



**Aleksandra Wiktorow**

---

Warszawa, -06-2015

**Sąd Najwyższy  
z siedzibą w Warszawie**

Wniosek

Działając na podstawie art. 60 § 1 w związku z art. 60 § 2 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. z 2013 r. poz. 499 ze zm.), z uwagi na występujące rozbieżności w wykładni prawa w orzecznictwie sądowym, Rzecznik Ubezpieczonych zwraca się z wnioskiem o podjęcie uchwały mającej na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie:

*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?*

## Uzasadnienie

I. Stosownie do brzmienia art. 444 § 1 kodeksu cywilnego<sup>1</sup> w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Ponadto 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.

Z analizy orzecznictwa sądów powszechnych oraz postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż problemy w zakresie dochodzenia powyższych roszczeń dotyczą oznaczenia celowości poniesionych wydatków podlegających wyrównaniu.

Zarówno, jeśli chodzi o pokrycie poniesionych kosztów leczenia, jak i sytuacji, gdy poszkodowany występuje z żądaniem wyłożenia z góry potrzebnej na leczenie kwoty pieniężnej pojawia się problem w momencie, gdy leczenie lub rehabilitacja ma zostać lub zostały przeprowadzone w prywatnych placówkach medycznych.

Rozbieżność podejścia do roszczeń o zwrot kosztów leczenia prywatnego dotyczy nie tylko postępowań likwidacyjnych, ale i procesów sądowych. Można wskazać chociażby, że zakłady ubezpieczeń broniąc się przed sądem przed roszczeniem o zwrot prywatnych kosztów leczenia podnoszą, że skoro 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 ze zm.), powinni oni korzystać z nich w pierwszej kolejności. Na poparcie swojego stanowiska ubezpieczyciele odwołują się niejednokrotnie do art. 15 ust. 1 ww. 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.

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)

Dodatkowo Rzecznik dostrzegł, iż ubezpieczyciele tłumacząc przed sądem przyczyny odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu leczenia lub rehabilitacji w prywatnej placówce medycznej wskazują na niedochowanie 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. z 2013 r. poz. 392 ze 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 niektóre zakłady ubezpieczeń uzasadniana faktem, iż zdecydowana większość świadczeń medycznych oferowanych przez placówki prywatne, z których korzystają poszkodowani mieści się w ramach usług finansowanych przez NFZ. W rezultacie niektórzy ubezpieczyciele odmawiają pokrycia wydatków na usługi medyczne, za które poszkodowani przedstawiają w postępowaniu likwidacyjnym rachunki i faktury, a które są dostępne w ocenie ubezpieczycieli w ramach powszechnej służby zdrowia.

W sporach sądowych niektóre zakłady ubezpieczeń argumentują ponadto, iż korzystanie z placówki prywatnej uzasadnione jest wyjątkowo i tylko wówczas, gdy istnieją podstawy do przyjęcia, iż poszkodowany nie mógł w odpowiednim czasie skorzystać z takiej pomocy w publicznej placówce służby zdrowia, co przekładałoby się ujemnie na stan zdrowia poszkodowanego lub efektywność dalszego leczenia.

Ponadto zdarza się, że zakłady ubezpieczeń jeszcze na etapie postępowań likwidacyjnych wymagają zaświadczeń, iż okres oczekiwania na usługi i zabiegi w ramach publicznej służby zdrowia jest długi. Przed sądami również argumentują, iż nie było podstawy do zwrotu kosztów leczenia prywatnego, gdyż poszkodowany nie przedstawił stosownego zaświadczenia. Tymczasem placówki świadczące usługi, finansowane w ramach NFZ z różnych powodów - zapewne z obawy przed odpowiedzialnością lub kontrolą - utrudniają lub odmawiają potwierdzenia na piśmie, że dana usługa jest niedostępna w określonym terminie. Należy podkreślić, iż nie ma wyraźnej podstawy prawnej do żądania przez poszkodowanych tego typu zaświadczeń od placówek publicznej służby zdrowia. Poszkodowani mogą się co najwyżej zapisać na listę oczekujących, blokując miejsce innym pacjentom. Czasem nie mają w ogóle takiej możliwości, gdyż zapisy na dany rok są już wstrzymane, albo trzeba byłoby się stawić danego dnia i ustawić w kolejce.

Analogiczna argumentacja po stronie niektórych ubezpieczycieli pojawiają się w odniesieniu do potrzeby podjęcia jak najszybszej rehabilitacji poza placówkami publicznymi.

Polski system prawny nie przewiduje roszczeń regresowych zakładu opieki zdrowotnej wobec sprawcy szkody, czy też wobec odpowiadającego gwarancyjnie jego ubezpieczyciela, co w praktyce prowadzi do sytuacji, w której ubezpieczyciele uznają, że pokrywanie kosztów leczenia w zasadzie ich nie dotyczy. Wśród niektórych ubezpieczycieli panuje nieuzasadnione przekonanie, że skoro świadczenia zdrowotne są realizowane w ramach ubezpieczenia społecznego, to ubezpieczyciel nie musi pokrywać kosztów leczenia objętych zakresem leczenia uspołecznionego. Z drugiej strony ubezpieczyciele pomijają istotne fakty, iż konieczność pokrycia kosztów leczenia jest następstwem czynu niedozwolonego ubezpieczonego sprawcy oraz że celem stawianym przed powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym nie jest ulżenie w odpowiedzialności sprawcy szkody, czy też zmniejszenie zobowiązań jego ubezpieczyciela.

Z jednej strony zakłady ubezpieczeń podkreślają konieczność szybkiego podjęcia leczenia poszkodowanego i zorganizowania efektywnej rehabilitacji, jako czynników znacznie zwiększających szanse powrotu do zdrowia i sprawności, z drugiej strony w praktyce likwidacyjnej wymagają od poszkodowanego, aby udokumentował, że leczenie lub rehabilitacja nie mogły się odbyć w ramach NFZ nieodpłatnie. Praktyka ubezpieczycieli zaprzecza deklaracjom i postulatom dotyczącym podejmowania wszelkich dostępnych środków niezbędnych do powrotu do zdrowia. Ubezpieczyciele przerzucają tym samym ciężar dowodu w zakresie wykazania ewentualnego przyczynienia się poszkodowanego do rozmiaru szkody.

Część ubezpieczycieli, zdając sobie sprawę z niewydolności systemu publicznej ochrony zdrowia, we własnym zakresie organizuje placówki świadczące usługi lecznicze i rehabilitacyjne na rzecz swoich klientów oraz poszkodowanych, a także podpisuje z istniejącymi podmiotami umowy współpracy, co dodatkowo obrazuje znaczące utrudnienia w powszechnym dostępie do placówek publicznych i terminowo świadczonych usług szczególnie rehabilitacyjnych.

Badania CBOS ukazują, że prawie połowa Polaków korzysta z prywatnej opieki medycznej, a głównym powodem wymienianym przez badanych jest krótszy czas oczekiwania na wizytę u specjalisty<sup>2</sup>. Mimo podejmowania prób poprawy sytuacji publicznej służby zdrowia, bezpłatna opieka medyczna w Polsce nie jest realizowana w krótkim czasie i wystarczającym zakresie<sup>3</sup>. Raport NIK pokazuje, że dostęp do świadczeń zdrowotnych się

---

<sup>2</sup> Badanie jest dostępne na stronie internetowej CBOS, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_047\\_12.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_047_12.PDF)

<sup>3</sup> Mimo pojawiających się nieustannie zapowiedzi poprawy funkcjonowania publicznej służby zdrowia, z informacji wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (Informacja z 28.10.2014 r. o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli nt. Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na

pogarsza. Obecnie istnieje możliwość sprawdzenia czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w ramach Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne<sup>4</sup>. W wielu przypadkach na wizytę u specjalisty trzeba czekać zdecydowanie powyżej kilku miesięcy.

Korzystanie z odpłatnych usług medycznych obecnie jest w Polsce dla znacznej części społeczeństwa standardem, co w dużej części wynika z przyczyn obiektywnych (większa dostępność, krótszy czas oczekiwania, lepszy sprzęt diagnostyczny, wyższy poziom obsługi pacjenta niż w przychodniach publicznych). Według raportu firmy badawczej PMR Research<sup>5</sup> na leczenie w sektorze prywatnym Polacy wydali 33,8 mld zł. Jak z kolei wskazuje CBOS<sup>6</sup>, ponad połowa Polaków deklaruje, że w ostatnim półroczu przynajmniej raz skorzystała ze świadczeń w całości opłacanych z własnej kieszeni lub z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia. Najczęściej wymienianą przyczyną wyboru prywatnej służby zdrowia jest przy tym znacznie krótszy czas oczekiwania na konsultacje i zabiegi (tak 66% respondentów). Nie można zatem czynić osobie poszkodowanej zarzutu, że skorzystała z prywatnej opieki medycznej, co jak widać jest w obecnych warunkach praktyką powszechną.

II. W orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje pogląd, iż obowiązek pokrycia „wszelkich kosztów” na podstawie art. 444 § 1 k.c. wymaga wykazania, iż były one celowe i niezbędne (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r., I CR 455/80, publ. OSNC 1981, nr 10, poz. 193; z dnia 14 maja 1997 r., II UKN 113/97, publ. OSNP 1998, nr 5, poz. 163, wyrok Sądu Najwyższego z 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, Mon. Praw. 2008, nr 3, s. 116). Osoba domagająca się pokrycia tych kosztów powinna więc wykazać, że celowe jest, czy też było zastosowanie określonych sposobów leczenia, zabiegów i środków wydawałoby się niezależnie od miejsca ich wykonania. Dodatkowo celowość ponoszenia wszelkich wydatków może być związana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu

---

rok 2013) wynika, iż NFZ nie doprowadził do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych. W wielu poradniach i oddziałach średni czas oczekiwania pacjenta na świadczenie uległ wydłużeniu. Poprawę dostępności świadczeń utrudniało nierównomierne rozmieszczenie szpitali, przychodni i sprzętu, problemy z szacowaniem ceny świadczeń oraz pozyskaniem wykwalifikowanych kadr medycznych. NIK zwróciła uwagę, że w ciągu najbliższych kilku lat zmniejszanie kolejek do lekarzy może być utrudnione z uwagi na wzrost kosztów leczenia osób starszych, tj. powyżej 65 roku życia. O ile ich udział w kosztach świadczeń ogółem w latach 2009-2013 wzrósł o blisko 3%, to w latach 2014-2018 wzrost ten, według szacunków Funduszu, może przekroczyć 5%. Trzeba pamiętać, że zmiany chorobowe u osób starszych związane są często z wykorzystaniem kosztownych procedur medycznych. Może to spowodować dalsze wydłużanie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń lub ograniczenia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii medycznych.

<sup>4</sup> <http://kolejki.nfz.gov.pl/>

<sup>5</sup> Raport pt. „Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2013. Prognozy rozwoju na lata 2013-2015” w 2013 r.

<sup>6</sup> „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”, marzec 2012

zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, jego nie pogarszania ( por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, LEX nr 738127).

Dla kwestii określenia celowości leczenia lub rehabilitacji po wypadku zasadniczym orzeczeniem jest wyrok Sądu Najwyższego z 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, w którym sąd wskazał, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody, 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 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. drugie 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. Natomiast, w kwestii ciężaru dowodu to zobowiązany do naprawienia szkody, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niej żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinien zaoferować dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych.

Powyższe przemyślenia Sądu Najwyższego należy uznać dla omawianej problematyki za fundamentalne, gdyż wyraźnie wskazują na znaczenie unormowania art. 444 § 1 zd. 2 k.c. nakreślając kierunki orzekania dla sądów niższych instancji, które nie powinny odsyłać poszkodowanego do wyłącznego korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>7</sup>.

Wiele rozstrzygnięć sądów powszechnych uznaje słuszność takiego podejścia do omawianego zagadnienia, a nawet idzie znacznie dalej. Niektóre sądy wskazują wprost, że poszkodowany ma prawo wyboru sposobu leczenia i nie ma obowiązku korzystania z publicznej służby zdrowia. Podkreślają, że poszkodowany ma prawo leczyć się tam, gdzie leczenie i skuteczność będzie największa i takie leczenie należy uznać za celowe (np. wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z 29 lutego 2012 r., I C 337/10; wyrok Sąd Apelacyjny w Gdańsku 21 lutego 2013 r.; V ACa 740/12). Nie jest to nowe spojrzenie, bowiem już w latach

---

<sup>7</sup> M. Nestorowicz, glosa aprobująca do wyroku SN z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt I CSK 384/07, OSP2009/2/20

dziewięćdziesiątych Sąd Apelacyjny w Katowicach w orzeczeniu z dnia 26 listopada 1991 r. (III APr 75/91, publ. OSA 1992/6/38), uznał, że prawa do żądania zwrotu bądź wyłożenia z góry kosztów leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że korzysta z uzupełnionego leczenia, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów lub środków, które nie wchodzą w zakres leczenia uspołecznionego. Sąd ten wyraźnie podkreślił, że skorzystanie z art. 444 § 1 k.c. nie może być powiązane z potencjalną możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia.

Ponadto, jeśli tylko poszkodowany przedstawia rachunki za usługi medyczne świadczone w ramach prywatnej służby zdrowia i wydatki te są uzasadnione z punktu widzenia medycznego, będąc następstwem wypadku, to zdaniem większości sądów powszechnych żądanie poszkodowanego, jako celowe pozostaje w pełni uzasadnione nie wymagając dodatkowych dowodów (wyrok Sądu Apel. w Warszawie z 30 października 2012 r., VI ACa 590/12; wyrok Sądu Apel. w Białymstoku z 14 listopada 2012 r., akt I ACa 544/12; wyrok sądu apel. w Katowicach z 3 marca 2013 r., I ACa 954/12). Sądy te podkreślają zatem, iż o celowości leczenia czy też rehabilitacji decydują wyłącznie względy medyczne.

Wielokrotnie sądy powszechne podkreślają również, że fakt, iż bezpłatna opieka medyczna w Polsce nie jest realizowana w krótkim czasie i wystarczającym zakresie jest powszechnie znany. Wskazuje się, że dostępność wizyt u specjalistów w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej jest w sposób istotny ograniczona ilością świadczonych usług (limitami), a także ich odległymi terminami. Co więcej, długi okres oczekiwania na te zabiegi w ramach refundowanych zabiegów przez NFZ, w ocenie wielu sądów jest wręcz faktem notoryjnym, niewymagającym dowodzenia. W związku z tym, w opinii sądów poszkodowani aby wykazać celowości leczenia lub rehabilitacji nie muszą przedstawiać zaświadczeń, iż w terminie odbytych przez niego płatnych świadczeń przysługiwało mu leczenie i rehabilitacja refundowana przez NFZ (por. wyrok Sadu Rejonowego w Elblągu z 26 stycznia 2012 r., I C 62/10; wyrok Sądu Rejonowego w Gorzowie Wlkp. z 22 września 201 r., I C 649/07; wyrok Sądu Rejonowego w Oławie z 23 marca 2011 r. I C 49/10, wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z 22 stycznia 2014 r., I C 4/13, wyrok Sądu Rejonowego we Wrocławiu z 20 października 2014 r., XI C 1506/13).

Niektóre sądy powtarzają także za Sądem Najwyższym, iż zarzuty dotyczące celowości poniesionych kosztów wymagają przeprowadzenia stosownego dowodu przez zobowiązanego do naprawienia szkody (np. Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 25 czerwca 2009 r., I ACa 272/09).

Ostatnio najszerzej odnośnie zwrotu kosztów leczenia wypowiedział się w toku kontroli instancyjnej Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 14 listopada 2012 r., I ACa 544/12, głęboko analizując zasadność roszczeń stwierdził, że zwlekanie z leczeniem w dłuższej perspektywie może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia poszkodowanego, a jak najszybsze poddanie się leczeniu leży, zatem zarówno w interesie poszkodowanego, jak i zobowiązanego do naprawienia szkody, bowiem im później byłaby przeprowadzone leczenie, tym większy może być zakres cierpień psychicznych i fizycznych, nie wykluczając także zwiększenia kosztów tego leczenia. To zaś zwiększyłoby w odpowiedni sposób zakres odpowiedzialności zobowiązanego. Nie jest, zatem pozbawiony podstaw w okolicznościach niniejszej sprawy pogląd, iż poszkodowany poddając się zabiegom odpłatnym działa w celu zmniejszenia zakresu doznanej szkody. Poszkodowany poddając się leczeniu wychodzi naprzeciw obowiązkowi przeciwdziałania zwiększeniu szkody, który nakłada na niego art. 362 k.c.

Sąd ten również zauważył, iż szeroki zakres odpowiedzialności za szkodę na osobie określony w art. 444 § 1-3 k.c. sprawia, iż odpowiedzialność, co do zasady nie jest w ogóle uzależniona od tego, czy poszkodowany posiadał ubezpieczenie zdrowotne czy też nie. Trudno, bowiem było przyjąć za trafny pogląd, że w razie braku takiego ubezpieczenia nie istniałby odpowiedzialność pozwanego za koszty takiego zabiegu. Posiadanie jednak takiego ubezpieczenia może natomiast rodzić po stronie poszkodowanego obowiązek współdziałania z pozwanym, który szkodę w tym zakresie pokrył – w celu ewentualnego odzyskania kosztów zabiegu w ramach jego refundacji z posiadanego w Anglii ubezpieczenia, co nie jest w sprawie wykluczone. Przyjęcie za uzasadnione w okolicznościach niniejszej sprawy, poddania się przez powoda płatnemu zabiegowi operacyjnemu w Polsce - czyni też niezasadnym podniesiony zarzut obrazy art. 444 § 1 k.c. w zw. 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 z 2013 r. poz. 392 ze zm.). W świetle bowiem ustaleń, które poczynił Sąd Okręgowy, i które podziela Sąd Apelacyjny - Sąd Okręgowy tych przepisów nie naruszył, skoro ustalił, iż koszty tego zabiegu i leczenie mieszczą się w ramach wszelkich kosztów, o których mowa w art. 444 § 1 k.c. Trzeba przy tym zauważyć, iż zarzut prawa materialnego winien się odnosić do stanu faktycznego, który skarżący akceptuje, a do którego wadliwie zastosowano prawo materialne. Jak się zdaje czyniąc zarzut obrazy powyższych przepisów skarżący odnośnie postulowanego przez siebie stanu faktycznego, a nie tego, który ustalił Sąd Okręgowy.



Podkreślił również, że obowiązek kompensaty kosztów obejmuje wszelkie koszty wywołane uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a więc wszystkie niezbędne i celowe wydatki, bez względu na to, czy podjęte działania przyniosły poprawę zdrowia (wyrok SN z 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, publ. Mon. Praw. 2008, nr 3, s. 116). W szczególności są to koszty leczenia, a więc wydatki związane z postawieniem diagnozy, terapią i rehabilitacją poszkodowanego. Ich zakres nie może ograniczać się do wydatków kompensowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz powinien obejmować koszty działań, podjętych z uzasadnionym - zważywszy na aktualny stan wiedzy medycznej - przekonaniem o spodziewanej poprawie stanu zdrowia poszkodowanego (wyrok SN z 12 grudnia 2002 r., II CKN 1018/00, LEX nr 75352). Stąd uzasadnione może być żądanie zwrotu kosztów, jakie poszkodowany poniósł na konsultację u wybitnego specjalisty (wyrok SN z 26 czerwca 1969 r., II PR 217/69, OSN 1970/3/50).

Innym przykładem stanowiska sądu aprobowanego opisywany wyżej kierunek judykatury jest również wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 5 marca 2013 r., I ACa 945/12, który potwierdzając rozważania Sądu Najwyższego uznał, iż obowiązek kompensaty kosztów obejmuje wszelkie koszty wywołane uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a więc wszystkie niezbędne i celowe wydatki, bez względu na to, czy podjęte działania przyniosły poprawę zdrowia. Osoba, która została niepełnosprawna na skutek wypadku ma prawo domagać się w ramach naprawienia szkody pokrycia wszystkich niezbędnych i celowych wydatków wynikających z tego zdarzenia. O uznaniu poszczególnych wydatków za spełniające te kryteria sąd decyduje w oparciu o stopień niepełnosprawności, jak również sytuację życiową poszkodowanego. Ponadto zakres tych kosztów nie może ograniczać się do wydatków kompensowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz powinien obejmować koszty działań, podjętych z uzasadnionym - zważywszy na aktualny stan wiedzy medycznej - przekonaniem o spodziewanej poprawie stanu zdrowia poszkodowanego.

Na koniec tej części warto też zwrócić uwagę, że analizując omawiane orzecznictwo oraz praktyki ubezpieczycieli niezrozumiałe jest to, iż w praktyce łatwiej zwrot kosztów leczenia prywatnego uzyskują poszkodowani nieobjęci systemem ubezpieczeń społecznych lub te, których proces leczenia wymaga udzielenie świadczeń niewchodzących w zakres usług finansowanych przez NFZ (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 listopada 1991 r. (III APr 75/91, publ. OSA 1992/6/38).

Niektóre sądy w takich sytuacjach stwierdzają, iż nie można inaczej traktować osoby, która jest objęta ubezpieczeniem kosztów leczenia w ramach NFZ, a inaczej osoby,

która takimi świadczeniami nie jest objęta. W przypadku osoby nieobjętej ubezpieczeniem w ramach NFZ ubezpieczyciel pokryłby wszystkie koszty leczenia, jako że brak byłoby możliwości powołania się na możliwość skorzystania z leczenia refundowanego przez NFZ. Sądy wskazują, że z obowiązujących przepisów nie można wysnuć takiej zależności pomiędzy odpowiedzialnością ubezpieczyciela a refundowaniem kosztów leczenia przez NFZ (np. wyrok Sądu Rejonowego w Świdnicy z 22 października 2014 r., I C 1863/12).

III. Niestety rozstrzygnięcia sądów powszechnych w zakresie sporów o zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji pokrywanych poza placówkami publicznymi niejednokrotnie są niejednolite i nie uwzględniają opinii zawartych w przywoływanym uprzednio orzecznictwie Sądu Najwyższego i części sądów powszechnych. Wielokrotnie sądy dla oceny celowości leczenia lub rehabilitacji wymagają ustalenia, iż w ramach uspołecznionej opieki medycznej poszkodowany nie mógłby realizować leczenia lub rehabilitacji w krótkim czasie lub mógł, lecz w niewystarczającym zakresie.

W wyroku z 19 października 2012 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie, I ACa 932/12, odnosząc się do zarzutu apelacji dotyczącego ujęcia przez Sąd I instancji w sumie odszkodowania wydatków poniesionych przez poszkodowanego z prywatnych środków na rehabilitację uznał, że jest on zasadny, gdyż koszty te zostały zasądzone mimo niewykazania przez poszkodowanego częstotliwości, okresu trwania i braku możliwości lub szczególnych utrudnień uzyskania tych świadczeń nieodpłatnie.

Sąd zauważył, że ubezpieczyciel już w toku postępowania likwidacyjnego kwestionował zakres i częstotliwość rehabilitacji, jak też zwracał uwagę na możliwość wykonywania zabiegów w warunkach szpitalnych w ramach NFZ. *Prima facie* można było jedynie przyjąć, że poważne uszkodzenie kończyn poszkodowanego wskazywały na konieczność rehabilitacji. Według sądu nie oznaczało to jednak podstawy do przyjęcia nieograniczonej odpowiedzialności ubezpieczyciela z tego tytułu. Wskazał, iż nie było jasne, jakie są wyniki dotychczasowej rehabilitacji, jak długo i z jaką częstotliwością zabiegi powinny być wykonywane po wypadku, jak też nie wiadomo czy istnieje efektywna możliwość wykonywania takich zabiegów w ramach świadczeń finansowanych z funduszu. Sąd przyjął domniemanie o możliwości uzyskania bezpłatnych zabiegów wobec treści art. 5 pkt 27 i 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.), zgodnie z którym tego typu świadczenia należą do gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejnym orzeczeniem, które wskazuje, iż osoba występująca z roszczeniem o pokrycie kosztów leczenia prywatnego na podstawie art. 444 §1 k.c. jest zobowiązana wykazać celowość poniesionych kosztów leczenia również poprzez fakt, iż w publicznej placówce nie uzyskałby świadczeń, które uzyskał prywatnie, bądź że wykonane leczenie w ogóle nie jest wykonywane w ramach publicznej służby zdrowia, bądź że w ramach publicznej służby zdrowia odmówiono wykonania określonych usług albo że usługi wykonane w ramach publicznej służby zdrowia nie dałyby takiego rezultatu, jak w niepublicznej placówce jest wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z 26 kwietnia 2012 r., II Ca 310/12. Sąd wydając ów wyrok stwierdził, iż leczenie w prywatnej placówce medycznej jest celowe wówczas, gdy poszkodowany w ogóle nie uzyska danego świadczenia w publicznej placówce medycznej lub też uzyska świadczenie w nieodpowiednim czasie lub gorszej jakości, co odbije się negatywnie na stanie zdrowia poszkodowanego. Zdaniem sądu w sprawie będącej przedmiotem wyrokowania poszkodowany powinien był udowodnić, że w publicznej placówce medycznej nie uzyskałby świadczeń, jakie otrzymała w ramach prywatnych usług medycznych, a więc badań RTG, badania USG, wymazów i konsultacji ortopedycznych bądź dlatego, że lekarze z publicznej placówki medycznej odmówili wykonania takich badań albo też, że badania te wykonane w publicznej placówce medycznej nie dałyby takiego rezultatu, jaki dały badania wykonane w niepublicznej placówce medycznej.

Sąd stwierdził także, iż poszkodowany nie wykazał m.in., że lekarze z publicznej placówki medycznej odmówili mu wykonania badań pomimo, iż badania te były konieczne. Zdaniem sądu dla wykazania celowości przeprowadzonych badań w ramach prywatnego sektora służby zdrowia nie wystarczy przedłożenie dokumentacji medycznej, z której wynikało, iż poszkodowany został wypisany ze szpitala w trybie: kontynuacja leczenia – w leczeniu ambulatoryjnym.

Analogiczne podejście prezentował Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z 14 lipca 2010 r., XXVC 37/ 09. Zdaniem sądu poszkodowany, aby uzyskać zwrot kosztów leczenia prywatnego musi wykazać jego celowość poprzez fakt, iż koszty te musiały być poniesione, gdyż nie było możliwości uzyskania określonych świadczeń ubezpieczenia NFZ.

Kolejnym przykładem wyroku, który obok potrzeby wykazania przez poszkodowanego celowości leczenia, za słuszne uznał uzyskanie potwierdzenia, iż leczenie prywatne było konieczne ze względu na długi czas oczekiwania na leczenie w publicznej służbie zdrowia jest wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy, II Ca 926/12, zapadły na skutek apelacji od wyroku Sądu Rejonowego w Dzierżoniowie z

dnia 8 października 2012 r., I C 325/12. Sąd rozpoznając apelację nie zanegował przyjętej przez sąd I instancji konieczności wykazania przez poszkodowanego, że powodem nieskorzystania po wypadku z usług medycznych w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ był długi okres oczekiwania na pierwszą wizytę do lekarzy specjalistów. Uznał natomiast, że sąd niższej instancji niesłusznie odmówił wiarygodności dowodom, przedstawionym przez powoda już w toku postępowania likwidacyjnego, prowadzonego przez ubezpieczyciela, w szczególności oświadczeniom lekarza oraz lekarza specjalisty, a z których wynikało, że poszkodowany po wypadku nie skorzystał z usług medycznych w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ, ze względu na długi okres oczekiwania na pierwszą wizytę do lekarzy specjalistów. Co ciekawe sąd I instancji uznał, że neurolog poinformował poszkodowanego o długim oczekiwaniu na pierwszą wizytę u lekarza specjalisty tylko, dlatego by zyskać pacjenta, który zapłaci za wizytę. Praktyka taka podważa w ogóle sens i wartość takich zaświadczeń.

Przedmiotem rozważań sądu był również fakt, iż lekarze specjaliści często zatrudnieni są w publicznych jednostkach służby zdrowia, a ponadto przyjmują w ramach prywatnej praktyki lekarskiej pacjentów, którzy bądź dokonali wyboru leczenia się prywatnie bądź nie mogąc skorzystać niezwłocznie z porady lekarza specjalisty w ramach świadczeń płatnych przez NFZ, zamawiają właśnie prywatne wizyty. Stąd też niewątpliwie posiadają oni wiedzę o zasadach i terminach przyjęć pacjentów w poradniach specjalistycznych, świadczących usługi refundowane przez NFZ.

Sąd podnosił tutaj, iż informacja z przychodni, na której oparł się Sąd Rejonowy, wskazywał tylko ogólnie na czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, bez uwzględnienia oczekiwania na pierwszą wizytę, na którą - jak podkreślali lekarze wystawiający kwestionowane oświadczenia - okres oczekiwania był znacznie dłuższy.

Jakkolwiek zaś poszkodowany podkreślał, że skorzystał z porad lekarskich u lekarzy prowadzących prywatną praktykę, gdyż uważał, że jako osoba poszkodowana ma prawo wyboru lekarza, wybór takiego sposobu leczenia nie wymagał też dodatkowych starań w postaci rejestracji najpierw do lekarza rodzinnego w poradni rodzinnej, aby uzyskać skierowanie do lekarzy specjalistów z zakresu neurologii oraz chirurgii i następnie dopiero zarejestrowania się w przychodni miejskiej w celu konsultacji specjalistycznej. Istotnym bowiem było to, że ze względu na odległe terminy wykonania takich usług medycznych w ramach świadczeń dostępnych i finansowanych przez NFZ (dłuższe niż tygodniowy termin wskazany w informacji), poszkodowany nie mógł z nich skorzystać.

Jeszcze innym przykładowym wyrokiem zawierającym rozbieżne rozstrzygnięcie w stosunku do rozstrzygnięć przedstawionych w pkt II. niniejszego wniosku jest wyrok z 3 czerwca 2014 r., Sądu Rejonowego w Jarosławiu X zamiejscowego Wydziału Cywilnego z siedzibą w Przeworsku, X C 468/13. Sąd uznał, że należało oddalić żądanie o zasądzenie zwrotu kosztów wizyt lekarskich w prywatnym gabinecie rehabilitacyjnym, bowiem powód reprezentowany przez fachowego pełnomocnika nie wykazał w żaden sposób, a nawet nie próbował wykazać, że nie mógł skorzystać z bezpłatnej opieki medycznej finansowanej przez NFZ, skoro korzystał z tego rodzaju usługi o charakterze neurologicznym.

Orzeczenia te wyraźnie obrazują, iż niektóre sądy stosunkowo szeroko rozumieją wykazanie celowości podjętego leczenia prywatnego wymagając, aby poszkodowany oprócz dowiedzenia, iż dane leczenie pozostaje w związku przyczynowym z doznanym uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia i za jego przeprowadzeniem przemawiały względy medyczne musi wskazać takie okoliczności jak brak możliwości skorzystania z bezpłatnej opieki medycznej czy wydłużony okresu oczekiwania na świadczenia medyczne.

Kwerenda orzecznictwa jednoznacznie wskazuje, że nie jest ono jednolite, jeśli chodzi o rozumienie celowości leczenia.

Na tle takiej różnorodnej 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 i jakie działania powinien podjąć w celu skutecznego wykazania zasadności swoich roszczeń w zakresie zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji.

IV. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych w odniesieniu do art. 444 § 1 k.c. nieprawidłowa wydaje się wykładnia, wedle której przepis ten miałby warunkować pokrycie kosztów leczenia czy też uwzględnienie żądania poszkodowanego wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia istnieniem potencjalnej możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych, a także uzależnia uwzględnienia tego żądania od wykazania przez poszkodowanego negatywnej okoliczności, a mianowicie, że koszty leczenia nie mogą zostać opłacone ze środków publicznych.

Powyższego uprawnienia poszkodowanego nie może pozbawiać okoliczność, że jest on osobą uprawnioną do korzystania z systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i że tylko wykazanie utrudnionego dostępu do metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych w ramach publicznej służby zdrowia oznacza celowość zastosowania leczenia prywatnego.

Ponadto interpretacja przepisu art. 444 § 1 zd. 2 k.c. powinna 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 zdrowotnego (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2007 r., sygn. akt III UZP 4/06, publ. OSNP 2007/15-16/226).

Uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody, o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia powinno być 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 pokrycia kosztów leczenia na podstawie art. 444 § 1 zd. 2 k.c., powinno być wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że jest ono celowe w tym sensie, iż zobowiązany jest wykazać potrzebę wydania określonej kwoty.

Za sprawą różnorodnych praktyk niektórych zakładów ubezpieczeń, znajdujących źródło w rozbieżnym orzecznictwie sądowym poszkodowani nie mogą zostać pozbawieni właściwego leczenia czy rehabilitacji w odpowiednim terminie. Lekarze w procesie leczenia zalecają i podkreślają, że szybkie podjęcie zarówno leczenia, jak i rehabilitacji z użyciem jak najnowocześniejszych metod, sprzętu i materiałów medycznych pomogą uniknąć powikłań i skrócić czas leczenia. Organizm ludzki składa się z naczyń połączonych. Jeżeli choćby jeden z elementów zostanie uszkodzony i będzie pozostawał w tym stanie przez dłuższy czas, bez podjęcia odpowiedniego leczenia, istnieje większe ryzyko powikłań, kolejnych uszkodzeń oraz utrwalenia, a nawet pogłębienia skutków uszkodzenia ciała, czy też rozstroju zdrowia.

Naprawienie szkody, która stanowi następstwo czynu niedozwolonego nie powinno być uzależnione od ubezpieczenia zdrowotnego, które ze swojej istoty funkcjonuje zupełnie w innym i szerszym celu. Przy takich zależnościach osoby spoza systemu byłyby traktowane odmiennie i de facto na wysoce preferencyjnych warunkach w stosunku do osób opłacających

składkę i będących uczestnikami systemu publicznej ochrony zdrowia, bowiem mogłyby na nieograniczonych niczym warunkach korzystać z prywatnych placówek. Natomiast szerszych możliwości skorzystania z prywatnych placówek i usług wybitnych specjalistów pozbawiano by pozostałych poszkodowanych równolegle korzystających z systemu zabezpieczenia społecznego. Warto także zwrócić uwagę, że zdarzają się w praktyce sytuacje, w których specjalistyczna placówka czy lekarz będący specjalistą w określonej dziedzinie, z którego konsultacji lub usługi chce skorzystać poszkodowany nie posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Poszkodowani chcąc uzyskać maksymalnie korzystne efekty terapii korzystają również z placówek zagranicznych.

Analizując tę problematykę Rzecznik dostrzegł, że niejednorodna praktyka zakładów ubezpieczeń jest spowodowana rozbieżnościami w orzecznictwie sądowym.

V. Reasumując powyższe rozważania, stwierdzić należy, że przedstawione w niniejszym wniosku rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych wymagają rozstrzygnięcia poprzez podjęcie uchwały przez Sąd Najwyższy.

Z tych względów wnoszę jak w petitum.