

Anna Dąbrowska

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Koszty leczenia prywatnego – problemy w likwidacji szkód z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Stosownie do brzmienia art. 444 § 1 [kodeksu cywilnego](#) 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 w sytuacji, gdy poszkodowany występuje z żądaniem wyłożenia z góry kwoty pieniężnej potrzebnej na leczenie, pojawia się problem, gdy leczenie lub rehabilitacja mają zostać lub zostały już przeprowadzone w prywatnych placówkach medycznych.

Odmawiając pokrycia kosztów leczenia poniesionych w prywatnych placówkach medycznych, niektóre zakłady ubezpieczeń podnoszą na przykład, że skoro poszkodowanym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy [ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych](#), powinni oni korzystać z nich w pierwszej kolejności. Na poparcie swojego stanowiska ubezpieczyciele odwołują się niejednokrotnie do art. 15 ust. 1 tejże 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 się natomiast zakres świadczeń gwarantowanych, które przysługują świadczeniobiorcy.

Dodatkowo w postępowaniach skargowych Rzecznik spotyka się z problemem odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu leczenia lub rehabilitacji w prywatnej placówce medycznej, które uzasadniane są 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](#), 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 przez niektóre zakłady ubezpieczeń uzasadniana także faktem, iż zdecydowana większość świadczeń medycznych oferowanych przez placówki prywatne, z których korzystają poszkodowani, mieści się w ramach usług finansowanych przez NFZ. W ten sposób 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 publicznej służby zdrowia.

Niektórzy ubezpieczyciele stwierdzają również, że korzystanie z placówki prywatnej uzasadnione jest wyjątkowo, 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 jego stan zdrowia lub efektywność dalszego leczenia.

Ponadto zakłady ubezpieczeń wymagają niekiedy zaświadczeń, iż okres oczekiwania na usługi i zabiegi w ramach publicznej służby zdrowia jest długi. Tymczasem placówki świadczące usługi finansowane w ramach NFZ z różnych powodów – zapewne z obawy przed odpowiedzialnością lub kontrolą – odmawiają potwierdzenia na piśmie, że dana usługa jest niedostępna w określonym terminie, lub czynią to z wielkim oporem. 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.

Analogiczne argumenty ze strony 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 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 ubezpieczeń społecznych, to ubezpieczyciel nie musi pokrywać kosztów leczenia objętych zakresem ubezpieczenia społecznego. Z drugiej strony ubezpieczyciele absolutnie pomijają istotne fakty, iż konieczność pokrycia kosztów leczenia jest następstwem czynu niedozwolonego ubezpieczonego sprawcy, a celem stawianym przed ubezpieczeniem zdrowotnym nie jest ulżenie w odpowiedzialności sprawcy szkody czy redukcja 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. Mimo podejmowania prób poprawy sytuacji publicznej służby zdrowia bezpłatna opieka medyczna w Polsce nie jest realizowana w krótkim czasie i

wystarczającym zakresie¹. Raport NIK pokazuje, że dostęp do świadczeń zdrowotnych się pogarsza. Obecnie istnieje możliwość sprawdzenia czasu oczekiwania na dane świadczenia medyczne w ramach [Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne](#). W wielu przypadkach na wizytę u specjalisty trzeba czekać powyżej kilku miesięcy.

Korzystanie z odpłatnych usług medycznych jest obecnie 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](#) na leczenie w sektorze prywatnym Polacy wydali 33,8 mld zł. Jak z kolei [wskazuje CBOS](#), 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, bo jak widać jest to w obecnych warunkach praktyką powszechną.

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 SN z dnia 16 stycznia 1981 r., sygn. akt I CR 455/80, publ. OSNC 1981, nr 10, poz. 193; z dnia 14 maja 1997 r., sygn. akt II UKN 113/97, publ. OSNP 1998, nr 5, poz. 163; z dnia 9 stycznia 2008 r., sygn. akt II CSK 425/07, „Monitor Prawniczy” 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, niezależnie od miejsca ich wykonania. Dodatkowo celowość ponoszenia wydatków może być związana

¹ Mimo pojawiających się nieustannie zapowiedzi poprawy funkcjonowania publicznej służby zdrowia z informacji o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (informacja NIK z 28 października 2014 r. o wynikach kontroli: *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok*) 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 wzrósł 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.

nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, lecz także z potrzebą utrzymania tego stanu i jego niepogarszania (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, LEX nr 738127).

Dla kwestii określenia celowości leczenia lub rehabilitacji po wypadku zasadnicze znaczenie ma wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt 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. 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. Natomiast w kwestii ciężaru dowodu to 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 ona potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych.

Powyższe przemyślenia Sądu Najwyższego należy uznać za fundamentalne dla omawianej problematyki, gdyż wyraźnie wskazują na znaczenie unormowania art. 444 § 1 zd. 2 k.c., nakreślając kierunki orzekania dla sądów niższych instancji, które nie powinny pozostawiać poszkodowanym możliwość korzystania wyłącznie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (M. Nestorowicz, *Glosa aprobująca do wyroku SN z dnia 13 grudnia 2007 r., sygn. akt I CSK 384/07*, OSP 2009, nr 2, poz. 20). Ponadto, co jest wyraźnie widoczne w judykaturze, ciężar dowodu wystąpienia okoliczności sprzeciwiającej się uznaniu sumy żądanej z góry przez poszkodowanego na pokrycie kosztów leczenia za „sumę potrzebną” spoczywa na zobowiązanym do naprawienia szkody (por. uzasadnienie wyroku SN z dnia 16 kwietnia 2003 r., sygn. akt II CKN 1409/00, publ. OSNC 2004, nr 7–8, poz. 113 oraz wyrok SN z dnia 13 października 2004 r., sygn. akt III CK 41/04, publ. LEX nr 182092).

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 skuteczność leczenia będzie największa, i że takie leczenie należy uznać za celowe. Nie jest to nowe spojrzenie, bowiem już w latach 90. XX w. Sąd Apelacyjny w Katowicach w orzeczeniu z dnia 26 listopada 1991 r. (sygn. akt III APr 75/91, publ. OSA 1992/6/38) uznał, że prawa do żądania zwrotu kosztów leczenia bądź wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że korzysta on 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 ten wyraźnie podkreślił, że skorzystanie z art. 444 § 1 k.c. nie może być powiązane z potencjalną możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia.

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 liczbą świadczonych usług (limitami), a także ich odległymi terminami. 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 poszkodowany zobowiązany jest wykazać potrzebę wydania określonej kwoty. Natomiast zobowiązany do naprawienia szkody, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niemu żądaniu, powinien przedstawić dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną 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 mogło zostać pokryte w ramach ubezpieczenia społecznego, jest dalece niewystarczające.