

Poszkodowany może liczyć na zwrot kosztów prywatnego leczenia

Ubezpieczyciele **nie mogą z automatu odrzucać roszczeń** ofiar wypadków. Tylko dlatego że chcą pokrycia wydatków na wizyty lekarskie



Alina Przeklasa
specjalista prawa
ubezpieczenio-
wego, prawnik
w Centrum Pomocy
Poszkodowanym
ASECUR

Zgodnie z dyspozycją art. 444 par. 1 kodeksu cywilnego w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Oznacza to, że osobie poszkodowanej, np. w wypadku komunikacyjnym, przysługuje pełen zwrot wydatków na leczenie i rehabilitację. Niestety w praktyce są problemy z ich odzyskaniem, jeśli ofiara korzysta z odpłatnych usług prywatnych placówek, których działalność mieści się w ramach usług finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Liczy się celowość

Ubezpieczyciele, odrzucając tego typu roszczenia ofiar wypadków, swoje decyzje uzasadniają możliwością podjęcia równie skutecznego leczenia w ramach świadczeń medycznych gwarantowanych przez fundusz. Koszty prywatnych wizyt traktują jako działania zwiększające rozmiar szkody, którym – zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 16 lipca 2003 r.) – poszkodowany ma zapobiegać.

Tymczasem zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 26 listopada 1991 r. (sygn. akt III AP r 75/91, OSA 1992 nr 6, poz. 38) prawnik do żądania zwrotu bądź pokrycia z góry kosztów leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczności, że korzysta z uzupełnionego leczenia, jeżeli tylko zostanie wykazane, że stosowanie takich terapii, zabiegów lub środków jest celowe. Ponadto sąd zwrócił uwagę, że skorzystanie z art. 444 par. 1 k.c. nie może być powiązane z potencjalną możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia.

Niestety problemem jest ustalenie, na czym polega celowość w korzystaniu z prywatnego leczenia, diagnostyki oraz rehabilitacji. Czy np. dotyczy konieczności leczenia skomplikowanych urazów z udziałem lekarzy o specjalizacjach, do których chorzy mają ograniczony dostęp, czy też korzystania z prywatnych placówek służby zdrowia z uwagi na długie terminy oczekiwania na wizyty w ramach NFZ?

Pierwsza z przytoczonych sytuacji nie powinna być przedmiotem sporu pomiędzy poszkodowanym a ubezpieczycielem. Jeśli sprawca wypadku powoduje obrażenia ciała mogące doprowadzić do śmierci lub nieodwracalnego kalectwa, poszkodowany ma pełną i nieograniczoną możliwość do skorzystania z każdej dostępnej metody leczniczej, która chociażby zwiększa szansę na uzyska-

nie korzystnego efektu. Dotyczy to zarówno usług znanych specjalistów (nie tylko na terenie kraju, lecz także za granicą), poddawania się różnego rodzaju zabiegom czy specjalistycznym badaniom, jak i rehabilitacji. Okoliczności te zostały potwierdzone m.in. w wyroku Sądu Najwyższego z 26 czerwca 1969 r. (sygn. akt II PR 217/69, OSNC 1970 nr 3, poz. 50). W uzasadnieniu sąd stwierdził, że w sytuacji konkretnego zagrożenia całkowitą ślepotą szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne.

grożenia całkowitą ślepotą szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne.

Z góry też możliwe

Ofiary wypadków często się także zastanawiają, czy mogą żądać z góry pokrycia kosztów pozwalających na podjęcie leczenia, w tym także na podróż, opiekę osoby towarzyszącej czy zakwaterowanie w innym mieście. Takie prawo im przysługuje, co potwierdził Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt I CSK 384/07, OSP 2009 nr 2, poz. 20). Uznał, iż okolicznością sprzeciwiającą się uwzględnieniu żądania poszkodowanego wyłożenia z góry przez zobowiązanego do naprawienia szkody sumy potrzebnej na koszty leczenia (art. 444 par. 1 zd. 2 k.c.) nie jest wykazanie, że poszkodowany jest objęty finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Skład orzekający podkreślił także, że żądanie przekazania środków na przyszłe leczenie jest niezależne od tego, czy dana osoba dysponuje własnymi środkami finansowy-

mi. Przy czym należy pamiętać, że ubezpieczyciel może odmówić wypłaty, jeśli wykaże, że koszty terapii zostaną pokryte w całości ze środków publicznych w terminie niepozbawiającym poszkodowanego możliwości odpowiedniego leczenia.

Ważna dokumentacja

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja, jeśli doznane obrażenia nie grożą trwałym kalectwem, lecz powodują konieczność specjalistycznego leczenia, w tym diagnostyki i rehabilitacji. Zgodnie z przepisami poszkodowany, u którego dotychczasowe leczenie nie przynosi oczekiwanych skutków (np. nie doprowadza do złagodzenia dolegliwości bądź całkowitego wyleczenia), ma możliwość skonsultowania się z innym specjalistą w ramach prywatnej wizyty bądź wykonania odpłatnego badania, jeśli termin oczekiwania na nie wynosiłby kilka tygodni/miesięcy, a stan zdrowia – w tym nasilone dolegliwości utrudniające codzienne funkcjonowanie – wymagałyby szybkiego zdiagnozowania. Taka konieczność powinna być jednak potwierdzona w dokumentacji medycznej.

Ponadto ofiara wypadku ma prawo do całkowitej refundacji, jeśli kontynuowanie leczenia w ramach NFZ uniemożliwia jej praca zarobkowa, do której była zmuszona wrócić. Przy czym koszty zostaną zrefundowane po uprzednim przedstawieniu rachunków lub faktur potwierdzających wysokość poniesionych wydatków. Należy także pamiętać, że zwrotowi będą podlegały jedynie koszty stanowiące normalne następstwo szkody w rozumieniu art. 361 par. 1 k.c.

**Analiza
DGP**