji i faktów uzasadniających jej zdaniem oddalenie powództwa¹⁵. Powyższe rozumienie ciężaru dowodu w znaczeniu formalnym oznacza, że na stronie pozwanej, która wnosi o oddalenie powództwa spoczywa ciężar udowodnienia braku faktu, o którym mowa w pkt 1 lub faktów wskazanych w pkt 2–4.

¹¹ Wyrok SN z dnia 15 października 2004 r. (sygn. akt II CKL, Lex nr 197635).

¹² Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 grudnia 2003 r. (sygn. akt I ACa 1457/03).

¹³ Wyrok SN z dnia 4 września 2007 r. (sygn. akt I PK 112/07), wyrok SN z dnia 29 września 2005 r. (sygn. akt III CK 11/05).

¹⁴ Wyrok SN z dnia 20 grudnia 2006 r. (sygn. akt IV CSK 299/06), wyrok SN z dnia 14 lutego 2002 r. (sygn. akt V CKN 745/00).

¹⁵ Wyrok SN z dnia 20 kwietnia 1982 r. (sygn. akt I CR 79/82).

Problemy brytyjskich konsumentów ubezpieczeń komunikacyjnych – przykłady skarg

Podobnie jak w Polsce, również w Wielkiej Brytanii istnieje urząd rzecznika ubezpieczonych, a dokładniej Rzecznika Usług Finansowych (*Financial Ombudsman Service*), którego kompetencje oprócz usług ubezpieczeniowych obejmują ponadto produkty bankowe oraz produkty inwestycyjne. Do brytyjskiego Rzecznika wpłynęło w ubiegłym roku łącznie 163 012 skarg, z tego 50 168 dotyczyło usług ubezpieczeniowych. Największa ilość spraw ogółem dotyczyła ubezpieczeń kredytów – skargi te stanowią obecnie 30% wszystkich spraw rozpoznawanych przez Rzecznika. Jeżeli chodzi o ubezpieczenia komunikacyjne są one drugą pod względem ilości skarg z zakresu ubezpieczeń usługą, która nasuwa wątpliwości konsumentów. W 2009 r. wpłynęło 5 451 skarg z tego zakresu. W niniejszym artykule chciałabym przybliżyć czytelnikom problemy zgłaszane przez konsumentów brytyjskiego rynku ubezpieczeń komunikacyjnych. Podkreślenia wymaga fakt, iż w Wielkiej Brytanii powszechne jest posiadanie oprócz obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych również ubezpieczenia autocasco. Jak się okazuje to właśnie ubezpieczenia dobrowolne stanowią najczęściej przyczynę sporu. Warto ponadto dodać, iż złożenie skargi do brytyjskiego Rzecznika jest uwarunkowane wcześniejszym zgłoszeniem reklamacji bezpośrednio do ubezpieczyciela. Rzecznik, po rozpoznaniu sprawy wydaje wiążącą dla obu stron decyzję, a więc może nakazać wypłatę odszkodowania bądź uznać skargę za niezasadną. Od decyzji Rzecznika strony mogą odwołać się do sądu.

Poniżej przedstawiam treść kilku wybranych skarg konsumentów wraz z rozstrzygnięciami Rzecznika Usług Finansowych w Wielkiej Brytanii.

Zaniżenie wartości pojazdu przed wypadkiem – szkoda całkowita w ubezpieczeniu autocasco

Pan Y zgłosił ubezpieczycielowi szkodę na pojeździe z ubezpieczenia autocasco. Ubezpieczyciel przedstawił Panu Y pisemne stanowisko, w którym wskazał, że jego pojazd posiada tak znaczne uszkodzenia, że naprawa nie jest ekonomicznie uzasadniona i zakwalifikował szkodę jako całkowitą. Zaproponował Panu Y wypłatę odszkodowania w kwocie 500 funtów, co zdaniem ubezpieczyciela odpowiadało wartości pojazdu przed wypadkiem.

Pan Y oświadczył, że oferta ubezpieczyciela jest w jego ocenie „śmieszna” w związku ze „świetnym stanem technicznym” jego pojazdu. Uznał, że ubezpieczyciel nie uwzględnił modyfikacji i ulepszeń, których właściciel pojazdu w nim dokonał i zażądał wypłaty kwoty 3 000 funtów. W związku z faktem, iż ubezpieczyciel nie zgodził się na wypłatę wskazanej przez skarżącego kwoty, Pan Y skierował skargę do Rzecznika Usług Finansowych w Wielkiej Brytanii. Jako dowód w sprawie skarżący załączył kilka ogłoszeń prasowych oraz wydruków ze stron internetowych dotyczących sprzedaży podobnych pojazdów, których cena opiewała na kwotę wyższą niż przyznane 500 funtów.

Po przeanalizowaniu sprawy Rzecznik uznał roszczenia skarżącego za częściowo zasadne.

Rzecznik wyjaśnił, iż dowody, które dostarczył skarżący nie są wystarczające do ustalenia wartości jego pojazdu przed wypadkiem przede wszystkim z tego względu, iż podane w nich ceny są cenami wywoławczymi, a więc sprzedający podając je pozostawił pewien margines cenowy do negocjacji, a tym samym ogłoszenia nie odzwierciedlają faktycznej ceny sprzedaży tego typu pojazdów. Rzecznik zauważył ponadto, że przedstawione przez skarżącego materiały dotyczyły sportowej wersji pojazdu. Pan Y faktycznie dokonał pewnych modyfikacji w swoim pojeździe i zakupił do niego elementy tuningowe, co faktycznie wpłynęło na wzrost wartości jego pojazdu, jednak nie oznaczało, że pojazd miał taką samą wartość jak wersja sportowa tego samego modelu.

Zgodnie z zapisami umowy ubezpieczenia autocasco, która była podstawą rozstrzygnięcia co do zasadności zgłoszonych roszczeń, jeżeli ubezpieczyciel uzna, że naprawa nie jest ekonomicznie uzasadniona, ma on obowiązek wypłacić odszkodowanie odpowiadające wartości rynkowej pojazdu w momencie zaistnienia szkody. Definicja „wartości rynkowej pojazdu” w niniejszej sprawie określała, iż jest to koszt, jaki ubezpieczony musi ponieść w celu odkupienia pojazdu o tej samej marce i tym samym modelu, podobnym roczniku oraz stanie utrzymania, ustalana w odniesieniu do wartości rynkowych przedstawionych w branżowych katalogach wartości rynkowych pojazdów.

Pomimo, iż ubezpieczyciel wiedział o modyfikacjach, jakie Pan Y przeprowadził w swoim pojeździe, nie wziął ich jednak pod uwagę przy ustalaniu wartości pojazdu, a tym samym kwoty odszkodowania. Rzecznik zgodził się ze



Małgorzata Więcko-Tułowicka
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

skarżącym, iż jego pojazd był warty więcej, niż zostało to określone przez ubezpieczyciela, jednak nie zgodził się ze stanowiskiem skarżącego, iż jest to kwota 3 000 funtów.

Rzecznik ustalił wartość pojazdu na kwotę 1.500 funtów i nakazał ubezpieczycielowi wypłatę tej właśnie kwoty.

Odmowa wypłaty odszkodowania w związku z zatajeniem informacji o modyfikacjach, którym poddano pojazd

Samochód Pana M. został bardzo poważnie uszkodzony w wyniku kradzieży i użycia pojazdu do nielegalnych wyścigów. Ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania powołując się na fakt, iż Pan M. w momencie zawarcia umowy nie poinformował ubezpieczyciela o fakcie dokonania modyfikacji w swoim pojeździe – przeróbki filtra powietrza, systemu wydechowego oraz zamontowania wzmocnionych, aluminiowych felg. W uzasadnieniu swojego stanowiska ubezpieczyciel wskazał, że gdyby wiedział o przeprowadzonych modyfikacjach pojazdu, nie zawarłby umowy ubezpieczenia autocasco.

W związku z faktem, iż Pan M. uznał stanowisko ubezpieczyciela za niezasadne, złożył skargę do Rzecznika Usług Finansowych. W skardze wskazał, iż o fakcie, że pojazd posiada aluminiowe felgi informował ubezpieczyciela w momencie zawierania umowy ubezpieczenia, ale sam nie był świadomy faktu przeróbek w zakresie systemu wydechowego oraz filtra powietrza. Skarżący załączył kopię faktury zakupu pojazdu, w której przeprowadzone modyfikacje pojazdu nie były uwidocznione, a cena, jaką skarżący zapłacił nie sugerowała, że został mu sprzedany samochód o parametrach innych, niż standardowe dla tego modelu. Ubezpieczyciel przesłał Rzecznikowi nagranie rozmowy telefonicznej, która prowadziła do zawarcia umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na pytanie przedstawiciela zakładu ubezpieczeń dotyczące modyfikacji pojazdu bądź jego ponadstandardowego wyposażenia, skarżący poinformował o fakcie wymiany felg na aluminiowe oraz podał, że nic innego nie było w pojeździe przerabiane.

Rzecznik uznał skargę Pana M. za zasadną i ocenił, iż nie był on świadomy, że w samochodzie dokonano przeróbki systemu wydechowego oraz filtra powietrza i nakazał ubezpieczycielowi wypłatę odszkodowania bez orzekania co do konkretnej kwoty wypłaty.

Odmowa wypłaty odszkodowania w związku z zatajeniem informacji o wcześniejszych szkodach

Pani K. złożyła skargę na swojego ubezpieczyciela, który odmówił wypłaty odszkodowania z umowy ubezpieczenia autocasco za uszkodzenia, które zaistniały w pojeździe na skutek kolizji. Ubezpieczyciel uzasadnił swoje stanowisko faktem, iż w postępowaniu likwidacyjnym odkryto, że Pani K. była uczestniczką innej kolizji kilka lat temu. Pani K. według ubezpieczyciela nie poinformowała o tym fakcie przed zawarciem umowy. Gdyby jednak ubezpieczyciel o tym wiedział, nie zawarłby umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel uznał z tego względu umowę ubezpieczenia za nieważną i potraktował ją tak, jakby w ogóle nie została zawarta.

Pani K. uznała stanowisko ubezpieczyciela za niesprawiedliwe i złożyła reklamację. Wskazała, że była absolutnie otwarta i szczerą odpowiadając na pytania zadawane w momencie zawierania umowy. Ubezpieczyciel nie zgodził się jednak na ponowne zbadanie niniejszej sprawy, więc Pani K. postanowiła skierować skargę do Rzecznika Usług Finansowych. Pani K. przekonywała Rzecznika, że nie była pytana o wcześniejsze kolizje, w związku z tym, Rzecznik wystąpił do brokera, z którym kontaktowała się skarżąca w celu zawarcia umowy z prośbą o udostępnienie nagrania z tej rozmowy. Z nagrania wynikało, że na zadane pytanie: „czy zgłaszała Pani jakiegokolwiek roszczenia z umowy ubezpieczenia w ciągu ostatnich 5 lat” Pani K. odpowiedziała „nie”. W rozmowie nie padło jednak pytanie o to, czy skarżąca uczestniczyła w ostatnim czasie w jakichkolwiek kolizjach. Ubezpieczyciel przesłał ponadto Rzecznikowi wniosek ubezpieczeniowy sporządzony przez brokera po rozmowie telefonicznej z Panią K. We wniosku, w odpowiedzi na pytanie: „proszę podać informację o wszystkich kolizjach i wypadkach drogowych, w których brała Pani udział w ciągu ostatnich 5 lat, bez względu na to, czy była Pani sprawcą czy poszkodowanym” nie wpisano żadnej odpowiedzi. Ubezpieczyciel twierdził, że pomimo, iż skarżąca nie została spytana przez brokera o fakt uczestnictwa w kolizjach drogowych, to jednak w momencie podpisywania wniosku ubezpieczeniowego powinna ona była dokładnie go przeczytać i uzupełnić odpowiedź na powyższe pytanie podając szczegółowe informacje.

Rzecznik wypytał ponadto skarżącą o kolizję, której była uczestnikiem. Pani K. wyjaśniła, że 4 lata przed zawarciem umowy była uczestniczką drobnej kolizji polegającej na zetknięciu się dwóch pojazdów zderzakami, przy czym na żadnym z pojazdów nie było widocznych uszkodzeń. Wskazała, że po wyjściu z samochodu zauważyła, że na drugim pojeździe znajdowały się wcześniejsze, bardziej rozległe uszkodzenia. Zapytała kierującego o te uszkodzenia, a on odpowiedział, że wynikły one wskutek innego zdarzenia, ale do tej pory nie miał on czasu dokonać ich naprawy. Jakiś czas później, Pani K. otrzymała pismo od ubezpieczyciela drugiego uczestnika kolizji, w którym podano, że zgłosił on roszczenie do swojego ubezpieczyciela w związku ze zdarzeniem, w którym uczestniczyła Pani K. Skarżąca udzieliła pisemnej odpowiedzi, w której wskazała, że nie poczuwa się do odpowiedzialności, ponieważ kolizja nie skutkowałą powstaniem jakichkolwiek uszkodzeń w pojazdach. Po udzieleniu tych wyjaśnień nikt więcej nie kontak-

tował się z nią w związku z zaistniałą kolizją, a więc uznała, że roszczenie zostało oddalone. Skarżąca wyjaśniła, że nie wiedziała o tym, że powinna była poinformować brokera o szczegółach tego zdarzenia i nie myślała, że ta informacja ma jakiegokolwiek znaczenie.

Rzecznik uznał, że skarga Pani K. jest zasadna, wskazując, że umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie informacji, które podała ona brokerowi, a ten nie pytał o wcześniejsze kolizje, w których skarżąca brała udział. Rzecznik nie uznał za prawidłowe wyjaśnienie ubezpieczyciela dotyczących braku odpowiedzi na pytania we wniosku ubezpieczeniowym. Biorąc pod uwagę okoliczności kolizji, w której udział brała skarżąca Rzecznik uznał, że uzasadnione było przypuszczenie Pani K., że udział w kolizji nie był istotny. Rzecznik wskazał, że ubezpieczyciel bezpodstawnie uznał zawartą umowę ubezpieczenia za nieważną i nakazał rozpoznanie zgłoszonego przez nią roszczenia, a także wypłatę odszkodowania wraz z odsetkami.

Odmowa wypłaty odszkodowania na podstawie nienależytego zabezpieczenia kluczyków

Samochód Pana E. został skradziony z parkingu znajdującego się przy boisku do piłki nożnej. Pan E. oglądał mecz, w którym grał jego nastoletni syn. Wychodząc z samochodu zamknął go, a kluczyki schował do torby, którą umieścił pod nogami na trybunie dla widzów. W którymś momencie meczu złodziej ukraść kluczyki z torby. Ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania wskazując, że Pan E. nie zabezpieczył z należytą starannością kluczyków poza pojazdem. Pan E. nie zgodził się ze stanowiskiem ubezpieczyciela. Wskazał, że schował kluczyki od samochodu do torby z tej przyczyny, że ubrania, które miał tego dnia na sobie nie posiadały kieszeni. Wiedział, że w okolicy boiska znajdują się szatnie, a w nich zamykane szafki z których korzystają piłkarze, jednak nie chciał zostawiać tam torby oraz kluczyków od samochodu, gdyż syn wielokrotnie mówił mu, że szafki w szatni były okradane. Wyjaśniał, że robił wszystko, aby mieć torbę na oku przez cały czas trwania meczu. Uznał, że złodziej musiał widzieć, jak Pan E. parkował samochód i obserwować gdzie schował on kluczyki, a później wykorzystał jakiś krótki moment, kiedy uwaga Pana E. została odwrócona, aby wyjąć kluczyki z torby. Pan E. zauważył brak kluczyków pod koniec meczu i natychmiast zawiadomił policję. Jednak ubezpieczyciel nie przyjął tych wyjaśnień i nie zmienił swojego stanowiska, więc Pan E. złożył skargę do Rzecznika Usług Finansowych.

Badając niniejszą sprawę Rzecznik przede wszystkim ocenił, czy skarżący miał świadomość ryzyka kradzieży oraz czy mając taką świadomość – podjął kroki zmierzające do wyeliminowania tego ryzyka. W niniejszej sprawie Rzecznik uznał, że nie ma żadnych dowodów na to, że Pan E. nie zachował należytej staranności w zabezpieczeniu kluczyków poza pojazdem. Był świadomy faktu, jak ważne jest umieszczenie kluczyków w odpowiednim miejscu i biorąc pod uwagę sytuację, w której się znalazł uznał, że najbezpieczniejszym miejscem będzie torba, którą będzie przechowywał pod nogami podczas oglądania meczu. Rzecznik wziął pod uwagę fakt, że zeznania skarżącego złożone zarówno na policji, jak i w postępowaniu likwidacyjnym były spójne. Rzecznik uznał więc skargę za zasadną i nakazał ubezpieczycielowi wypłatę odszkodowania bez wskazywania konkretnej kwoty odszkodowania.

Odmowa wypłaty odszkodowania ze względu na pozostawienie kluczyków w pojeździe

Ubezpieczyciel Pana D. odmówił mu wypłaty odszkodowania z tytułu kradzieży pojazdu. W uzasadnieniu ubezpieczyciel podał, że ochrona ubezpieczeniowa działa tylko w sytuacji zamknięcia pojazdu i usunięcia z niego kluczyków. Udzielając tej odpowiedzi ubezpieczyciel działał w przekonaniu, iż ubezpieczony wyszedł z samochodu i zostawił pojazd otwarty, a kluczyki pozostawił w stacyjce. Pan D. zaprzeczał, żeby taka sytuacja miała miejsce i skierował skargę do Rzecznika Usług Finansowych.

W skardze Pan D. poinformował Rzecznika, że jego pojazd został skradziony kiedy on przebywał w lokalnym klubie sportowym. Tłumaczył, że nie wziął on ze sobą żadnej torby, więc nie miał gdzie schować kluczyków, portfela oraz telefonu komórkowego podczas pobytu w klubie. Pozostawił więc wszystkie te rzeczy w schowku na bocznych drzwiach samochodu, a potem zamknął pojazd zapasowym kluczykiem, który wziął ze sobą. Pan D. twierdził, że wystarczająco zabezpieczył swoje rzeczy, zapewnił również, że nie były one widoczne dla przechodzących obok osób. Uważał ponadto, że stanowisko ubezpieczyciela w jego sprawie jest nierozsądne.

Badając niniejszą sprawę Rzecznik zwrócił uwagę, że gdy Pan D. po raz pierwszy zgłaszał fakt kradzieży ubezpieczycielowi nie poinformował go o tym, że pozostawił kluczyki w pojeździe. Gdy ubezpieczyciel wezwał skarżącego do oddania kluczyków i dokumentów, przekazał on wyłącznie kluczyk zapasowy oraz poinformował, że chwilowo nie może odnaleźć kluczyka głównego. Pan D. nie odnalazł kluczyka głównego również później.

Kiedy jednak odnaleziono samochód Pana D. okazało się, że nie było żadnych śladów włamania, siłowego otwarcia pojazdu ani uszkodzenia zamka. Dopiero wówczas skarżący poinformował ubezpieczyciela o tym, że wychodząc z pojazdu pozostawił w nim kluczyki. Nadal jednak utrzymywał, że zamknął samochód kluczykiem zapasowym. Twierdził, że podejrzewa, że złodziej użył do kradzieży wytrychu lub podrobionego klucza. Umowa ubezpieczenia

będąca podstawą stosunków pomiędzy stronami zawierała zapis, mówiący wyraźnie, iż ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za powstałe szkody tylko w sytuacji, gdy pojazd został zamknięty, a kluczyki usunięte z pojazdu i zabezpieczone poza nim.

W świetle zebranych informacji oraz niespójnych wyjaśnień skarżącego, a także braku przeciwnych dowodów, Rzecznik uznał, że najprawdopodobniej Pan D. zostawił kluczyki w pojeździe i zapomniał go zamknąć. Z tej przyczyny Rzecznik uznał skargę za niezasadną i oddalił roszczenie skarżącego.

Zaniżenie odszkodowania przy szkodzie całkowitej z autocasco

Pani J. złożyła skargę na swojego ubezpieczyciela po tym, jak jej samochód kempingowy został poważnie uszkodzony w wypadku drogowym. Ubezpieczyciel uznał, że naprawa nie jest ekonomicznie uzasadniona i zakwalifikował szkodę jako całkowitą. Zaproponował Pani J. kwotę 3 575 funtów, która to kwota zdaniem ubezpieczyciela odzwierciedlała wartość pojazdu sprzed wypadku. Pani J. nie zgodziła się ze stanowiskiem ubezpieczyciela. Zależało jej na naprawie pojazdu i chciała nawet sama zorganizować taką naprawę. Nie zgadzała się również z wyceną wartości jej pojazdu przedstawioną przez ubezpieczyciela. Pani J. była ponadto oburzona faktem, iż ubezpieczyciel, zaraz po ustaleniu kwoty odszkodowania, dokonał sprzedaży wraku jej pojazdu. Kiedy złożyła w tej sprawie skargę do ubezpieczyciela, ten zaoferował jej dodatkowe 500 funtów jako odszkodowanie z tytułu „przedwczesnego rozporządzenia jej pojazdem”. Jednak ubezpieczyciel odmówił uznania, że pojazd Pani J. był warty więcej, niż zostało to ustalone wcześniej. W związku z faktem, iż Pani J. nie mogła dojść do porozumienia z ubezpieczycielem, złożyła skargę do Rzecznika Usług Finansowych, w której wskazała, że została potraktowana nieuczciwie, gdyż zaproponowana kwota nie pozwala jej na zakup porównywalnego pojazdu. Pani J. oczekiwała wypłaty kwoty 5000 funtów.

Po przeanalizowaniu wszystkich informacji i dowodów w niniejszej sprawie Rzecznik uznał, iż kwota zaproponowana przez ubezpieczyciela jest prawidłowa biorąc pod uwagę rok produkcji oraz stan pojazdu. Z informacji przekazanych przez Panią J. wynikało, że kupiła ona swój pojazd za kwotę dużo wyższą, niż faktyczna wartość rynkowa pojazdu. Ponadto, wydała ona dodatkową kwotę pieniędzy na odnowienie wnętrza samochodu kempingowego. Pomimo tego, pojazd nie miał tak wysokiej wartości, jak wydawało się jego właścicielce. Rzecznik wyjaśnił więc skarżącej, że zgodnie z umową ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest jedynie do wypłaty odszkodowania w kwocie odpowiadającej wartości rynkowej pojazdu. Na wysokość odszkodowania nie ma wpływu wartość emocjonalna, jaką ewidentnie w tej sprawie chciała wykazać skarżąca. Rzecznik uznał, że odszkodowanie w kwocie 3 575 funtów oraz dodatkowo 500 funtów z tytułu przedwczesnej sprzedaży wraku jest kwotą adekwatną w niniejszej sprawie.

Trzeci filar – instrumenty

Trwająca od roku 2009 debata dotycząca modyfikacji kształtu systemu emerytalnego ogniskuje się wokół dwóch zasadniczych problemów. Pierwszym jest wpływ systemu na finanse publiczne, rozumiany jako zależności między przepływami finansowymi a obciążeniem dla budżetu państwa. Drugim, wydajność kapitałowej części umożliwiająca taką akumulację a następnie pomnażanie oszczędności emerytalnych, która umożliwi uzyskanie możliwie wysokiej stopy zastąpienia pobieranego w trakcie aktywności zawodowej wynagrodzenia świadczeniem emerytalnym. Niezależnie od prezentowanych dramatycznych scenariuszy, a także prognoz bardziej optymistycznych, wydaje się oczywiste, iż pokolenie objęte wyłącznie nowym systemem emerytalnym, w celu zabezpieczenia swych potrzeb w wieku emerytalnym, powinno rozważyć jakąś formę dodatkowego oszczędzania. Pomijając modele oszczędzania oparte na zaradności i inwencji samych ubezpieczonych, możliwe jest także skorzystanie z promowanych przez państwo rozwiązań. Obecnie, będą to instrumenty wskazane w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych, a także w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych. Planowane jest także wprowadzenie nowej formy dodatkowego oszczędzania w postaci indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego.



Mariusz Denisiuk
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Pracowniczy program emerytalny

Grupową formą oszczędzania jest pracowniczy program emerytalny. Tworzony przez zawarcie umowy zakładowej albo umowy międzyzakładowej. Umowę tę zawiera pracodawca z reprezentacją pracowników. Program jest rejestrowany przez organ nadzoru. Prawo do uczestnictwa w programie przysługuje pracownikowi, który jest zatrudniony u danego pracodawcy nie krócej niż 3 miesiące. Przystępując do programu, uczestnik może wskazać osobę, której mają być wypłacone środki zgromadzone w programie w razie śmierci uczestnika. Programy mogą być prowadzone w formie funduszu emerytalnego, umowy o wnoszenie przez pracodawcę składek pracowników do funduszu inwestycyjnego, umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników z zakładem ubezpieczeń w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zarządzania zagranicznego.

Składkę podstawową finansuje pracodawca. Kwota wpłacanej składki podstawowej nie może przekroczyć 7% wynagrodzenia uczestnika. Wysokość składki podstawowej ustalana jest procentowo od wynagrodzenia, w jednakowej kwocie dla wszystkich uczestników, albo procentowo od wynagrodzenia, z określeniem maksymalnej kwotowej wysokości tej składki. Składka wpłacana na rachunek uczestnika pracowniczego programu emerytalnego obliczana jest w stosunku do wysokości wynagrodzenia pracownika, jednakże składka ta, w odróżnieniu od wynagrodzenia, nie jest podstawą do odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne, oraz nie jest od niej odprowadzany podatek dochodowy od osób fizycznych. Ewentualna składka na ubezpieczenie emerytalne oraz ewentualny podatek, opłacane są jedynie w przypadku przerwania gromadzenia oszczędności na cel emerytalny w formie pracowniczego programu emerytalnego lub kontynuacji oszczędzania w formie indywidualnego konta emerytalnego. Zgodnie z intencją ustawodawcy, zachęcać ma to do konsekwentnego odkładania środków, które będą wykorzystane po osiągnięciu 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia. W przeciwnym wypadku, traktowane są jak forma wynagrodzenia za pracę co rodzi obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne oraz podatek dochodowy od osób fizycznych.

Uczestnik programu może zadeklarować także składkę dodatkową, jeżeli umowa zakładowa tego nie zakazuje. Jej wysokość uczestnik określa w deklaracji. Możliwa jest także zmiana wysokości składki dodatkowej lub rezygnacja z jej wnoszenia. Suma składek dodatkowych wniesionych przez uczestnika do jednego programu w ciągu roku kalendarzowego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej czteropółkrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok. W przypadku gdy kwota ustalona w sposób określony w zdaniu pierwszym będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, wówczas obowiązuje kwota ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.

Wypłata z pracowniczego programu emerytalnego następuje na wniosek uczestnika po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat lub na wniosek uczestnika po przedstawieniu przez niego decyzji o przyznaniu prawa do emerytury i po ukończeniu 55 roku życia. Wypłata następuje także w przypadku ukończenia przez uczestnika 70 lat, jeżeli wcześniej nie wystąpił z wnioskiem o wypłatę środków oraz na wniosek osoby uprawnionej, w przypadku śmierci uczestnika.

W przypadku wystąpienia uczestnika z programu, środki przez niego zgromadzone przekazywane są na wskazane przez niego indywidualne konto emerytalne.

Indywidualne konto emerytalne

Indywidualne konto emerytalne, czyli IKE jest to indywidualizowany sposób oszczędzania. Założenie indywidualnego konta emerytalnego jest dobrowolne. Konto może założyć każda osoba fizyczna mająca nieograniczony obowiązek podatkowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która ukończyła 16 lat.

IKE wyróżniają się zachętą podatkową – dochody uzyskane z tytułu lokowania środków emerytalnych są objęte zwolnieniem z 19% podatku od dochodów kapitałowych zwanego potocznie „podatkiem Belki”.

Każdy posiadacz IKE może w danym czasie gromadzić oszczędności tylko na jednym koncie. Niemożliwe jest wspólne gromadzenie środków przez małżonków na jednym koncie. Indywidualne konto emerytalne jest zakładane i prowadzone na podstawie umowy zawartej z wybraną instytucją finansową. Instytucją tą może być fundusz inwestycyjny, biuro maklerskie, zakład ubezpieczeń lub bank. Wówczas indywidualne konto emerytalne może przybrać formę funduszu inwestycyjnego, rachunku papierów wartościowych w domu maklerskim, ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub lokaty bankowej.

Wpłaty dokonywane na IKE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 300% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok. W 2011 r. limit ten został określony na poziomie 10 077 zł. Dodatkowy limit wpłat przewidziano również dla osób małoletnich (pomiędzy 16 a 18 rokiem życia), których wpłaty na IKE nie mogą przekroczyć dochodów uzyskanych przez tę osobę w danym roku z tytułu umowy o pracę.

Warto pamiętać, że założenie indywidualnego konta emerytalnego nie oznacza zobowiązania do comiesięcznych wpłat na konto aż do czasu przejścia na emeryturę. Częstotliwość wpłat określa się w umowie z instytucją finansową (np. kwartalnie, półrocznie czy nawet rocznie). Zwykle podawane są minimalne wysokości jednorazowych wpłat i minimalnej sumy wpłat w ciągu roku. W większości przypadków nie trzeba się zobowiązywać do regularnego oszczędzania. Możliwy jest wybór takiego IKE, które nie wymaga obowiązkowego opłacania regularnej składki. Wówczas, gdy z określonych powodów nie będzie możliwe dokonywanie wpłaty na IKE (np. z powodu utraty pracy lub innych nieprzewidzianych wydatków), umowa o prowadzenie IKE nie wygaśnie a zgromadzone środki są dalej pomnażane.

Środki gromadzone na IKE traktowane są jak indywidualne oszczędności i w przypadku śmierci posiadacza konta są przekazywane wskazanym przez niego osobom. W umowie o prowadzenie IKE oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób, którym zostaną wypłacone środki zgromadzone na IKE w przypadku jego śmierci. Dyspozycję tę można zmieniać w trakcie prowadzenia IKE. Jeżeli oszczędzający nie wskaże w umowie osób dziedziczących środki, wchodzi one do spadku. Inaczej może być jedynie w przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – kwestie wypłaty środków po śmierci ubezpieczonego reguluje umowa z zakładem ubezpieczeń na życie. Osoba uprawniona do środków zgromadzonych na IKE zmarłego może dokonać wypłaty transferowej na swoje IKE lub do pracowniczego programu emerytalnego (czyli powiększyć swoje oszczędności emerytalne).

Środki emerytalne zgromadzone na IKE można wypłacić po osiągnięciu 60 lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia i spełnieniu dodatkowych wymogów ustalonych przez ustawę. Wymogiem tym jest dokonywanie wpłat na IKE co najmniej w pięciu dowolnych latach kalendarzowych, albo dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na pięć lat przed dniem złożenia wniosku o dokonanie wypłaty.

W trakcie trwania umowy o prowadzenie IKE możliwe jest dokonanie częściowych wypłat zgromadzonych środków. Taka sytuacja może nastąpić jedynie w przypadku nie zachodzenia przesłanek do wypłaty lub wypłaty transferowej. Częściowy zwrot środków z IKE powoduje obowiązek odprowadzenia należnego podatku dochodowego od zysków kapitałowych. Możliwe jest dokonanie zwrotu wszystkich środków zgromadzonych na IKE. Wiązałoby się to z wypowiedzeniem umowy o prowadzenie IKE. Dokonanie częściowego zwrotu lub zwrotu wszystkich środków rodzi obowiązek podatkowy. W takim przypadku, instytucja prowadząca IKE zobowiązana jest do odprowadzenia 19% ryczałtowego podatku dochodowego od osób fizycznych.

W przypadku, gdy na indywidualne konto emerytalne oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, instytucja finansowa przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego. Środki te stanowią przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Ponadto, w takim przypadku zwrotu środków z indywidualnego konta emerytalnego, środki te również podlegają zryczałtowanemu podatkowi dochodowemu w wysokości 19%

dochodu. Dochodem jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne.

Wpłata na indywidualne konto emerytalne jest wpłata środków pieniężnych dokonywana przez oszczędzającego na indywidualne konto emerytalne lub przekazanie pożytków z papierów wartościowych zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym oszczędzającego. Nie jest więc wpłata na indywidualne konto emerytalne transfer środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym. Dlatego też inaczej obliczane jest zobowiązanie podatkowe wynikające z rozwiązania umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego, jeżeli wszystkie środki gromadzone na rachunku pochodziły z wpłat oszczędzającego i pochodzących od nich zysków. Inaczej też liczone jest zobowiązanie podatkowe, jeżeli środki zgromadzone na rachunku pochodzą także z transferu środków z pracowniczego programu emerytalnego. W drugim przypadku, całość środków transferowanych na indywidualne konto emerytalne traktowana jest jako dochód podatnika.

Indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego

Wraz z projektem zmiany podziału składki na ubezpieczenie emerytalne, Rada Ministrów zaproponowała wprowadzenie instytucji indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego (dalej IKZE). IKZE może być prowadzone na podstawie umowy z otwartym funduszem emerytalnym, którego członkiem jest ubezpieczony lub inną instytucją wskazaną w ustawie o indywidualnych kontach emerytalnych. IKZE będzie więc konkurencyjnym wobec indywidualnego konta emerytalnego sposobem oszczędzania środków na cel emerytalny.

Wpłaty na IKZE prowadzone przez otwarty fundusz emerytalny przeliczane będą na jednostki rozrachunkowe tak jak w przypadku wpłacanych składek emerytalnych. Od składki pobierana będzie podobna opłata, maksymalnie 3,5% wpłaty. Ponieważ zgodnie z projektem, wpłata na IKZE stanowić będzie aktywa funduszu, również środki zgromadzone na IKZE obejmie opłata za zarządzanie.

Wpłaty na IKZE będą limitowane i będą wynosiły 4% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne, nie więcej jednak niż 4% rocznego ograniczenia na podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W roku 2010 kwota ograniczenia wynosiła 94380 zł, a zatem limit 4% wynosiłby 3792 zł. Kwota wpłat na IKZE będzie odliczana od dochodu. Natomiast w roku 2012 możliwe będzie przeniesienie środków z IKE do IKZE bez konieczności ponoszenia opłat jak przy likwidacji IKE.

Instytucje ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych: rzecznicy konsumentów

W niniejszym opracowaniu postaramy się w sposób przystępny przedstawić rolę, zadania oraz cele instytucji miejskich i powiatowych rzeczników konsumentów. Przedstawimy także stale rozwijającą się współpracę między Rzecznikiem Ubezpieczonych a rzecznikami konsumentów.

Mamy nadzieję, że artykuł będzie cennym źródłem informacji dla wszystkich konsumentów rynku ubezpieczeniowego zainteresowanych tą tematyką, zwiększając tym samym wiedzę na ten temat.

Zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 50, poz. 331 z późn. zm.) zadania samorządu powiatowego w zakresie ochrony praw konsumentów wykonuje powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów. Powiaty mogą, w drodze porozumienia, utworzyć jedno wspólne stanowisko rzecznika konsumentów.

Z rzecznikiem konsumentów stosunek pracy nawiązuje starosta lub w miastach na prawach powiatu prezydent miasta. Rzecznikiem konsumentów może być osoba posiadająca wyższe wykształcenie, w szczególności prawnicze lub ekonomiczne, i co najmniej pięcioletnią praktykę zawodową. Rzecznik konsumentów jest bezpośrednio podporządkowany staroście (prezydentowi miasta).

Do zadań rzecznika konsumentów w szczególności należy:

- zapewnienie bezpłatnego poradnictwa konsumenckiego i informacji prawnej w zakresie ochrony interesów konsumentów;
- składanie wniosków w sprawie stanowienia i zmiany przepisów prawa miejscowego w zakresie ochrony interesów konsumentów;
- występowanie do przedsiębiorców w sprawach ochrony praw i interesów konsumentów;
- współdziałanie z właściwymi miejscowo delegaturami Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, organami Inspekcji Handlowej oraz organizacjami konsumenckimi;
- wykonywanie innych zadań określonych w ustawie lub w przepisach odrębnych.

Rzecznik konsumentów może wytaczać powództwa na rzecz konsumentów oraz wstępować, za ich zgodą, do toczącego się postępowania w sprawach o ochronę interesów konsumentów.

Rzecznik konsumentów w sprawach o wykroczenia na szkodę konsumentów jest oskarżycielem publicznym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. nr 106, poz. 1148 z późn. zm.).

Przedsiębiorca, do którego zwrócił się rzecznik konsumentów jest obowiązany udzielić rzecznikowi wyjaśnień i informacji będących przedmiotem wystąpienia oraz ustosunkować się do uwag i opinii rzecznika.

Rzecznik konsumentów jest obowiązany przekazywać na bieżąco delegaturom Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wnioski i sygnalizować problemy dotyczące ochrony konsumentów, które wymagają podjęcia działań przez organy administracji rządowej.

Współpraca między rzecznikami konsumentów a Rzecznikiem Ubezpieczonych w oparciu o stosowne porozumienia została zapoczątkowana, kiedy w dniu 1 kwietnia 2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych na zaproszenie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wzięła udział w posiedzeniu Krajowej Rady Rzeczników Konsumentów. Na forum Rady Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił projekt nawiązania stałej, długofalowej współpracy z siecią powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów. Zbieżność ustawowych zadań i dobre efekty dotychczasowej współpracy z częścią powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów skłoniły Rzecznika Ubezpieczonych do rozszerzenia form współpracy, a zarazem zaadresowania jej do wszystkich powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów.

Nawiązanie szeregu porozumień daje wzmocnienie poziomu ochrony ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych na poziomie lokalnym. W ramach współpracy powiatowi i miejscy rzecznicy konsumentów informują społeczność lo-



Piotr Budzianowski
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

kalne, na rzecz których pracują, o możliwości i trybie składania skarg do Rzecznika Ubezpieczonych, możliwości poddania sporu pod rozstrzygnięcie Sądu Polubownego działającego przy Rzeczniku Ubezpieczonych, a także uzyskania bezpłatnej porady lub pomocy prawnej, w ramach dyżurów telefonicznych prowadzonych przez ekspertów z Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

Zasadniczą platformę współpracy Rzecznika Ubezpieczonych z miejskim i powiatowymi rzecznikami konsumentów stanowi strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl. Na potrzeby współpracy na portalu Rzecznika została utworzona dedykowana dla rzeczników konsumentów zakładka zawierająca najważniejsze w codziennej działalności rzeczników informacje. Dotyczą one m.in. możliwości uzyskania porady telefonicznej w Biurze Rzecznika; zasad wniesienia skargi do Rzecznika; możliwość skorzystania z polubownego rozwiązania sporu przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych; bazy orzecznictwa sądowego z obszaru ubezpieczeń; wniosków Rzecznika do SN wraz z postanowieniami i uchwałami SN zapadłymi z ww. wniosków; wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń w zakładzie ubezpieczeń oraz przed sądem; odpowiedzi na często pojawiające się pytania ze strony konsumentów z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, małych i średnich przedsiębiorstw, turystycznych, następstw nieszczęśliwych wypadków, życiowych oraz zabezpieczenia emerytalnego (OFE, IKE, PPE).

W przypadku gdyby chcieli Państwo uzyskać dodatkowe, szczegółowe informacje na temat działalności rzeczników konsumentów, lub skorzystać z ich pomocy w poszczególnych powiatach lub miastach, zapraszamy do odwiedzin strony internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, www.uokik.gov.pl, gdzie w wyszukiwarce na stronie głównej „Konsumencie, masz problem? Znajdź pomoc w swoim mieście”, możecie Państwo znaleźć interesujące Państwa dane kontaktowe.