

Anna Dąbrowska

główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Uzasadnienie do uchwały składu siedmiu sędziów Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r. (sygn. akt III CZP 63/15)

W dniu 19 maja 2016 r. Sąd Najwyższy w uchwale podjętej na wniosek Rzecznika Finansowego orzekł, że 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.).

W niniejszym opracowaniu chcę przybliżyć uzasadnienie tej uchwały, w którym Sąd przedstawił motywy i argumenty, jakimi się kierował przy jej podejmowaniu.

Sąd Najwyższy uznał, że przepis art. 444 § 1 k.c. stwierdza ogólnie, iż 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 oraz 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 zd. 2 k.c.).

Sąd podkreślił, że 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 zobowiązany 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., sygn. akt 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 znaczenie 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 Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r. (sygn. akt 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 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 kategoriyczny także i takiej postaci kompensacji szkody poszkodowanego.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 1997 r. (sygn. akt II UKN 113/97, OSNAPUS 1998, nr 5, poz. 163) przyjęto, że obowiązek odszkodowawczy wynikający z art. 444 § 1 zd. 1 k.c. obejmuje zwrot kosztów nabycia samochodu inwalidzkiego, niezbędnego do leczenia i prowadzenia działalności gospodarczej pracownika, wskutek wypadku przy pracy. Sąd podkreślił, że art. 444 § 1 zd. 1 k.c. kreuje zasadę pełnej kompensaty szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, a art. 444 § 1 zd. 2 k.c. „jedynie egzemplifikuje, a nie wyczerpuje [...] rodzaje i sposoby pełnej kompensaty szkody wynikającej z czynu niedozwolonego”. Według Sądu 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. (sygn. akt 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. (sygn. akt 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, gdzie 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. (sygn. akt 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., sygn. akt 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. (sygn. akt 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.

Sąd przytoczył także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt 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 zd. 2 k.c. od pozwanego ubezpieczyciela m.in. 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 niedomagania systemu publicznego, 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 w kwestii ciężaru dowodu kosztów „koniecznych i celowych”. Chodzi o to, czy to 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 też ciężar taki powinien obciążać – i w jakim zakresie – zobowiązanego.

Punktem wyjścia rozstrzygnięcia zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Finansowego są 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 zd. 2 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 zd. 2 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 sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu.

W uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt. I CSK 384/07) trafnie wyjaśniono, że uwzględnienie takiego roszczenia poszkodowanego nie może być uzależnione od tego, czy dysponuje on własnymi funduszami na pokrycie wskazanych kosztów. Decydujące znaczenie ma tu element woli poszkodowanego, czyli to, czy podejmie on od razu leczenie lub rehabilitację i wyłoży odpowiednie koszty, czy też 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 spowodowaniu 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., sygn. akt II CSK 425/07, OSNC-ZD 20908, nr D, poz. 99 oraz wyrok z dnia 15 października 2004 r., sygn. akt 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 zd. 2 k.c.).

Co niezmiernie istotne, Sąd Najwyższy wyraźnie podkreślił, że przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. Skrytykował rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne. 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 pełnej alternatywy 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 istotne są nie sam dostęp faktyczny do publicznej usługi medycznej, ale także poziom merytoryczny i techniczny takiej usługi z punktu widzenia medycznych rokowań jej efektywności (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., sygn. akt 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 zd. 2 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 zd. 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 jednak ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.).