

Uchwała z dnia 27 kwietnia 2001 r., III CZP 5/01

Przewodniczący Sędzia SN Lech Walentynowicz

Sędzia SN Marian Kocon (sprawozdawca), Sędzia SA Jan Kremer

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa Prokuratora Rejonowego w Puławach przeciwko Henrykowi J. o zapłatę, po rozstrzygnięciu w Izbie Cywilnej na posiedzeniu jawnym w dniu 27 kwietnia 2001 r., przy udziale prokuratora Prokuratury Krajowej Jana Szewczyka, zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Okręgowy w Lublinie postanowieniem z dnia 14 listopada 2000 r.:

„Czy w sytuacji, gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w ramach umowy z kasą chorych, udzielił bezpłatnie osobie objętej na podstawie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm. ubezpieczonemu) określonych świadczeń zdrowotnych, za które otrzymał od kasy chorych tylko częściowy zwrot ich wartości, a konieczność udzielenia świadczeń zdrowotnych spowodowana została szkodą na osobie wyrządzoną ubezpieczonemu czynem niedozwolonym, kasie chorych oraz samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje do sprawcy czynu niedozwolonego roszczenie o zwrot równowartości tych świadczeń w zakresie, w jakim każdy z wymienionych podmiotów podniósł ich koszty ?”

podjął uchwałę:

Kasie chorych oraz publicznemu samodzielnemu zespołowi opieki zdrowotnej nie przysługuje w stosunku do sprawcy szkody, wyrządzonej czynem niedozwolonym na osobie ubezpieczonej, roszczenie o zwrot poniesionych przez nich kosztów leczenia.

Uzasadnienie

Prokurator Rejonowy w Puławach wystąpił przeciwko Henrykowi J. o zasądzenie na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. kwoty 1740 zł oraz na rzecz L. Regionalnej Kasy Chorych kwoty 1300 zł tytułem

zwrotu kosztów leczenia poszkodowanego Henryka B. Żądanie to uzasadnił tym, że pozwany sprawca szkody nie powinien być zwolniony od obowiązku zapłaty tych kosztów, gdyż w przeciwnym razie nastąpiłoby jego bezpodstawne wzbogacenie.

Sąd Rejonowy w Puławach ustalił, że w dniu 8 lipca 1999 r. pozwany Henryk J. pobił Henryka B., który doznał m.in. złamania żuchwy. Wyrokiem Sądu Rejonowego w Puławach z dnia 13 stycznia 2000 r. pozwany za ten czyn został skazany na podstawie art. 157 § 1 k.k. na karę jednego roku i sześciu miesięcy pozbawienia wolności, z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres 4 lat.

Poszkodowany, podlegający powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, był przez 13 dni hospitalizowany w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. Koszty tej hospitalizacji wyniosły kwotę 3040 zł, z czego kwotę 1300 zł pokryła L. Regionalna Kasa Chorych, a kwotę 1740 zł poniósł Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L. (Kasa zrefundowała ten koszt tylko częściowo). Pozwany Henryk J. ich wysokości nie kwestionował, Sąd Rejonowy jednakże uznał, że osoba trzecia, która „wyłożyła koszty udzielenia pomocy poszkodowanemu na zdrowiu, nie ma podstawy prawnej do żądania ich zwrotu od zobowiązanego do odszkodowania”, a co za tym idzie, że zarówno Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L., jak i L. Regionalna Kasa Chorych, nie są legitymowani do dochodzenia zwrotu kosztów od pozwanego, i powództwo oddalił.

Przy rozpoznawaniu przez Sąd Okręgowy w Lublinie apelacji Prokuratora od tego wyroku powstało przytoczone na wstępie zagadnienie prawne budzące poważne wątpliwości, które ten Sąd przedstawił do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu. Uzasadniając swoje wątpliwości Sąd Okręgowy wskazał, że choć pozwanego z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w L., jak i L. Regionalną Kasą Chorych, nie łączy stosunek prawny lub wspólnie popełniony czyn niedozwolony, jednakże strony nie są wolne od związków prawnych przez fakt, iż czyn niedozwolony pozwanego spowodował konieczność poniesienia kosztów udzielenia pomocy poszkodowanemu. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w L. oraz L. Regionalna Kasa Chorych ponieśli zatem szkodę w rozumieniu art. 361 § 2 k.c., którą pozwany, jako jej sprawca, powinien wyrównać. Odmiennego zapatrywania nie powinna uzasadniać okoliczność, że ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) i z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz.

408 ze zm.) nie przewidują regresu, brak ten bowiem nie oznacza, że istnienie takiego roszczenia należy wykluczyć. Istniejącą lukę prawną trzeba wypełnić w drodze analogii. Sąd Okręgowy zauważył przy tym, że odszukanie przepisu o hipotezie zbliżonej do stanu faktycznego, stanowiącego przedmiot oceny, jest utrudnione. Zachodzą jednak przekonujące względy przemawiające za sięgnięciem do art. 441 § 3 k.c. Wówczas w grę wchodziłby regres *sensu largo*. Za tym kierunkiem wykładni, na gruncie zbliżonych okoliczności faktycznych, wedle oceny Sądu Okręgowego, opowiedział się Sąd Najwyższy między innymi w wyroku z dnia 28 czerwca 1977 r., I CR 185/77 (OSNCP 1978, nr 10, poz. 174), w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 21 października 1997 r., III CZP 34/97 (OSNC 1998, nr 2, poz. 19) i w wyroku z dnia 1 grudnia 1997 r., III CKN 277/97 (nie publ.).

Rozstrzygając przedstawione zagadnienie prawne Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Szkoda majątkowa na osobie, w odróżnieniu od szkody na mieniu, nie stanowi bezpośredniego uszczerbku w składnikach majątkowych poszkodowanego. Szkoda ta dotyczy jego osoby, zdrowia i życia, a dopiero pośrednio odbija się na prawach majątkowych w postaci wydatków na leczenie albo utraty lub zmniejszenia jego zdolności do pracy zarobkowej i pozbawienia go w konsekwencji całkowicie lub częściowo dochodów z pracy.

Zgodnie art. 444 § 1 k.c., odszkodowanie obejmuje wszelkie koszty wynikłe z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, np. koszty opieki lekarskiej, w tym również koszt opieki specjalistycznej lub pomocy chirurgicznej, koszt pobytu w zakładzie leczniczym, koszt środków farmaceutycznych, sanitarnych itp. Wszystkie te koszty stanowią normalne następstwo uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, a jako wydatki mieszczą się w pojęciu strat, które poszkodowany poniósł (art. 361 § 2 k.c.). Obowiązek ich zwrotu przez sprawcę szkody wynika zatem z ogólnych zasad regulujących instytucję odszkodowania, wyjaśnionych i rozwiniętych w odniesieniu do szkody na osobie w art. 444 k.c.

Nasuwa się zagadnienie natury ogólnej, kto jest legitymowany do dochodzenia zwrotu wydatków na leczenie w wypadku, gdy zostały one poniesione nie przez poszkodowanego, lecz przez osoby trzecie.

Z ogólnych zasad regulujących instytucję odszkodowania można wyprowadzić tezę, że jedynie poszkodowany jest legitymowany do dochodzenia ich zwrotu. Za tym stanowiskiem przemawiają także wyniki wykładni systematycznej i historycznej.

Według art. 444 § 1 zdanie drugie k.c., zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry odpowiednią sumę pieniężną na żądanie poszkodowanego. Wobec tego brak jest racjonalnych motywów, przemawiających za odmiennym rozstrzygnięciem w sytuacji, w której chodzi o zwrot kosztów już poniesionych. Judykatura ustalona na gruncie art. 161 § 1 k.z. (obecnie – art. 441 § 1 k.c.) przyjmowała, że do dochodzenia zwrotu kosztów wymienionych w przepisie ustawy legitymowany był wyłącznie poszkodowany, a nie osoba trzecia, która wyłożyła odpowiednie sumy pieniężne.

Sąd Najwyższy zajmował się już zagadnieniem legitymacji do dochodzenia wyłożonych przez osoby trzecie innych kosztów leczenia objętych przepisem art. 444 § 1 k.c. Konieczne jest przeprowadzenie – choćby pobieżnej – analizy tego orzecznictwa.

W sprawie, w której zapadał wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 1962 r., 2 CR 868/61 (OSPİKA 1963, nr 2, poz. 38) małoletni poszkodowany wskutek wypadku kolejowego stał się kaleką. Ojciec poniósł między innymi koszty jego przewozu do szpitala (także w celu zmiany opatrunków) oraz dożywiania go w okresie leczenia. Powodem był poszkodowany, działający przez swego ojca jako przedstawiciela ustawowego. Sąd Najwyższy, rozstrzygając w przedmiocie legitymacji czynnej uznał, że roszczenia o zwrot tych kosztów przysługują samemu poszkodowanemu i że jego legitymacja w tym zakresie nie może być kwestionowana.

W sprawie, w której zapadł wyrok z dnia 16 listopada 1962 r., 4 CR 17/62 (OSNCP 1963, nr 11, poz. 246) Sąd Najwyższy stwierdził, że w sytuacji przewidzianej w art. 161 § 1 k.z. (obecnie – art. 441 § 1 k.c.) okoliczność, iż osoba trzecia pomogła poszkodowanemu, nie zwalnia zobowiązanego do odszkodowania od obowiązku uiszczenia odszkodowania, gdyż osoba trzecia świadczyła nie w swoim interesie, lecz w interesie poszkodowanego, stosownie do okoliczności, bądź w formie świadczenia zwrotnego, bądź też w formie bezpłatnego przysporzenia. Poza tym wykładnia gramatyczna art. 161 § 1 k.z. wskazuje na szeroko zakreśloną w tym przepisie legitymację poszkodowanego i dlatego jest on osobą uprawnioną do dochodzenia również tego, co osoba trzecia poniosła w związku z doznaną przez niego szkodą.

W sprawie, w której wchodziły w rachubę pokryte przez męża powódki koszty dożywiania i leczenia oraz nabycia aparatu ortopedycznego, Sąd Najwyższy orzekł,

że osobą uprawnioną do otrzymania odszkodowania z art. 161 § 1 k.z. jest wyłącznie poszkodowany – bez względu na to, kto faktycznie pokrył koszty, o których mowa w tym artykule. Stwierdził także, że osoba trzecia, przez sam fakt pokrycia tych kosztów, nie staje się poszkodowanym i nie nabywa praw względem odpowiedzialnego za uszkodzenie ciała (wyrok z dnia 17 czerwca 1964 r., I CR 639/63, OSNCP 1965, nr 9, poz. 142).

Z kolei w sprawie, której rozpatrywano zagadnienie legitymacji do dochodzenia zwrotu wydatków najbliższej rodziny na podróże do pozwanego, Sąd Najwyższy uznał, że poszkodowany jest wyłącznie legitymowany do dochodzenia zwrotu kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała, poniesionych przez najbliższą rodzinę (osobę trzecią) (wyrok z dnia 4 lipca 1969 r., I CR 116/69, OSNCP 1970, nr 5, poz. 82).

Analiza tych orzeczeń pozwala wywieść pogląd, że odszkodowania o którym mowa w art. 444 § 1 k.c. z tytułu czynów niedozwolonych może żądać tylko ten, przeciw komu było skierowane działanie sprawcy. Roszczenie odszkodowawcze nie przysługuje więc osobom, które jedynie pośrednio poniosły szkodę. U podłoża tego poglądu leży założenie, że działanie sprawcy jest skierowane przeciw osobie, która doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a co za tym idzie, ona jest wyłącznie legitymowana z mocy art. 444 § 1 k.c. do żądania zwrotu wszystkich kosztów, jakie wynikły z tego powodu. Roszczenie to nie przysługuje natomiast osobom trzecim, które poniosły np. wydatki na leczenie i dożywanie. (...).

Trzeba wyraźnie podkreślić, że w sprawach poddanych analizie osoba trzecia świadczyła nie w celu wypełnienia względem poszkodowanego swego zobowiązania, lecz w interesie poszkodowanego, stosownie do okoliczności, bądź w formie świadczenia zwrotnego, bądź też w formie bezpłatnego przysporzenia. Spełnienie więc tego świadczenia nie doprowadziło do zgaśnięcia podstawowego stosunku prawnego (z czynu niedozwolonego), niezbędnej przesłanki do powstania roszczenia regresowego.

Działalność publicznej służby zdrowia sprawiła, że problem legitymacji do dochodzenia zwrotu kosztów świadczeń medycznych (kosztów hospitalizacji) poniesionych zarówno przez tę służbę, jak i przez kasy chorych oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zwane dalej także publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, bądź świadczeniodawcami, nie pojawił się dotychczas w judykaturze Sądu Najwyższego. (...)

W art. 4 powołanej ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym określono ogólne ramy działalności kas chorych, wskazując m.in., że kasy chorych w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą zawierają (mają obowiązek zawarcia) umowy ze świadczeniodawcami. Jest to, jak zauważa się w literaturze przedmiotu, rodzaj umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej (ubezpieczonego) przewidzianej w art. 393 k.c. Zobowiązanie kasy chorych polega więc na zapewnieniu świadczenia zdrowotnego ubezpieczonemu (tzw. standardowych świadczeń medycznych), który wobec świadczeniodawcy jest osobą trzecią.

Ubezpieczony uzyskuje prawo do tzw. standardowych świadczeń medycznych określonych w ustawie, które ma obowiązek sfinansować kasa chorych, a zatem, ma roszczenie o te świadczenia zarówno do kasy chorych, jak i do świadczeniodawcy, którego wybrał;

Zobowiązania kasy chorych, świadczeniodawcy oraz sprawcy szkody nie są równorzędne. Poszkodowanemu przysługuje roszczenie do kasy chorych o zapewnienie świadczeń zdrowotnych (o zawarcie umowy o świadczenia zdrowotne z świadczeniodawcami), do świadczeniodawcy o wykonanie świadczeń zdrowotnych, a do sprawcy pobicia – o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych, i to do każdego z nich na różnych podstawach prawnych. (...) Roszczenia te dotyczą naprawienia tej samej szkody, spełnienie więc przez kasę chorych i świadczeniodawcę wskazanych świadczeń zdrowotnych skutkuje zgaśnięciem, w tym zakresie, podstawowego stosunku prawnego. Kasa chorych i świadczeniodawca, spełniając świadczenie zdrowotne, nie działają z zamiarem zaspokojenia wierzytelności przysługującej poszkodowanemu przeciwko sprawcy szkody, lecz wykonują jedynie własne świadczenia, za które są odpowiedzialni bezpośrednio przed poszkodowanym (*ex lege*). (...)

W takim stanie rzeczy wymagają dalszego rozważenia wzajemne relacje pomiędzy kasą chorych, świadczeniodawcą oraz sprawcą szkody w zakresie ich współodpowiedzialności i w zakresie ich rozliczeń, gdy dojdzie do spełnienia świadczenia przez jednego z nich.

Dostrzegając różnice, jakie zachodzą pomiędzy sytuacją prawną kasy chorych a sytuacją świadczeniodawcy, można przyjąć, że w sytuacji, gdy koszty świadczeń zdrowotnych poniosła kasa chorych i świadczeniodawca, ich ewentualne

uprawnienia do dochodzenia zwrotu tych kosztów od sprawcy szkody kształtują się podobnie. (...)

Solidarna odpowiedzialność *ex lege*, wynikająca z art. 441 § 1 k.c., dotyczy wprost tylko sytuacji, gdy źródłem odpowiedzialności każdego z dłużników jest czyn niedozwolony. Umykają spod tej regulacji bezpośrednio wszystkie te stany faktyczne, w których źródła odpowiedzialności zobowiązanych (dłużników) są odmienne.

W literaturze przedmiotu i orzecznictwie powszechnie przyjmuje się, że brak solidarnej odpowiedzialności dłużników nie sprzeciwia się przyjęciu, iż występuje między nimi innego rodzaju powiązanie w zakresie odpowiedzialności wobec wierzyciela, a mianowicie odpowiedzialność *in solidum*. Przy tej konstrukcji odpowiedzialności podstawą ich zobowiązania jest ta sama szkoda, co w rezultacie przesądza o tym, że poszkodowany może otrzymać odszkodowanie tylko jeden raz. Wynika to z ogólnych zasad, zgodnie z którymi odszkodowanie nie może przekraczać poniesionej szkody.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego konstrukcja odpowiedzialności *in solidum* była stosowana w licznych sytuacjach wymagających określenia wzajemnych relacji pomiędzy współodpowiedzialnymi z różnych tytułów (wyrok z dnia 14 listopada 1961 r., 3 CR 306/61, 3 CR 611/60, OSPiKA 1962, nr 9, poz. 255, wyrok z dnia 18 grudnia 1968 r., II CR 409/68, OSNCP 1969, nr 11, poz. 207, uchwała z dnia 7 kwietnia 1975 r., III CZP 6/75, OSNC 1976, nr 2, poz. 27, wyrok z dnia 28 czerwca 1977 r., I CR 185/77, OSNCP 1978, nr 10, poz. 174, uchwała z dnia 15 listopada 1983 r., III CZP 53/83, OSNCP 1984, nr 6, poz. 92, uchwała z dnia 20 września 1996 r., III CZP 103/96, OSP 1997, nr 5, poz. 92 czy uchwała składu siedmiu sędziów z dnia 21 października 1997 r., III CZP 34/97, OSNC 1998, nr 2, poz. 19).

Należy zauważyć, że w wszystkich powołanych sprawach dłużnicy, których zobowiązania były traktowane jako tzw. zobowiązania *in solidum*, mieli spełniać na rzecz tej samej osoby, będącej wierzycielem każdego z nich identyczne świadczenie. W stanie faktycznym, którego dotyczy rozstrzygane zagadnienie prawne, do każdej ze zobowiązanych osób, w szczególności z jednej strony do kasy chorych i publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a z drugiej strony do sprawcy szkody, poszkodowanemu przysługuje roszczenie o inne świadczenie. W pierwszym wypadku chodzi o świadczenie medyczne, w drugim zaś o zwrot kosztów świadczeń medycznych (kosztów leczenia).

Natura i podstawa świadczenia spełnianego przez kasę chorych oraz publiczny zakład opieki zdrowotnej jest specyficzna. Świadczenie medyczne służy zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osoby ubezpieczonej i spełniane jest niezależnie od przyczyn, które wywołały konieczność jego udzielenia i które mogą leżeć nawet po stronie samego ubezpieczonego. Jakkolwiek nie można traktować tego świadczenia jako ekwiwalentu składki ubezpieczeniowej, to jednak ubezpieczony korzystający z tego świadczenia w istocie co najmniej częściowo sam je opłaca.

Wymaga więc rozstrzygnięcia wątpliwość, czy można przyjąć konstrukcję *in solidum*, gdy istnieje kilka odrębnych zobowiązań, w ramach których dłużnicy mają obowiązek spełnić na rzecz tej samej osoby, będącej wierzycielem każdego z nich różne, nie identyczne świadczenia (świadczenie usługi medycznej oraz świadczenie pieniężne odpowiadające jej kosztom), zmierzające do naprawienia tej samej szkody.

Za pozytywnym rozstrzygnięciem wskazanej wątpliwości przemawia okoliczność, że obydwa te świadczenia prowadzą w rezultacie do naprawienia tej samej szkody, a co za tym idzie, że spełnienie jednego z nich, w szczególności usługi medycznej, powoduje zgaśnięcie roszczenia wierzyciela (w zakresie spełnionego świadczenia) w stosunku do dłużnika zobowiązanego do świadczenia pieniężnego. Ten skutek stanowi niezbędną przesłankę powstania roszczenia regresowego.

Takie rozstrzygnięcie tej wątpliwości nie przesądza jednak pozytywnej odpowiedzi na przedstawione zagadnienie prawne.

Gdyby nawet – jako źródło powstania zobowiązania *in solidum* – potraktować odpowiedzialność kasy chorych i publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zobowiązanych na podstawie ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i o zakładach opieki zdrowotnej do świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonego w powiązaniu z odpowiedzialnością deliktową sprawcy szkody, to także wówczas pojawia się problem roszczenia regresowego.

Termin „roszczenie regresowe”, zwane także „zwrotnym” lub „regresem”, używany bywa w literaturze przedmiotu i orzecznictwie w znaczeniu wąskim i szerokim. W kodeksie cywilnym roszczenie regresowe powoływane jest wyłącznie w przepisach dotyczących odpowiedzialności solidarnej (art. 376, 441 k.c.). W ten sposób zostało ono immanentnie związane z istotą solidarności. Przysługuje

dłużnikowi solidarnemu wtedy, gdy świadczenie wykonał i tylko w takim zakresie, w jakim to uczynił. W zobowiązaniu solidarnym regres spełnia funkcję czynnika rozkładającego ciężar długu w stosunku wewnętrznym. Tę postać regresu można określić mianem regresu *sensu stricto*.

Istnieje jednakże tendencja do szerokiego ujmowania roszczenia zwrotnego. Wskazuje się, że jego istota tkwi w prawie żądania od innej osoby zwrotu tego, co zostało zapłacone, niezależnie od sytuacji uzasadniającej to prawo. W ten sposób wykształciło się pojęcie regresu *sensu largo*. W szerokim znaczeniu „regres”, „roszczenie regresowe” staje się zbiorczą nazwą dla prawa żądania w całości lub części zwrotu wykonanego świadczenia w tych wszystkich sytuacjach, których wspólną cechą jest jedynie to, że jedna osoba spełniła świadczenie, w całości lub części obciążając inną.

Za przyznaniem roszczenia regresowego osobie, która spełniła świadczenie, a nie była sprawcą szkody, przemawia poczucie sprawiedliwości (por. np. art. 441 § 3 k.c.). Sprawca szkody nie powinien być zwolniony od odpowiedzialności tylko dlatego, że poszkodowany uzyskał już odszkodowanie od osoby trzeciej. W przeciwnym razie nastąpiłoby bezpodstawne wzbogacenie sprawcy, polegające na zwolnieniu go od koniecznego wydatku, w tym zakresie wyłączona jest bowiem kumulacja świadczeń. Poszkodowany może uzyskać tylko jedno odszkodowanie, chociaż przysługuje mu ono z dwóch tytułów prawnych. Te argumenty przemawiają za przyznaniem osobie, która świadczenie spełniła, roszczenia regresowego do wysokości spełnionego świadczenia.

Wychodząc między innymi z tych założeń, ustawodawca przyznał roszczenie regresowe np. zakładowi ubezpieczeń przeciwko sprawcy szkody (art. 828 k.c.) oraz Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych (albo płatnikowi składek) przeciwko sprawcy umyślnego przestępstwa lub wykroczenia (art. 70 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. Nr 60, poz. 637).

Regresu kasy chorych i samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sprawcy szkody nie reguluje ani ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ani ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Brak bowiem w tych ustawach przepisu przyznającego kasie chorych lub samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej roszczenia regresowego do współodpowiedzialnego sprawcy szkody.

Powstaje zatem pytanie, czy brak przepisu przewidującego roszczenie regresowe był świadomym i celowym zabiegiem ustawodawcy, czy jest luką w prawie, którą należy wypełnić przez wnioskowanie z analogii.

Należy opowiedzieć się za pierwszym stanowiskiem.

Ustawodawca, chcąc przyznać w określonych sytuacjach oznaczonym podmiotom roszczenie regresowe, czyni to z reguły w drodze wyraźnego przepisu, który przyznaje im samodzielne roszczenie. Tak postąpił między innymi w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. Nr 60, poz. 636). Według art. 70 tej ustawy, w przypadku gdy niezdolność ubezpieczonego do pracy, uzasadniająca wypłatę zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, została spowodowana przez inną osobę w wyniku popełnienia przez nią umyślnego przestępstwa lub wykroczenia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo płatnik składek może dochodzić od tej osoby zwrotu wypłaconego zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego. Możliwość wystąpienia przez organ ubezpieczeń społecznych z regresem do sprawcy szkody przewidywał również art. 197 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 51, poz. 396 ze zm.). Sąd Najwyższy kilkakrotnie przyjmował, że przepis ten, zachowujący aktualność także po wejściu w życie ustawy z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 20, poz. 105 ze zm.), stanowił podstawę dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do domagania się zwrotu wypłaconego zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy od sprawcy czynu, który spowodował konieczność wypłaty tego świadczenia (por. uchwałę składu siedmiu sędziów z dnia 30 października 1976 r., mającą moc zasady prawnej, III CZP 34/76, OSNCP 1977, nr 3, poz. 42 oraz uchwałę z dnia 15 listopada 1983 r., III CZP 53/83, OSNCP 1984, nr 6, poz. 92). Wprawdzie wymienione ustawy dotyczą świadczeń z ubezpieczenia społecznego, to jednak nie sposób nie zauważyć istotnych podobieństw, jakie występują między nimi a świadczeniami z ubezpieczenia zdrowotnego. Wypłata jednych i drugich następuje w wypadku zaistnienia określonych w ustawie zdarzeń, podobne są sposób i źródła finansowania świadczeń (składka) oraz praktycznie taki sam jest krąg osób podlegających obydwu ubezpieczeniom. Zatem, skoro ustawodawca wyraźnie przewidział możliwość dochodzenia roszczeń regresowych przez podmioty zobowiązane do wypłaty pewnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, to nie

ma dostatecznych podstaw do twierdzenia, że brak podobnej regulacji w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nie jest jego świadomym zabiegiem legislacyjnym; oznacza to nieistnienie podobnych roszczeń na gruncie tych ustaw.

Konsekwentnie zresztą, wśród źródeł przychodu kas chorych ustawodawca nie wymienił wpływów regresowych. Przychodami kasy chorych są składki na ubezpieczenie zdrowotne, dochody z lokat i papierów wartościowych emitowanych i gwarantowanych przez Skarb Państwa, odsetki od składek, darowizny i zapisy, kwoty z tzw. wyrównania finansowego oraz środki na zadania wykonywane przez kasy chorych, finansowane z budżetu państwa w ramach przymusów zdrowotnych i polityki zdrowotnej. Ustawodawca zatem nie zakładał przychodu z wpływów regresowych.

Ponadto roszczenia regresowe, oprócz funkcji kompensacyjnej, z reguły spełniają też inne, jak np. funkcje prewencyjno-wychowawcze lub represyjne. Do tych funkcji kasy chorych, a tym bardziej zakłady opieki zdrowotnej, nie zostały powołane.

Zważyć trzeba, że postępowanie regresowe podmiotu, któremu to roszczenie przyznano, obejmuje całokształt czynności od momentu przejścia nań uprawnień poszkodowanego do czasu uzyskania należności od osoby odpowiedzialnej za szkodę. Z chwilą przejścia tych uprawnień podmiot ten całe postępowanie regresowe prowadzi we własnym imieniu i na własny koszt.

W postępowaniu regresowym można wyróżnić trzy fazy: postępowanie wstępne, zmierzające do ustalenia osoby odpowiedzialnej za szkodę oraz jej adresu i źródeł, z których należność regresowa może być egzekwowana, postępowanie polubowne, zmierzające do windykacji należności regresowej w formie dobrowolnej zapłaty, oraz postępowanie sądowe, jeśli zobowiązany odmawia zapłaty roszczeń regresowych na drodze polubownej.

Realizacja regresu nie należy więc do operacji łatwych do przeprowadzenia. Wymaga żmudnej pracy specjalistycznego i doświadczonego aparatu administracyjnego, a jej wyniki finansowe mogą być różne. Są one uzależnione od wielu czynników, wśród których trzeba wymienić przede wszystkim sytuację materialną strony zobowiązanej do regresu.

Kasy chorych byłyby zatem obciążane kosztami regresu, którego realizacja jest nie zawsze skuteczna, już choćby tylko ze względu na wspomnianą sytuację materialną strony zobowiązanej. Koszty te, jako zjawisko faktyczne, a nie jako

instytucja prawna, są kategorią ekonomiczną. Pozostają taką także przy założeniu, że dochodzenie przez kasy chorych roszczeń regresowych nie byłoby ich obowiązkiem, a tylko uprawnieniem, gdyż po wyeliminowaniu z nich nakładów gotówkowych (np. kosztów sądowych), pozostaje koszt pracy specjalistycznego i doświadczonego aparatu administracyjnego. Dodać trzeba, że w sprawach przeciwko osobom oskarżonym o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu (np. art. 156, 157 k.k.) kasy chorych nie mogą być uważane, na podstawie art. 49 k.p.k., za pokrzywdzonego, jak ma to miejsce na gruncie § 3 tego artykułu w odniesieniu do zakładów ubezpieczeń, co tym ostatnim ułatwia realizację roszczeń regresowych.

Rozważania powyższe prowadzą do wniosku, że *lege lata* kasie chorych oraz publicznemu samodzielnemu zespołowi opieki zdrowotnej nie przysługuje w stosunku do sprawcy szkody, wyrządzonej czynem niedozwolonym na osobie ubezpieczonej, roszczenie o zwrot poniesionych przez nich kosztów leczenia. Oczywiście, nie przeczy to wynikającemu z poczucia sprawiedliwości, trafnemu postulatowi zmiany legislacyjnej w tym zakresie, jeżeli przemawiałaby za tym analiza wyników finansowych. Pożądana przy tym byłaby zmiana § 3 art. 49 k.p.k. w kierunku zaliczenia do osób pokrzywdzonych także kasy chorych w zakresie, w jakim pokryły koszty leczenia osób bezpośrednio dotkniętych przestępstwem przeciwko życiu i zdrowiu.

Mając powyższe na względzie, Sąd Najwyższy, na podstawie art. 390 k.p.c., rozstrzygnął przedstawione zagadnienie prawne, jak w uchwale.