

Anna Dąbrowska

główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Uchwała Sądu Najwyższego dotycząca roszczeń poszkodowanych z tytułu powypadkowego leczenia i rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych

W dniu 19 maja 2016 r. uchwałą o sygn. akt III CZP 63/15 Sąd Najwyższy rozstrzygnął, czy poszkodowany w wypadku drogowym w ramach OC posiadacza pojazdu może skorzystać z opieki zdrowotnej poza systemem NFZ.

Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Finansowego podjął uchwałę następującej treści:

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.).

Rzecznik, kierując do Sądu Najwyższego wniosek, zadał następujące 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?”.

Uchwała ma dla praktyki ubezpieczeniowej ten skutek, iż w ramach umowy ubezpieczenia OC ubezpieczyciele co do zasady powinni zwracać poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych uzasadnione i celowe wydatki na koszty leczenia i rehabilitacji niefinansowane ze środków publicznych.

Dotyczy ona wyjątkowo istotnej społecznie kwestii. Rzecznik od lat obserwował nieprawidłowości w praktyce likwidacyjnej niektórych zakładów ubezpieczeń w tym zakresie, jednocześnie wspierał klientów w przypadku problemów z pokryciem kosztów leczenia i rehabilitacji w placówkach prywatnych. Rozbieżności pojawiały się nie tylko w praktyce

likwidacyjnej zakładów ubezpieczeń, ale również w orzecznictwie sądowym, w związku z czym Rzecznik Finansowy wystąpił do Sądu Najwyższego o zajęcie stanowiska, jak należy interpretować obowiązujące przepisy.

Warto przypomnieć, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego dominował 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., 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, publ. „Monitor Prawniczy” 2008, nr 3, s. 116). Stosownie do brzmienia art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe 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.

Przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. 2 k.c., jest więc wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której 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 to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych.

Dla kwestii określenia celowości leczenia lub rehabilitacji po wypadku zasadniczym orzeczeniem jest 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 sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz – co z punktu interesującego nas zagadnienia najistotniejsze – czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykáže, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych.

Sąd Najwyższy wskazywał dotychczas, że osoba domagająca się pokrycia tych kosztów powinna wykazać, że celowe jest czy też było zastosowanie określonych sposobów leczenia, zabiegów i środków, niezależnie od miejsca ich wykonania. O celowości można przykładowo mówić, jeżeli ponoszenie wydatków jest związane nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu lub jego nie pogarszania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10).

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 postępowanie należy uznać za celowe (np. wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 29 lutego 2012 r., sygn. akt I C 337/10; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 21 lutego 2013 r., sygn. akt V ACa 740/12). Nie jest to nowe spojrzenie, bowiem już w latach 90. Sąd Apelacyjny w Katowicach w orzeczeniu z dnia 26 listopada 1991 r. (sygn. akt III APr 75/91, publ. OSA 1992, nr 6, s. 38) uznał, że prawa do żądania zwrotu bądź wyłożenia z góry kosztów leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, iż korzysta z uzupełnionego lecznictwa, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod lecznictwa, zabiegów lub środków, które nie wchodzą w zakres leczenia uspołecznionego. Sąd 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 i nie wymaga dodatkowych dowodów (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 30 października 2012 r., sygn. akt VI ACa 590/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 listopada 2012 r., sygn. akt I ACa 544/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 3 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 954/12). Sądy te podkreślają zatem, iż o celowości leczenia czy też rehabilitacji decydują wyłącznie względy medyczne.

Rzecznik Finansowy liczy, że dzięki uchwale Sadu Najwyższego ujednotlicona zostanie nie tylko linia orzecznicza, ale również praktyka likwidacji tego typu szkód przez zakłady

ubezpieczeń, oczywiście z korzyścią dla poszkodowanych. Należy wyrazić nadzieję, że łatwiej będzie uzyskać zwrot poniesionych kosztów leczenia czy rehabilitacji w prywatnej służbie zdrowia albo otrzymać zaliczkę na takie leczenie.

Dotychczas poszkodowani skarżyli się do Rzecznika, że decydując się na prywatne leczenie lub rehabilitację, zmuszeni byli do wyłożenia własnych środków, a potem czekała ich niejednokrotnie walka o ich refundację ze strony ubezpieczyciela – często na drodze sądowej. Niektórzy ubezpieczyciele wymagali od poszkodowanych wykazania, że w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej nie byłoby leczeni odpowiednio szybko i z użyciem najskuteczniejszych procedur medycznych.

Obecnie czekamy na uzasadnienie uchwały, w którym Sąd Najwyższy zdefiniuje warunki uznania wydatków na leczenie lub rehabilitację za celowe i uzasadnione oraz zakres obowiązków poszkodowanego i ubezpieczyciela w procesie dochodzenia tych roszczeń.

Osobom, którym w przeszłości zakłady ubezpieczeń odmówiły pokrycia takich kosztów, uchwała otwiera możliwość ponownego złożenia reklamacji do zakładu ubezpieczeń w przypadku nieprzedawnionych roszczeń. Jeśli reklamacja zostanie odrzucona, warto zwrócić się do z wnioskiem o podjęcie działań przez Rzecznika Finansowego. Przypomnieć również należy, że art. 442¹ k.c. okres przedawnienia roszczeń w znacznej części wypadków drogowych powodujących urazy ciała określa nawet na 20 lat, co może oznaczać, że osoby, którym ubezpieczyciele niesłusznie odmówili pokrycia kosztów leczenia lub rehabilitacji w przeszłości, mogą teraz zwrócić się o ich rekompensatę wraz z odsetkami.

Uchwała nie tylko ułatwi dochodzenie roszczeń na drodze przedsądowej i sądowej, lecz także zmieni zapewne podejście do poszkodowanych. Można się spodziewać, że ubezpieczyciele będą starali się organizować tuż po wypadku opiekę medyczną, a potem ewentualną rehabilitację. Oby tylko była to obsługa na poziomie adekwatnym do potrzeb poszkodowanych. Współpraca ubezpieczycieli z klinikami zauważalna jest już teraz. Takie działanie opiera się na założeniu, że tańsze jest objęcie poszkodowanego intensywną rehabilitacją i jego powrót do zdrowia niż wypłacanie później wyższych rent lub zadośćuczynień.