

UCHWAŁA
składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego

Dnia 19 maja 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Tadeusz Ereciński (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk (sprawozdawca)

SSN Józef Frąckowiak

SSN Jan Górowski

SSN Jacek Gudowski

SSN Anna Kozłowska

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 19 maja 2016 r.

przy udziale Rzecznika Finansowego Aleksandry Wiktorow

oraz prokuratora Prokuratury Krajowej Wojciecha Kasztelana,

po rozstrzygnięciu zagadnienia prawnego przedstawionego

przez Rzecznika Ubezpieczonych (obecnie Rzecznika Finansowego)

we wniosku z dnia 18 czerwca 2015 r., RU/116/AD/15,

"Czy odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych z tytułu roszczenia o pokrycie kosztów leczenia prywatnego na podstawie art. 444 § 1 k.c. jest uzależniona od braku możliwości skorzystania przez poszkodowanego z leczenia lub rehabilitacji w ramach uspołecznionej służby zdrowia albo wydłużonego okresu oczekiwania na takie leczenie lub rehabilitację, mającego ujemny wpływ na stan zdrowia poszkodowanego?"

podjął uchwałę:

Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 k.c.).

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 60 § 1 w zw. z art. 60 § 2 ustawy z dnia 23 listopada o Sądzie Najwyższym (Dz.U. z 2013 r., poz. 499 ze zm. - dalej: „ustawa o SN”) Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się do Sądu Najwyższego z wnioskiem o podjęcie uchwały zawierającej rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa w zakresie sformułowanego na wstępie zagadnienia prawnego. Zgodnie z art. 47 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1348; dalej - „ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r.”), uprawnienie do składania wspomnianego wniosku uzyskał Rzecznik Finansowy (por. art. 60 § 2 ustawy o SN). Zgodnie z art. 58 tej ustawy, wnioski Rzecznika Ubezpieczonych, złożone do Sądu Najwyższego przed dniem jej wejścia w życie, uważa się za złożone przez Rzecznika Finansowego.

Prokurator Generalny wniósł o odmowę podjęcia uchwały w związku z niewykazaniem przez wnioskodawcę przesłanek wymaganych w art. 60 § 1 ustawy o SN. W związku z tym należy podnieść, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego analizowano już wymagania dotyczące wniosku Rzecznika Finansowego (Rzecznika Ubezpieczonych) o podjęcie przez Sąd Najwyższy uchwały abstrakcyjnej. Wskazano, że chodzi o przedstawienie rozbieżności w zakresie wykładni prawa, które ujawniły się w orzecznictwie sądów powszechnych lub Sądu Najwyższego, a nie w praktyce zakładów ubezpieczeń, powstające zwłaszcza w toku postępowań likwidacyjnych. Na wnioskodawcy spoczywa ciężar wykazania okoliczności uzasadniających podjęcie uchwały; powinien on wykazać istnienie rzeczywistej rozbieżności w orzecznictwie przez wskazanie prawomocnych już orzeczeń sądowych opartych na odmiennej wykładni przepisów, a nie tylko przez ujawnienie różnic w ich stosowaniu w wyniku ustalenia różnych stanów faktycznych (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2006 r., III CZP 91/05, nie publ.; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2014 r., III CZP 2/14, OSNC 2014, nr 12, poz. 124).

Przedstawiony Sądowi Najwyższemu wniosek spełnia te wymagania, gdyż jakkolwiek wskazane w nim orzeczenia Sądu Najwyższego nie ujawniają

zasadniczej rozbieżności w zakresie wykładni art. 444 § 1 k.c. w odniesieniu do ujęcia szkody obejmującej „wszelkie wynikłe koszty” z uszkodzenia ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia, jednak treść wniosku świadczy o tym, że w orzecznictwie sądów powszechnych zarysowała się widoczna rozbieżność dotycząca prawnego znaczenia funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej w razie występowania przez poszkodowanych o odszkodowanie wobec zakładów ubezpieczeń w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, obejmującego pokrycie kosztów leczenia prywatnego na podstawie art. 444 § 1 k.c. We wniosku wykazano, że o ile niektóre orzeczenia nawiązują do ustabilizowanego stanowiska Sądu Najwyższego (zajętego zwłaszcza w wyroku z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, nie publ.), o tyle inne zmierzają do ogólnej, mniej lub bardziej kategorycznej konkluzji, że przy ustalaniu celowych kosztów leczenia lub rehabilitacji poszkodowanego należy przyznać temu poszkodowanemu prawo wyboru sposobów leczenia (prywatnego lub publicznego), nie ma on bowiem obowiązku podejmowania leczenia i czynności rehabilitacyjnych w ramach świadczeń medycznych publicznej służby zdrowia. Rzecznik Finansowy wskazał także orzeczenia sądów powszechnych, które nie uwzględniają ukształtowanego stanowiska Sądu Najwyższego i części sądów powszechnych.

Rzecznik Finansowy wskazał na uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 października 2012 r., I ACa 932/12, z którego wynika, że Sąd ten podzielił zarzut ubezpieczyciela niewykazania przez poszkodowanego, dochodzącego zwrotu wydatków poniesionych przez niego z prywatnych środków na rehabilitację, „częstotliwości, okresu trwania i braku możliwości lub szczególnych utrudnień uzyskania tych świadczeń nieodpłatnie”. Mimo poważnego uszkodzenia kończyn nie było, zdaniem Sądu, podstaw do przyjmowania nieograniczonej odpowiedzialności ubezpieczyciela, skoro nie wykazano wyników dotychczasowej rehabilitacji, czasu i częstotliwości zabiegów rehabilitacyjnych po wypadku, a także nie wykazano efektywnej możliwości wykonywania zabiegów w ramach świadczeń finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd powołał się nawet na domniemanie możliwości uzyskania bezpłatnych zabiegów w związku z art. 5 pkt

27 i art.15 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.; dalej: „ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.”).

W wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 26 kwietnia 2012 r., II Ca 310/12, stwierdzono, że leczenie w prywatnej placówce medycznej jest celowe wtedy, gdy poszkodowany wykaże nieuzyskanie określonych świadczeń w publicznej placówce medycznej lub odmowę takich badań, mimo ich medycznej konieczności, albo wykaże, że badania takie, wykonane w publicznej placówce medycznej, nie dałyby rezultatu, jaki został uzyskany w niepublicznej placówce medycznej. W wyroku tym określono wymagania dowodowe, gdyż niewystarczające okazało się przedłożenie przez poszkodowanego dokumentacji medycznej, z której wynikało, że poszkodowany został wypisany ze szpitala z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

W wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 14 lipca 2010 r. XXV C 37/09 znalazło się stwierdzenie, że uzyskanie zwrotu kosztów leczenia prywatnego wiąże się z wykazaniem, że koszty te musiały być poniesione, gdyż nie było możliwości uzyskania określonych świadczeń z ubezpieczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Z kolei w wyroku Sądu Rejonowego w Jarosławiu z dnia 3 czerwca 2014 r., XC 468/13, oddalono żądanie o zasądzenie kosztów wizyt lekarskich w prywatnym gabinecie rehabilitacyjnym z powodu niewykazania przez poszkodowanego, że nie mógł on skorzystać z bezpłatnej opieki medycznej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, skoro wcześniej skorzystał z takich usług o charakterze neurologicznym.

Można podzielić zdanie Prokuratora Generalnego, że w powołanych we wniosku orzeczeniach sądy powszechne generalnie nie uzależniały naprawienia szkody obejmującej koszty leczenia w podmiotach niefinansowanych ze środków publicznych od braku możliwości skorzystania z ubezpieczenia zdrowotnego, jednak w orzecznictwie tych sądów zarysowały się wyraźnie dwie odmienne interpretacje art. 444 § 1 k.c. Część orzeczeń odwoływała się do ukształtowanego stanowiska Sądu Najwyższego zawartego zwłaszcza do wyroku z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, jednak zapadły także wskazane przez Rzecznika

orzeczenia, zmierzające do znacznego poszerzenia katalogu okoliczności, które powinien dodatkowo wykazać poszkodowany domagający się naprawienia szkody na podstawie art. 444 § 1 k.c., np. brak możliwości skorzystania z bezpłatnej opieki medycznej, wydłużony okres oczekiwania na świadczenia medyczne.

Rzecznik Finansowy wyjaśnił, że w postępowaniach likwidacyjnych i procesach sądowych ubezpieczyciele często powołują się na to, iż poszkodowanym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., poszkodowani zatem powinni przede wszystkim korzystać z tych świadczeń w zakresie przewidzianym w art. 15 ust. 1 i art. 2 tej ustawy. W toku spraw o wypłatę odszkodowania ubezpieczeniowego, obejmującego koszty leczenia lub rehabilitacji w prywatnej placówce leczniczej, ubezpieczyciele podnoszą zarzut niedochowania przez poszkodowanego obowiązku zapobieżenia szkodzie (art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, Dz.U. z 2013 r., poz. 392 ze zm. - dalej : „ustawa z dnia 22 maja 2003”). Domagają się w związku z tym odpowiedniego wykazania, że poszkodowany wykorzystał wszystkie możliwości podjęcia leczenia i rehabilitacji w ramach usług medycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Większość usług medycznych, dokonywanych przez placówki prywatne, oferowana jest także w ramach usług finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, toteż ubezpieczyciele odmawiają uwzględniania rachunków obejmujących świadczenia medyczne, które są dostępne - według ubezpieczycieli - w ramach działalności powszechnej służby zdrowia. Wyrażane jest też przekonanie, że ubezpieczyciele w ogóle nie muszą pokrywać kosztów leczenia objętych zakresem leczenia w ramach ubezpieczenia społecznego, niekiedy jednak ubezpieczyciele wyjątkowo uwzględniają niemożność skorzystania przez poszkodowanych w odpowiednim, istotnym z punktu widzenia medycznego czasie ze świadczeń publicznej służby zdrowia. Żądają wtedy przedstawienia przez poszkodowanego zaświadczeń, że okres oczekiwania na usługi, zabieg medyczny lub rehabilitację w ramach publicznej służby zdrowia pozostaje zbyt długi, a tymczasem zakłady opieki zdrowotnej finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia - z różnych powodów - utrudniają lub odmawiają wydawania takich

zaświadczeń. Rzecznik Finansowy podkreślił, że nie ma wyraźnej podstawy prawnej żądania takich zaświadczeń; taka praktyka powoduje - jego zdaniem - przerzucenie przez ubezpieczycieli ciężaru dowodu w zakresie wykazania ewentualnego przyczynienia się poszkodowanego do rozmiaru szkody (art. 362 k.c.).

Rzecznik wskazał, że obecnie prawie połowa obywateli korzysta z tzw. prywatnych świadczeń medycznych, niefinansowanych ze środków publicznych, co jest spowodowane wieloma niedomaganiem funkcjonowania publicznej służby zdrowia, a dla wielu grup społecznych korzystanie z odpłatnych świadczeń medycznych stało się już standardem. Zapewniają one krótszy okres oczekiwania na wizytę u specjalisty, krótszy czas realizowania świadczenia, szerszy zakres świadczeń oraz wyższy poziom i jakość tych świadczeń.

Rzecznik Finansowy podkreślił fundamentalne znaczenie dla praktyki sądowej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07 (nie publ.), w którym przyjęto określenie wyłożonej z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia w rozumieniu art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. niezależnie od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie takich kosztów, oraz od tego, czy jest objęty systemem finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Przesłankę uwzględnienia roszczenia poszkodowanego, wynikającego z tego przepisu, stanowi jedynie wykazanie, że obejmuje ono niezbędne koszty leczenia, natomiast pozwany ubezpieczyciel może powoływać się na to, że określona w żądaniu suma nie jest potrzebna na koszty leczenia, bowiem te koszty zostaną pokryte ze środków publicznych.

Prezentując orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, Rzecznik Finansowy opowiedział się za taką wykładnią art. 444 § 1 k.c., która nie uzależnia pokrycia kosztów leczenia lub uwzględnienie żądania poszkodowanego wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia od istnienia możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych i nie uzależnia uwzględnienia tych roszczeń od wykazania przez poszkodowanego okoliczności negatywnych w postaci niemożności opłacenia świadczeń medycznych ze środków publicznych. Naprawienie szkody spowodowanej czynem niedozwolonym w postaci zwrotu

kosztów leczenia lub antycypowanie tych kosztów nie może być uzależnione od istnienia publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, funkcjonującego w innym, szerszym celu społecznym. Ponadto za taką wykładnią art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. przemawia funkcja tej regulacji, wyrażająca się w umożliwieniu poszkodowanemu wcześniejszego uzyskania od zobowiązanego do naprawienia szkody środków finansowych potrzebnych na koszty leczenia.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przepis art. 444 § 1 k.c. stwierdza ogólnie, że 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 przygotowanie do innego zawodu. W przepisie tym przewidziano dwa zasadnicze roszczenia poszkodowanego: roszczenie o zwrot poniesionych już wydatków na leczenie i roszczenie o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia albo o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu (art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.).

W judykaturze Sądu Najwyższego wielokrotnie analizowano użyte w art. 444 § 1 k.c. pojęcie „wszelkie koszty” (koszty celowe). Rozważano możliwość uwzględniania kosztów prywatnego leczenia poszkodowanego, który był objęty systemem ubezpieczenia społecznego oferującego bezpłatnie usługi medyczne. Wskazywano na sytuacje, w których poszkodowany miał realną możliwość skorzystania z takiego leczenia, lecz zdecydował się jednak na płatne leczenie prywatne. Powstało w związku z tym pytanie, czy poniesione w ten sposób koszty mogły być skutecznie objęte roszczeniami przewidzianymi w art. 444 § 1 k.c. Aktualna stała się też kwestia, na kim - poszkodowanym czy zobowiązanym do naprawienia szkody - spoczywa ciężar wykazania sytuacji, w której możliwe było skorzystanie przede wszystkim ze świadczeń medycznych oferowanych w ramach ubezpieczenia społecznego. Rozważano także inne kryteria służące ocenie poniesienia przez poszkodowanego kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c., w tym m.in. to, czy pozostawały

one w związku przyczynowym ze zdarzeniem powodującym uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia oraz czy miały być one przeznaczone na efektywną poprawę zdrowia poszkodowanego. W sposób kazuistyczny wskazywano w orzecznictwie określone, zindywidualizowane i typowe postacie kosztów, które mogą stanowić wydatki potrzebne w procesie leczenia i rehabilitacji poszkodowanego. Znacznie rzadziej zajmowano stanowisko dotyczące rozmiaru tych kosztów, np. co do ich „umiarkowanej wysokości”.

W sprawie o odszkodowanie w związku z wypadkiem przy pracy Sąd Najwyższy przyjął możliwość pokrycia kosztów odpłatnych konsultacji medycznych u specjalisty (wyrok z dnia 26 czerwca 1969 r., II PR 217/69, OSNCP 1970, nr 3, poz. 50). Poszkodowanemu groziło niebezpieczeństwo pełnej utraty wzroku, toteż Sąd Najwyższy uznał, że szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne. Do kosztów leczenia w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. zaliczono zatem koszty leczenia u wybitnego specjalisty, przy czym decydujące znaczenia miał sam charakter uszczerbku na ciele poszkodowanego. Sąd Najwyższy dostrzegł konieczność pokrycia jedynie „kosztów niewygórowanych”. Przedstawiony wyrok pośrednio potwierdza stanowisko Sądu Najwyższego, że poza wypadkami szczególnymi leczenie powinno odbywać się w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń.

W wyroku z dnia 16 stycznia 1981 r., I CR 455/80, (OSNC 1981, nr 10, poz. 193) rozważano koszty nabycia przez poszkodowanego pojazdu inwalidzkiego, koniecznego do skompensowania skutków kalectwa spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym. Sąd Najwyższy uznał, że koszty takiego pojazdu nie są objęte art. 444 § 1 k.c., „jeżeli nie jest on konieczny do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej, a w szczególności do kontynuowania pracy zarobkowej wykonywanej przed wypadkiem”. Nie wyłączono zatem w sposób kategoryczny także i takiej postaci kompensacji szkody poszkodowanego.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 1997 r., II UKN 113/97 (OSNAPUS 1998, nr 5, poz. 163) przyjęto, że obowiązek odszkodowawczy wynikający z art. 444 § 1 zdanie pierwsze k.c. obejmuje zwrot kosztów nabycia samochodu inwalidzkiego, niezbędnego do leczenia i prowadzenia działalności

gospodarczej pracownika wskutek wypadku przy pracy. Sąd Najwyższy podkreślił, że art. 444 § 1 zdanie pierwsze k.c. kreuje zasadę pełnej kompensaty szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, a art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. „jedynie egzemplifikuje, a nie wyczerpuje” (...) rodzaje i sposoby pełnej kompensaty szkody wynikającej z czynu niedozwolonego”. Według Sądu Najwyższego, na celowość korzystania z samochodu inwalidzkiego (oprzyrządowanego) już w okresie leczenia powypadkowego schorzeń narządów ruchu i konieczności systematyczności leczenia urologicznego wskazywały obie opinie medycznych instytutów naukowych. W orzeczeniu tym dokonano szerokiej interpretacji pojęcia „wszelkie koszty” użytego w art. 444 § 1 k.c.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2002 r., II CKN 1028/00 (Izba Cywilna 2003, nr 6, s. 39) wyrażono ogólną myśl, że „wydatki na nabycie nowego samochodu ze specjalistycznym wyposażeniem należy zaliczyć do kosztów wymienionych w art. 444 § 1 k.c., gdyż są one konieczne do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej”, a dotychczasowy samochód osobowy „jaki powódka posiadała przed wypadkiem komunikacyjnym, nie mógł być dostosowany do jej ograniczeń ruchowych. Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 maja 2001 r., V CKN 253/00 (nie publ.) wynika, że doszło do zasądzenia kosztów kupna samochodu dla młodego człowieka, który po amputacji nogi w wyniku wypadku podjął studia w celu zdobycia nowego zawodu, co wymagało dojazdów ze wsi, na której mieszkał, do szkoły wyższej .

Kategoria kosztów (wydatków) „koniecznych i celowych” poszkodowanego pojawia się w wielu orzeczeniach Sądu Najwyższego. Nawiązano do niej w wyroku z dnia 12 grudnia 2002 r. III CKN 1018/00 (nie publ.) oraz w wyroku z dnia 9 stycznia 2008 r. (OSNC-ZD 2000, nr 4, poz. 99), w którym zwrócono uwagę, że pojęcie „wszelkie koszty” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. to „koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu”. Pojęcie to jednak nie odnosi się do samej kwoty kosztów, które sąd ma obowiązek zasądzić. Według Sądu Najwyższego, w orzecznictwie ogranicza się jednak tak rozumiany obowiązek pokrycia wszelkich kosztów wymaganiem ich konieczności i celowości (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 2014 r., V CSK 632/13, nie publ.).

Kompensowanie kalectwa i umożliwienie poszkodowanemu prowadzenia normalnego życia w społeczeństwie może być w pewnych okolicznościach uznane za uzasadniające zasądzenie odszkodowania w wysokości zapewniającej nabycie samochodu. W omawianym wyroku stwierdzono także, że odwoływanie się do art. 361 § 1 k.c. jest zbędne, gdyż art. 444 § 1 k.c. obejmuje „wszelkie koszty” wynikłe z rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała.

Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10 (OSNC 2011, nr 10, poz.116) wynika, że w sprawie o odszkodowanie przeciwko zakładowi opieki zdrowotnej w związku z wadliwym leczeniem małoletniej powódki pozwany zakład opieki zdrowotnej podnosił m.in. zarzut „nieuwzględnienia możliwości sfinansowania kosztów leczenia (powódki) ze środków publicznych”. Sąd Najwyższy wyjaśnił, że sądy *meriti* dokonały w tym zakresie odpowiednich ustaleń dotyczących koniecznych wydatków i miały też na względzie to, że niektóre działania rehabilitacyjne były właśnie finansowane z takich środków. Stwierdził też, że celowość ponoszenia wydatków na rehabilitację może być powiązana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy zdrowia powódki, ale także z potrzebą jego niepogarszania.

Należy przytoczyć wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07 (OSP 2009, nr 9, poz. 20), w którym stwierdzono, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych kosztów oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana (ubezpieczyciel) wykaże, iż koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznanych w ramach procedur obejmujących decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów. W sprawie tej małoletni powód, który w toku wadliwego przyjęcia porodu przez lekarzy doznał uszkodzenia ciała w postaci splotu barkowego, domagał się na podstawie art. 444 § 1 zdanie 2 k.c. m.in. od pozwanego ubezpieczyciela wyłożenia sumy potrzebnej na przeprowadzenie odpowiedniej operacji barku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

W piśmiennictwie kategorię „wszelkich kosztów” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. ujmuje się szeroko jako konsekwencję czynu niedozwolonego w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Używa się także sformułowań „koszty konieczne i celowe”, „koszty uzasadnione”. W zasadzie nie neguje się objęcia tymi pojęciami także kosztów leczenia prywatnego, ponieważ poszkodowany nie ma obowiązku korzystania w ogóle lub przede wszystkim ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie chodzi jednak o nieograniczoną możliwość wyboru pomiędzy leczeniem prywatnym i publicznym, wyraźnie bowiem wskazuje się na pewne jego ograniczenia, chociaż różnie ujmuje się katalog możliwości skorzystania z leczenia prywatnego, którego koszty mogłyby być pokryte przez zobowiązanego na podstawie art. 444 § 1 k.c. i w konsekwencji także w ramach ubezpieczenia OC. Jako koszty konieczne i celowe wskazuje się przede wszystkim koszty leczenia i rehabilitacji w placówce prywatnej, gdy świadczenia te wykraczają poza zakres dostępnych świadczeń w ramach powszechnej opieki zdrowotnej lub poszkodowanemu oferowane są takie świadczenia w czasie nieracjonalnym z medycznego punktu widzenia. Niekiedy wskazuje się także na jeszcze inne sytuacje, a więc na większe szanse powrotu do zdrowia, jakie stwarza leczenie prywatne (większa szansa efektywności leczenia, wyższa jakość usługi medycznej) i na poważny charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowanego (ryzyko śmierci poszkodowanego lub nieodwracalnego kalectwa). Niektórzy autorzy zastrzegają jednak konieczność analizowania także obu takich sytuacji w ramach okoliczności konkretnego przypadku. Z reguły jednak przyjmuje się, że kryteria szansy powrotu do zdrowia lub charakteru uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia mogą uzasadniać także koszty leczenia podjętego poza granicami kraju i to nie tylko w krajach Unii Europejskiej.

Należy stwierdzić, że wyraźnej zbieżności stanowisk co do możliwości skorzystania przez poszkodowanego także ze świadczeń medycznych w placówkach niepublicznej służby zdrowia towarzyszy jednak różnica zdań dotyczących samego ciężaru dowodu kosztów „koniecznych i celowych”. Chodzi o to, czy poszkodowanego obciąża ciężar wykazania takich kosztów we

wszystkich wskazanych przypadkach ich poniesienia (art. 6 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.), czy ciężar taki powinien obciążać - i w jakim zakresie - zobowiązanego.

Punktem wyjścia rozstrzygnięcia zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Finansowego jest treść art. 444 § 1 k.c. oraz ogólne reguły prawa odszkodowawczego. Przepis ten przyjmuje możliwość objęcia roszczeniem odszkodowawczym poszkodowanego wszelkich kosztów wynikłych z faktu uszkodzenia lub wywołania rozstroju zdrowia. Odszkodowanie takie kompensuje uszczerbek majątkowy poszkodowanego w postaci *damnum emergens* (art. 361 § 2 k.c.); koszty podnoszone są wprawdzie z woli tego podmiotu, ale w celu usunięcia lub ograniczenia niekorzystnych dla zdrowia poszkodowanego konsekwencji spowodowanych czynem niedozwolonym. Można mówić zatem o wydatkach celowych poniesionych w związku z deliktem powodującym uszczerbek niemajątkowy w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Omawiane koszty mogą obejmować m.in. koszty leczenia i rehabilitacji (art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.). Taka egzemplifikacja „wszelkich kosztów” służyła ustawodawcy do pokazania, że dyspozycją art. 444 § 1 k.c. objęte są zarówno koszty leczenia już poniesione, jak i koszty, które mogą być poniesione przez poszkodowanego w przyszłości. Z tego względu w art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. wyodrębniono autonomiczne roszczenie, zgodnie z którym poszkodowany może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

W uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, trafnie wyjaśniono, że uwzględnienie takiego roszczenia poszkodowanego nie może być uzależnione od tego, czy poszkodowany dysponuje własnymi funduszami na pokrycie takich kosztów. Decydujące znaczenie ma tu element woli poszkodowanego, tj. to, czy przystąpi on od razu do podjęcia leczenia lub rehabilitacji i wyłoży odpowiednie koszty, czy zdecyduje się na żądanie wyłożenia przez zobowiązanego sumy pieniężnej niezbędnej do pokrycia kosztów przyszłych, czy nawet wystąpi z obydwojoma roszczeniami równocześnie, gdy wymagają tego

poszczególne etapy leczenia lub rehabilitacji. Łatwo przy tym zauważyć, że u podstaw regulacji, zawartej w art. 444 § 1 k.c., leży także istotny dla poszkodowanego czynnik czasu, skoro może on zawsze podjąć czynności lecznicze lub rehabilitacyjne niezwłocznie po wyrządzeniu mu krzywdy w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a weryfikacja poniesionych kosztów może nastąpić dopiero w ewentualnym sporze z ubezpieczycielem .

Pojęcie „wszelkie wydatki” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. powinno być interpretowane przy uwzględnieniu zasady pełnej kompensacji szkody. Można nawet stwierdzić, że takie określenie ustawowe zmierza wyraźnie do zaakcentowania tej zasady prawa odszkodowawczego w odniesieniu do omawianej postaci szkody. Oznacza to, że naprawienie szkody, obejmującej wydatki poniesione na leczenie lub rehabilitację, powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowania takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy. W taki też sposób przedstawia się funkcję odszkodowania przewidzianego w art. 444 § 1 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. np. wyrok z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, OSNC-ZD 20908, nr D, poz. 99 oraz wyrok z dnia 15 października 2004 r., V CSK 632/12 nie publ.). Poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia lub rehabilitacji są zatem celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione), jeżeli odpowiadają wspomnianej funkcji odszkodowania określonego w art. 444 § 1 k.c. Sam natomiast rozmiar tych kosztów zależy od zakresu celowych czynności leczniczych lub rehabilitacyjnych, którym został poddany poszkodowany (np. diagnostyka, terapie, leki, zabiegi, typ i czas rehabilitacji). Nie ma przy tym znaczenia, czy chodzi o skompensowanie już poniesionych kosztów, czy o koszty, które mają być poniesione w związku z przyszłym, planowanym leczeniem (art. 444 § 1 zdanie drugie k.c.).

Przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. W orzecznictwie Sądu Najwyższego i piśmiennictwie wskazuje się, że rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu

powodów jest trudne do zaakceptowania. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Należy pozostawić mu zatem możliwość wyboru systemu leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnego wyboru alternatywnego z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego zrealizowania. Katalog takich zdarzeń może być, oczywiście, uzupełniony o sytuacje szczególne wynikające z konkretnego stanu faktycznego, w którym istotny jest nie sam dostęp faktyczny do publicznej usługi medycznej, ale także poziom merytoryczny i techniczny takiej usługi z punktu widzenia medycznych rokowań jej efektywności (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., II PR 217/69 OSNC 1970, nr 3, poz. 50). Nie jest też wyłączone, że w sytuacjach, w których zachodzi ograniczony dostęp do usługi medycznej, za koszty celowe w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. można uznać także koszty leczenia lub rehabilitacji poniesione za granicą.

Z art. 444 § 1 k.c. i ogólnych reguł prawa odszkodowawczego nie wynika szczególne ukształtowanie ciężaru dowodu w zakresie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także w zakresie wykazania faktu wystąpienia szkody po stronie poszkodowanego. Oznacza to, że poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji pozostające w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia, jeżeli występuje z żądaniem na podstawie art. 444 § 1 zdanie drugie k.c. Dowód „celowości kosztów” oznacza także potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania

także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych). Tak ukształtowany ciężar dowodu kosztów celowych nie może być bezpośrednio lub pośrednio poszerzany o określone, wybrane elementy stanu faktycznego, przesądzające, czy poniesione (lub planowane, art. 444 § 1 zdanie 2 k.c.) koszty leczenia należy zaliczyć do kategorii kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. Oznacza to, że nie można obarczać poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia tylko za pomocą wskazywanych przez zobowiązanego środków dowodowych (np. odpowiednich zaświadczeń medycznych) zasadności skorzystania z leczenia lub rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. Takie bezpodstawne wymagania dowodowe prowadzą do obciążania poszkodowanych obowiązkiem wykazywania wystąpienia wskazanych wcześniej sytuacji uzasadniających leczenie prywatne. Jeżeli jednak ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego; wtedy ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.).

Z tych względów podjęto uchwałę jak na wstępie.

jw

eb