

**Anna Dąbrowska**

*główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych*

## **Koszty leczenia prywatnego – problemy w likwidacji szkód z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (część 2)**

W poprzednim numerze „Monitora Ubezpieczeniowego” pisałam o orzecznictwie sądowym, które wyraźnie wskazuje, że od występującego z roszczeniem o zwrot kosztów leczenia na podstawie art. 444 § 1 k.c. nie można żądać, by wykazywał on, że nie dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz że nie może skorzystać ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej.

Obecnie pragnę przedstawić nieco inne, aczkolwiek pozostające w mniejszości, podejście niektórych sądów.

Niestety rozstrzygnięcia sądów powszechnych w zakresie sporów o zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji w przypadku, gdy odbywały się poza placówkami publicznymi, niejednokrotnie są niejednolite i nie uwzględniają opinii zawartych w przywoływanym w poprzedniej części artykułu orzecznictwie. Wielokrotnie sądy dla oceny celowości leczenia lub rehabilitacji wymagają udokumentowania, iż w ramach uspołecznionej opieki medycznej poszkodowany nie mógłby zrealizować leczenia lub rehabilitacji w krótkim czasie lub mógł, lecz w niewystarczającym zakresie.

[W wyroku z dnia 19 października 2012 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie \(sygn. akt I ACa 932/12\)](#), odnosząc się do zarzutu apelacji dotyczącego ujęcia przez Sąd pierwszej 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 oraz 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 świadczeń NFZ. *Prima facie* można było jedynie przyjąć, że poważne uszkodzenie kończyn poszkodowanego wskazywać mogło na konieczność rehabilitacji. Według Sądu nie oznaczało to jednak konieczności

---

przyjęcia nieograniczonej odpowiedzialności ubezpieczyciela z tego tytułu. Sąd 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 było wiadomo, czy istnieje efektywna możliwość wykonywania takich zabiegów w ramach świadczeń finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd przyjął domniemanie o możliwości uzyskania bezpłatnych zabiegów wobec treści 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](#), zgodnie z którymi tego typu świadczenia należą do gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejnym orzeczeniem, które wskazuje, iż osoba występująca z roszczeniem o pokrycie kosztów leczenia w prywatnych placówkach medycznych na podstawie art. 444 § 1 k.c. jest zobowiązana wykazać celowość poniesionych kosztów leczenia (poprzez fakt, iż w placówce publicznej służby zdrowia nie uzyskałaby świadczeń, które uzyskała w prywatnej placówce medycznej, bądź że przeprowadzone leczenie w ogóle nie jest dostępne w ramach publicznej służby zdrowia lub że w ramach publicznej służby zdrowia odmówiono wykonania określonych usług albo że usługi wykonane w ramach publicznej służby zdrowia nie dałyby takiego rezultatu jak zabiegi dostępne w placówce niepublicznej), jest wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 26 kwietnia 2012 r. (sygn. akt 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 otrzymał w ramach prywatnych usług medycznych, a więc badań RTG, badania USG, wymazów i konsultacji ortopedycznych, ponieważ lekarze z publicznej placówki medycznej odmówili wykonania takich badań, albo też 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, mimo 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 zaprezentował Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z dnia 14 lipca 2010 r. (sygn. akt 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 z ubezpieczenia NFZ.

Kolejnym przykładem wyroku, w którym obok potrzeby wykazania przez poszkodowanego celowości leczenia za słuszne uznane zostało 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 z dnia 29 stycznia 2013 r. \(sygn. akt II Ca 926/12\)](#), zapadły na skutek apelacji od wyroku Sądu Rejonowego w Dzierżonowie z dnia 8 października 2012 r. (sygn. akt I C 325/12). Sąd, rozpoznając apelację, nie zanegował przyjętej przez Sąd pierwszej 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 u 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 u lekarzy specjalistów. Co ciekawe, Sąd pierwszej 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 sens i wartość takich zaświadczeń.

Przedmiotem rozważań Sądu był również fakt, iż lekarze specjaliści zatrudnieni w publicznych jednostkach służby zdrowia często przyjmują ponadto w ramach prywatnej praktyki lekarskiej pacjentów, którzy bądź dokonali wyboru leczenia prywatnego, bądź – nie mogąc skorzystać niezwłocznie z porady lekarza specjalisty w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ – zamawiają właśnie prywatne wizyty. Stąd też lekarze ci niewątpliwie posiadają 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, wskazywała tylko przybliżony czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, bez uwzględnienia oczekiwania na pierwszą wizytę, w przypadku której – jak podkreślali lekarze wystawiający kwestionowane oświadczenia – okres oczekiwania był znacznie dłuższy.

Jakkolwiek 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 dodatkowych starań w postaci rejestracji najpierw do lekarza rodzinnego w poradni rodzinnej, aby uzyskać skierowanie do lekarzy specjalistów z zakresu neurologii oraz chirurgii, następnie zarejestrowania się w przychodni miejskiej w celu uzyskania konsultacji specjalistycznej. Istotne bowiem było to, że ze względu na odległe terminy wykonania takich usług medycznych w ramach świadczeń dostępnych i finansowanych przez NFZ (dłuższe niż tygodniowe terminy wskazane w informacji), poszkodowany nie mógł z nich skorzystać.

Sąd Rejonowy w Jarosławiu X Zamiejscowy Wydział Cywilny z siedzibą w Przeworsku w wyroku z dnia 3 czerwca 2014 r. (sygn. akt X C 468/13) 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, podczas gdy 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 że za jego przeprowadzeniem przemawiały względy medyczne – udokumentował takie okoliczności, jak brak możliwości skorzystania z bezpłatnej opieki medycznej czy wydłużony okres oczekiwania na świadczenia medyczne w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ.

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

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

medycznych i jakie działania powinien podjąć w celu skutecznego wykazania zasadności swoich roszczeń w zakresie zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji.

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 od istnienia potencjalnej możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych, a także uzależniać uwzględnienie tego żądania od wykazania przez poszkodowanego negatywnej okoliczności, a mianowicie, że koszty leczenia nie mogą zostać opłacone ze środków publicznych.

Uprawnienia do zwrotów kosztów leczenia nie może poszkodowanego 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 może 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, iż 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 owo leczenie jest celowe w tym sensie, iż zobowiązany jest on wykazać potrzebę wydania określonej kwoty.

Za sprawą różnorodnych praktyk niektórych zakładów ubezpieczeń, mających 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, pozwala uniknąć powikłań i skrócić czas powrotu do zdrowia. Organizm ludzki to delikatny i precyzyjny mechanizm. 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 to ze swojej istoty funkcjonuje w innym, zgoła szerszym celu. Przy takich zależnościach osoby nieobjęte systemem publicznej opieki zdrowotnej byłyby traktowane odmiennie i *de facto* na wysoce preferencyjnych warunkach w porównaniu z osobami opłacającymi składkę i będącymi uczestnikami systemu publicznej ochrony zdrowia, bowiem mogłyby bez ograniczeń korzystać z placówek prywatnej służby zdrowia. Natomiast szerszych możliwości skorzystania z prywatnych placówek i usług wybitnych specjalistów pozbawiono 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, do którego chciałby udać się na konsultację 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.

Należy pamiętać, że celem przepisu art. 444 k.c. jest kompensacja wszelkich kosztów wywołanych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a więc obejmuje on wszystkie niezbędne i celowe wydatki.