

DIANA RENATA BOŻEK

Wykorzystanie rozwiązań ubezpieczeniowych dla zaspokojenia roszczeń pacjentów

Głównym celem opracowania jest wskazanie zakresu, w jakim ubezpieczenia gospodarcze mogą być wykorzystane przez ustawodawcę w celu zabezpieczenia roszczeń pacjentów. Autorka przedstawia trend, jakim jest rosnąca liczba pacjentów dochodzących odszkodowań za szkody powstałe w związku z leczeniem i podejmuje próbę diagnozy przyczyn tego zjawiska. Wskazuje na aktualny zakres wykorzystania ubezpieczeń, opisując konstrukcję ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą i formułując zarzuty w stosunku do aktualnego modelu. Następnie ocenia podjętą przez ustawodawcę w 2012 roku próbę uzupełnienia systemu zabezpieczenia roszczeń pacjentów o elementy ubezpieczenia no-fault. W artykule przedstawiono także pokrótce opcje alternatywne wobec metod ubezpieczeniowych. Rozważania te prowadzą do wniosku, że nie jest aktualnie możliwa rezygnacja z rozwiązań ubezpieczeniowych, a celem ustawodawcy powinno być rozwijanie tego systemu.

Słowa kluczowe: pacjent, szkody medyczne, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, zdarzenia medyczne.

Wprowadzenie

Ostatnich kilkanaście lat stanowi czas dynamicznego rozwoju roszczeń pacjentów. Można mówić zarówno o wzroście liczby roszczeń, jak też o wzroście ich wysokości. Postęp w zakresie nauk medycznych i zastosowanie nowych technologii rodzi ryzyko powstania szkód, które nie były znane do tej pory, jak choćby szkody związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem implantów czy z *wrongful birth*¹. Co więcej, zarówno orzecznictwo, jak i doktryna dostrzegają także nowe rodzaje roszczeń pacjentów².

1. Zob. np. K. Mularski, *O sposobach rozumienia pojęć „wrongful conception” i „wrongful birth”*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 8.
2. Np. nabycie specjalnego samochodu dla inwalidy, kupno mieszkania przystosowanego do potrzeb osoby niepełnosprawnej, opłata czesnego za studia.

WzmóŜona roszczeniowość pacjentów jest spowodowana co najmniej kilkoma przyczynami. Niewątpliwie wskazać naleŜy na działania samego ustawodawcy, który tworzy dodatkowe podstawy dochodzenia roszczeń przez pacjentów: w ostatnim dziesięcioleciu szczególnie znaczącą zmianą było wprowadzenie samodzielnej podstawy prawnej umoŜliwiającej dochodzenie zadośćuczynienia pienięŜnego za krzywdę spowodowaną zawinionym naruszeniem praw pacjenta (art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³), jak równieŜ dodanie do art. 446 Kodeksu cywilnego⁴ (dalej jako k.c.) paragrafu 4, umoŜliwiającego dochodzenie zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej. Z działaniami ustawodawczymi współlistnieje działanie organów i instytucji państwowych, które upowszechniają kwestie związane z prawami pacjenta (jak Rzecznik Praw Pacjenta) oraz pośrednio wpływają na praktykę orzeczniczą sądów (wnioski Rzecznika Finansowego, dawniej Rzecznika Ubezpieczonych, składane do Sądu Najwyższego w trybie art. 60 par. 2 ustawy o Sądzie Najwyższym⁵). TakŜe sądy w wydawanych orzeczeniach skłonne są do przyznawania pacjentom kwot wyższych niŜ kilka lat temu. WiąŜe się to niewątpliwie ze wzmóŜonymi działaniami pełnomocników poszkodowanych (powoływanie się na tzw. „kazuś smoleński” oraz działalność tzw. kancelarii odszkodowawczych⁶), jak równieŜ przekonaniem samych pacjentów – bądź teŜ osób im najbliŜszych – o zasadności dochodzenia świadczeń o charakterze odszkodowawczym.

Statystyczne ujęcie problematyki szkód doznawanych przez pacjentów nastreŜca powaŜnych trudności. Nie istnieje w Polsce ŷaden system zbierający kompleksowe informacje nt. roszczeń pacjentów oraz udostępniający je w postaci zbiorowych statystyk⁷. Brak danych znacząco utrudnia zarządzanie tym ryzykiem⁸. W odróŜnieniu np. od sytuacji w Szwecji, gdzie wszelkie roszczenia są zgłaszane do *Inspektionen för vård och omsorg*⁹, liczbę szkód medycznych jesteśmy w stanie wyłacznie szacować, opierając się jednak w duŜej mierze na przypuszczeniach. Mimo ŷe coraz częściej podmioty lecznicze wyposaŜone są w systemy zgłaszania zdarzeń niepoŜądanych, korzystanie z nich nadal stanowi dla personelu medycznego barierę.

3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, nr 52 poz. 417 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, nr 16 poz. 93 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. 2002, nr 250 poz. 2052 z późn. zm.).
6. Szerzej na ten temat E. Kowalewski [red.], *Doradztwo odszkodowawcze w Polsce. Potrzeba regulacji prawnej*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2015.
7. Ministerstwo Zdrowia, powołując się na własne dane uzyskane w procesie akredytacji podmiotów leczniczych, podnosi, ŷe częstość występowania zdarzeń niepoŜądanych w Rzeczpospolitej Polskiej nie róŜni się od danych z innych krajów i wynosi ok. 7,24% ogółu hospitalizowanych, zob. Ministerstwo Zdrowia, *Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeñstwie pacjenta*, <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//1/12294407/12408050/12408051/dokument269427.pdf> [dostęp: 31.03.2017]. Analizując tego rodzaju dane, naleŜy mieć jednak świadomoś, ŷe akredytacja jest procesem dobrowolnym, uzyskane informacje nie mają zatem statusu pełnych.
8. Wzmiankowany projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeñstwie pacjenta zakłada wprowadzenie obowiązkowej akredytacji najpierw dla szpitali, a póŷniej takŜe dla pozostałych rodzajów podmiotów leczniczych oraz stworzenie systemu monitorowania zdarzeń niepoŜądanych. Za zdarzenie niepoŜądane miałyby, zgodnie z projektem założeń, uchodzić „zdarzenie wywołane w trakcie lub w efekcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia, powodujące lub mogące spowodować negatywne skutki u pacjenta, w tym zgon pacjenta, zagroŜenie ŷycia, koniecznoś hospitalizacji lub jej przedłuŜenie, trwały lub znaczny uszczerbek na zdrowiu lub jest chorobą, wadą wrodzoną lub uszkodzeniem płodu”. Do koñca czerwca 2017 r. nie zostały opublikowane rezultaty konsultacji społecznych projektu założeń.
9. *Inspektionen för vård och omsorg* jest istniejącą od 2013 r. agencją rządową, podległą Ministerstwu Zdrowia. Do jej zadań naleŜy nadzór i kontrola nad placówkami ochrony zdrowia.

Obserwacja trendów w zakresie roszczeń pacjentów prowadzi do wniosku, że niezbędne jest stworzenie takiego systemu, który zapewni pacjentom możliwość wynagrodzenia szkód związanych z leczeniem, a jednocześnie nie będzie prowadził do naruszenia równowagi rynku ochrony zdrowia, jaką mogłoby spowodować upadłość określonych podmiotów leczniczych na skutek niemożności realizacji zobowiązań wobec poszkodowanych pacjentów. Ubezpieczenia jawią się jako naturalne rozwiązanie pozwalające na przeniesienie finansowego ciężaru ze sprawcy szkody na podmiot trzeci¹⁰.

1. Cele badawcze i metodologia

Głównym celem niniejszego artykułu jest próba określenia, w jakim zakresie ubezpieczenia mogą być odpowiedzią na wzrastającą liczbę roszczeń wnoszonych przez pacjentów w związku ze szkodami, których doznali w procesie leczenia.

Artykuł prezentuje zakres, w jakim aktualnie w Polsce ubezpieczenia są wykorzystywane do zapewnienia pacjentom możliwości kompensacji roszczeń, zmiany, jakich ustawodawca dokonywał w tej dziedzinie w ostatnich kilku latach, oraz postulaty *de lege ferenda* dotyczące stosowania metod ubezpieczeniowych. Przedmiotem refleksji są także – w ograniczonym zakresie – rozwiązania alternatywne wobec metod ubezpieczeniowych, których zastosowanie było postulowane przez doktrynę bądź też takie, których wprowadzenie do polskiego porządku prawnego postulował ustawodawca.

Artykuł został przygotowany przy zastosowaniu metody formalno-dogmatycznej. Analizie poddano akty prawa krajowego, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o działalności leczniczej¹¹ (dalej jako: u.d.l.), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Kodeksu cywilnego. Metodę tę wykorzystano również w celu zbadania poglądów doktryny prawa ubezpieczeniowego i medycznego. Dodatkowo, w wąskim zakresie, pojawiają się w artykule elementy analizy porównawczej.

2. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Konstrukcja obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dalej także jako: OC) była wykorzystywana do zabezpieczenia roszczeń pacjentów od 1998 roku, kiedy to wprowadzono pierwsze¹² obowiązkowe ubezpieczenie dla podmiotów działających na rynku opieki zdrowotnej – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie

10. Jak wskazuje E. Kowalewski, rozpowszechnienie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej wynika z rozprzestrzeniania się ryzyk w dobie coraz szybszego rozwoju techniczno-organizacyjnego. Zob. E. Kowalewski, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 1981, s. 12.

11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 112 poz. 654 z późn. zm.).

12. W § 24 ust. 2 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz. U. 1993, nr 76, poz. 363) przewidziano zobowiązanie zleceniobiorcy do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej. Zawarcie umowy ubezpieczenia nie było jednak warunkiem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak również nie wiązało się z żadną sankcją, wpływ tej regulacji na praktykę był więc nieznaczny. Zob. W. Mogiński, *Ubezpieczenia obowiązkowe w polskim systemie prawnym*, „Prawo Asekuracyjne” 1997, nr 1, s. 19–20.

na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń¹³. Obserwacja historycznego rozwoju ubezpieczeń OC dedykowanych rynkowi medycznemu pozwala na wyciągnięcie dwóch wniosków: o stopniowym zwiększaniu się wysokości minimalnych sum gwarancyjnych oraz podmiotowym rozszerzaniu obowiązku ubezpieczenia. O ile więc rozporządzenia obowiązujące w latach 1998–2011 wiązały obowiązek ubezpieczenia ze szczególną formą, w jakiej udzielane są świadczenia zdrowotne (obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne czy obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej), o tyle już aktualnie obowiązujące ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁴ jest związane z samym faktem jej wykonywania, niezależnie od formy prawnej oraz relacji z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wpływa to niewątpliwie na wzmożoną ochronę pacjentów, bowiem umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy chroni wszystkich pacjentów, którym udziela świadczeń, a nie tylko „NFZ-owskich”.

Także kwotowy zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela ulega stopniowo zwiększeniu. W powoływanym rozporządzeniu z 1998 roku sumy gwarancyjne w zależności od rodzaju podmiotu ustalone zostały na poziomie 50 000 zł lub 200 000 zł na jeden wypadek (przy braku limitu na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia). Aktualne rozporządzenie OC PWDL przewiduje warianty sum gwarancyjnych 30 000 euro na jedno i 150 000 euro na wszystkie zdarzenia (dla praktyk pielęgniarskich), 75 000 euro na jedno i 350 000 euro na wszystkie zdarzenia (dla praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych o charakterze nieszpitalnym) oraz 100 000 euro na jedno i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia (dla szpitali).

Pogłębiona analiza ubezpieczenia OC PWDL pozostaje poza ramami niniejszego artykułu, wyjaśnienia wymagają jednak podstawowe kwestie związane z zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek ubezpieczenia został nałożony na podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek. Przedmiotowy zakres ubezpieczenia został określony w par. 1 rozporządzenia jako odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania tych świadczeń. Analizując zakres przedmiotowy rozporządzenia, pamiętać należy o podstawowej cesze odpowiedzialności ubezpieczyciela, a mianowicie o jej gwarancyjnym charakterze. Przypisanie odpowiedzialności ubezpieczyciela wymaga więc uprzedniego stwierdzenia szkody pacjenta oraz winy po stronie sprawcy. Dodatkowo szkoda oraz działalnie lub zaniechanie sprawcy pozostawać muszą w adekwatnym związku przyczynowym.

Instrumentem zapewniającym wzmożoną ochronę roszczeń pacjentów jest zastosowanie na gruncie OC PWDL zamkniętego katalogu wyłączeń, bowiem par. 2 ust. 4 rozporządzenia nie dopuszcza możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności, tj. wprowadzania wyłączeń ponad wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa (zwłaszcza samego rozporządzenia oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

13. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. 1998, nr 143, poz. 921).

14. Oparte na Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729).

Terytorialny zakres ochrony obejmuje obszar Rzeczypospolitej Polskiej, ochrona ubezpieczeniowa znajdzie więc zastosowanie do szkód wynikających z udzielenia świadczeń zdrowotnych mającego miejsce na terenie RP. Ma to szczególnie istotne znaczenie dla podmiotów leczniczych działających w obszarach przygranicznych, które świadczą usługi także w innych państwach. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w oparciu o OC PWDL nie pokryje tego rodzaju szkód.

Rozporządzenie determinuje także czasowy zakres ochrony, wskazując w par. 2 ust. 1, że w okresie ochrony ubezpieczeniowej ma mieć miejsce działanie lub zaniechanie ubezpieczonego. Oznacza to przyjęcia triggera *act comitted*, co jest spójne także z regulacją ogólną wynikającą z art. 9a (u.ob.). Zwolennicy triggera *act comitted* podkreślają, że takie ujęcie jest najkorzystniejsze zarówno dla ubezpieczonego, jak i poszkodowanego¹⁵, przede wszystkim jeśli chodzi o najdłuższy czas odpowiedzialności ubezpieczyciela¹⁶. Wymóg posiadania ubezpieczenia w trakcie wykonywania działalności leczniczej i jednoczesne zastosowanie w tym przypadku triggera *act comitted* sprawia, że poszkodowany ma gwarancję udzielania świadczeń przez podmiot ubezpieczony, a w dalszej kolejności – również zaspokojenia swoich roszczeń przez ubezpieczyciela. Zasada zdarzeń zaszłych ma także niewątpliwe plusy dla ubezpieczonego, gdyż w odróżnieniu od np. *claims made* nie tworzy konieczności kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej po zakończeniu działalności zawodowej.

3. Krytyka modelu opartego wyłącznie na ubezpieczeniu OC

Zarówno doktryna prawa medycznego, jak i prawa ubezpieczeniowego wskazywały na niedogodności, jakie wiążą się z oparciem systemu zabezpieczenia roszczeń pacjentów wyłącznie na ubezpieczeniu OC¹⁷. Mimo podejmowanych przez ustawodawcę prób uzupełnienia tego modelu (o czym szerzej w rozdziale kolejnym) o inne rodzaje ubezpieczeń, aktualnie ubezpieczenie OC PWDL pozostaje jedynym, który obowiązek ma posiadać szeroka grupa podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych¹⁸. Można więc stwierdzić, że aktualnie system zabezpieczenia roszczeń pacjentów w Polsce jest oparty wyłącznie na ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

Podstawową niedogodnością, jaka wiąże się z dochodzeniem świadczenia z ubezpieczenia OC PWDL, jest konieczność wykazania winy sprawcy szkody. Tymczasem – wbrew opinii, jaką powziąć można w oparciu o medialne doniesienia – sytuacje, w których wina podmiotu wykonującego

15. M. Serwach, *Czasowy zakres ochrony z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 43.

16. M. Serwach, [w:] A. Brodecka-Chamera, Z. Brodecki, D. Fuchs, M. Glicz, B. Janyga, B. Kęszycka, K. Malinowska, J. Nawracała, M. Serwach, E. Sodolska, P. Sukiennik, E. Wieczorek, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom I. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach: komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 373.

17. Por. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Perspektywa cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, [red.] E. Kowalewski, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 17.

18. Funkcjonujące w porządku prawnym drugie z ubezpieczeń obowiązkowych – obowiązkowe ubezpieczenie OC świadczeniodawcy niebędącego podmiotem leczniczym udzielającego świadczeń zdrowotnych – z uwagi na wąsko zakreślony zakres podmiotowy nie może być traktowane jako realny instrument zabezpieczenia roszczeń pacjentów.

działalność leczniczą jest oczywista, stanowią margines dochodzonych roszczeń. Większość przypadków wymaga opinii biegłego w zakresie dochowania należytej staranności, a nawet opinia ta nie zawsze jest jednoznaczna. Co więcej, konieczność eksperckiego stwierdzenia niedochowania należytej staranności trwa, co powoduje, że zarówno proces tzw. likwidacji szkody prowadzony przez ubezpieczyciela, jak i postępowania cywilne związane z dochodzeniem odszkodowania bądź zadośćuczynienia mają długotrwały charakter.

Kolejną wadą tak skonstruowanego systemu jest z perspektywy pacjenta stosunkowo niska suma gwarancyjna. Praktyka orzecznicza pokazuje, że np. w przypadku zdarzeń związanych z porodem (opóźnienie cesarskiego cięcia prowadzące do niedotlenienia płodu czy też uszkodzenie ciała noworodka) suma gwarancyjna w wysokości poniżej 450 000 zł¹⁹ nie jest wystarczająca na pokrycie kosztów leczenia i rehabilitacji, zadośćuczynienia oraz renty wypłacanej co najmniej przez kilka lat, jeśli nie dożywotnio.

Rozporządzenie OC PWDL posługuje się konstrukcją sum minimalnych, tj. ubezpieczyciel nie może zaoferować ubezpieczenia z sumą niższą niż wskazana w ustawie, nie ma natomiast przeszkód co do ustalenia sumy wyższej. Ustawodawca nie przewiduje w tym zakresie górnej granicy. Praktyka rynkowa pokazuje jednak, że ubezpieczyciele niechętnie oferują sumy gwarancyjne wyższe niż minimalna, z uwagi na wysokie ryzyko jej konsumpcji. Chętniej stosowanym rozwiązaniem jest oferowanie podmiotom wykonującym działalność leczniczą dodatkowych ubezpieczeń tzw. ubezpieczeń nadwyżkowych. Będą to zawsze jednak ubezpieczenia dobrowolne, o zakresie węższym niż ubezpieczenie OC PWDL.

4. Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych – próba zmiany

Jak sygnalizowano powyżej, ustawodawca podjął w 2012 roku próbę „uzdrowienia” systemu dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Poza wspomnianym już zastąpieniem trzech funkcjonujących równolegle ubezpieczeń OC jednym rodzajem ubezpieczenia chciał wprowadzić równolegle model abstrahujący od reguły winy – ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych i do stwierdzania zdarzeń medycznych powołać zupełnie nowe instytucje – wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Obowiązek ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych wszedł w życie 1 stycznia 2012 roku, w terminie przewidzianym przez u.d.l. Regulacja od początku była szeroko krytykowana przez doktrynę oraz rynek ubezpieczeniowy. Z uwagi na niejasność istotnej części przepisów, tylko jeden ubezpieczyciel – PZU S.A. – zdecydował się oferować tego rodzaju ubezpieczenia. Tym samym zyskał pozycję monopolistyczną, która pozwoliła na proponowanie wysokich składek ubezpieczeniowych. Marcin Śliwka przywołuje dane, z których wynika, że wysokość składki ubezpieczeniowej wahała się od poziomu 176 000 zł dla szpitali rehabilitacyjnych, 300 000 zł dla szpitali powiatowych do 745 000 zł dla szpitali klinicznych²⁰. Realizacja obowiązku ubezpieczenia była więc dla szpitali istotnym obciążeniem finansowym, które mogło doprowadzić do zaprzestania prowadzenia działalności leczniczej lub jej znaczącego ograniczenia. Mimo sankcji w postaci możliwości wykre-

19. Równowartość 100 000 euro.

20. M. Śliwka, *Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Prawo i Medycyna” 2012 nr 3–4, s. 12.

ślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez właściwego wojewodę²¹, na zawarcie ubezpieczenia zdecydowało się jedynie ok. 300 podmiotów²².

Uwzględniając podnoszone przez rynek medyczny postulaty, ustawodawca zdecydował się na odroczenie wejścia w życie obowiązku zawarcia ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w ustawie o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw²³ – początkowo do końca 2013, a następnie – corocznie nowelizując ustawę – do końca 2016 roku²⁴. Jednocześnie sam proces ustalenia istnienia zdarzenia medycznego pozostawał w mocy, a więc zdarzenia medyczne były cały czas stwierdzane przez wojewódzkie komisje. W przypadku zawarcia przez szpital UZM propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia przedstawiał właściwy ubezpieczyciel, w razie jego niezawarcia zgodnie z art. 67k ust. 10 UPP – sam szpital. Nie można więc zgodzić się z twierdzeniem Macieja Dercza, że normy art. 67 ust. 1a–1f stosuje się generalnie od 1 stycznia 2016 roku²⁵. Orzekanie o zdarzeniach medycznych oraz wypłata świadczeń z tego tytułu trwały bowiem nieustająco od momentu wejścia w życie regulacji.

W ustawie o zmianie u.d.l. z czerwca 2012 roku ustawodawca próbował wdrożyć rozwiązania mające na celu obniżenie wysokości składki ubezpieczeniowej. Wprowadzono między innymi mechanizm wyliczania sumy ubezpieczenia²⁶, preferencje dla podmiotów posiadających certyfikat akredytacyjny²⁷ w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia²⁸ oraz możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia z zastosowaniem udziału własnego i zintegrowanej franszyzy integralnej²⁹. Ponieważ jednocześnie uchylono obowiązkowy charakter ubezpieczenia, trudno oszacować, czy wprowadzone zmiany przyczyniłyby się do zwiększenia zainteresowania ubezpieczeniem z tytułu zdarzeń medycznych, gdyby pozostało ono obowiązkowe. Biorąc pod uwagę fakt, że wprowadzone regulacje dotyczące wyznaczania wysokości sumy ubezpieczenia nie mają swoich odpowiedników na gruncie innych regulacji ubezpieczeniowych, a ich opisanie przez ustawodawcę pozostawia wiele do życzenia pod kątem jasności i przejrzystości³⁰,

21. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 149.

22. M. Śliwka, *Wybrane ...*, s. 12.

23. Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2012, poz. 742 z późn. zm.).

24. Na tle zniesienia obowiązku ubezpieczenia pojawia się interesujące zagadnienie możliwości rozwiązania zawartej w 2012 r. umowy ubezpieczenia. Szeroki komentarz na ten temat: M. Serwach, *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, „Prawo Asekuracyjne” 2013, nr 1.

25. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa ...*, s. 150.

26. Zgodnie z art. 25 ust. 1a i 1b suma uzależniona być miała od liczby łóżek w szpitalu i wynosić nie mniej niż 1 000 zł od łóżka i nie mniej niż 300 000 zł w szpitalu.

27. Art. 25 ust. 1c u.d.l. przewidywał w takim wypadku możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia od łóżka o 10%.

28. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009, nr 52, poz. 418 z późn. zm.).

29. Art. 25 ust. 1c u.d.l. definiował zagregowaną franszyzę integralną jako łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, jakie miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela, i dozwalał na jej wprowadzenie w wysokości nie wyższej niż 50% sumy ubezpieczenia. Maksymalna wysokość proporcjonalnego udziału własnego podmiotu leczniczego została określona na tym samym poziomie.

30. M. Serwach, *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, s. 232.

należy uznać, że zapewne nie doprowadziłyby one do zasadniczych zmian w zakresie zainteresowania ubezpieczeniem na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

Mimo licznych postulatów doktryny prawa ubezpieczeń oraz doktryny prawa medycznego, nie zdecydowano się na zasadniczą reformę stworzonego systemu w okresie, kiedy zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nie było obowiązkowe. Ustawodawca nie podawał także przekonujących argumentów dotyczących *ratio* odsunięcia w czasie obowiązku ubezpieczenia. Jedynym argumentem pozostawała dolegliwość finansowa w postaci zbyt wysokiej składki ubezpieczeniowej, jednakże w żaden sposób nie wskazano, jakie działania skutkujące obniżeniem propozycji składek ubezpieczeniowych zostaną podjęte. Dlatego nie można zgodzić się z Maciejem Derczem, który w 2014 roku podnosił, że termin wejścia w życie przepisów (1.01.2016) powinien zostać jeszcze przesunięty³¹. Autorka zgadza się z komentującym, że obecny kształt ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nie przynosi spodziewanych korzyści ani pacjentom, ani szpitalom – tym bardziej trudno uzasadnić dalsze pozostawienie w obrocie prawnym regulacji, która nie spełnia swojej funkcji. Samo odsunięcie w czasie obowiązkowego charakteru ubezpieczenia, bez naprawienia braków tej regulacji, nie przyniesie żadnych zmian.

W ustawie z dnia 30 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw³² ustawodawca zniósł obowiązek posiadania ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, wskazując w uzasadnieniu do projektu ustawy, że od początku obowiązywania tych przepisów podmioty lecznicze napotkały trudności z zawieraniem umów ubezpieczenia, przede wszystkim w wyniku ograniczonej oferty rynku usług ubezpieczeniowych. Powoduje to bardzo wysokie koszty ubezpieczenia, stanowiące duże obciążenie dla budżetów poszczególnych podmiotów leczniczych³³. Dodatkowo projektodawca podkreśla, że obowiązek ubezpieczenia był kilkakrotnie przesuwany w czasie. Oba te twierdzenia są prawdziwe, jednak należałoby dodać, że o ile brak zainteresowania oferowaniem ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych przez zakłady ubezpieczeń nie jest bezpośrednio winą ustawodawcy, o tyle już odsuwanie obowiązku ubezpieczenia w czasie, przy jednoczesnej bierności wobec wad tej legislacji – taką winę stanowi.

Co interesujące, zgodnie z zamysłem ustawodawcy, odejście od obligatoryjności w zakresie ubezpieczenia nie spowoduje zwolnienia podmiotu leczniczego z odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego. Zastosowanie znajdzie tutaj art. 67k ust. 10 u.p.p. przewidujący wstąpienie szpitala w miejsce ubezpieczyciela w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia. Szpital więc ponosić będzie odpowiedzialność finansową, z przeniesieniem której będzie miał *de facto* istotny problem – nie można się spodziewać, aby uchylene obowiązkowego charakteru ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych znacząco zmieniło poziom zainteresowania tym ubezpieczeniem po stronie zakładów ubezpieczeń. Spodziewać należy się tendencji wręcz odwrotnej.

Uchylając art. 25 ust. 1 pkt 2 u.d.l. stanowiący o obowiązku ubezpieczenia w zakresie zdarzeń medycznych, ustawodawca uchylił także ustępy 1a–1f tegoż artykułu, co spowodowało, że od lipca 2016 roku przestały funkcjonować postanowienia dookreślające ten rodzaj ubezpieczenia, dotyczące mechanizmu wskazywania sumy ubezpieczenia, franszyzy i udziału własnego. Tym samym ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych może być niemal w całości przedmiotem

31. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa...*, s. 146.

32. Ustawa z dnia 30 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw [Dz. U. 2016, poz. 960 z późn. zm.).

33. Uzasadnienie do ustawy o zmianie działalności leczniczej i niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 562.

uzgodnień pomiędzy stronami (co do wysokości sumy ubezpieczenia, możliwości stosowania franszyzy czy udziału własnego, wyłączeń etc.). Sytuacja taka z całą pewnością nie jest korzystna dla pacjentów, prowadzi bowiem do zróżnicowania poziomu ochrony w podmiotach leczniczych o charakterze szpitalnym.

5. Alternatywy dla ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Obserwacja rozwiązań stosowanych w innych państwach uzasadnia twierdzenie, że ubezpieczenia nie są jedyną możliwością zapewniania pacjentom kompensaty szkód powstałych w związku z leczeniem. Niektóre państwa decydują się na przyjęcie koncepcji bezpośredniej odpowiedzialności za szkody osobowe wyrządzone leczeniem. Taki model reprezentuje przede wszystkim prawodawstwo Nowej Zelandii³⁴.

Alternatywną koncepcją jest rozwiązanie mieszane, łączące elementy ubezpieczeń oraz finansowania bezpośredniego, za pomocą administrowanego przez państwo funduszu, z którego finansowane są szczególne rodzaje szkód, np. zakażenia szpitalne albo szkody powstałe przy okazji obowiązkowych szczepień ochronnych. Taki model realizuje od kilku lat np. Francja³⁵.

Państwa skandynawskie zbudowały system wynagrodzenia roszczeń pacjentów w oparciu o szczególny rodzaj ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwany powszechnie ubezpieczeniem *no fault*. W odróżnieniu jednak od ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, regulacje skandynawskie powstawały przez wiele lat, w porozumieniu zarówno z przedstawicielami pacjentów, jak i ubezpieczycieli, i cieszą się uznaniem na całym świecie.³⁶

Ustawodawca, który po kompromitacji systemu ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych nie podejmuje prób uzdrowienia polskiej koncepcji systemu *no fault*, szuka alternatyw dla ubezpieczenia OC. Na początku 2016 roku Ministerstwo Zdrowia pracowało nad projektem świadczeń finansowanych z budżetu państwa i wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych³⁷. Propozycja ta, która od początku budziła wiele kontrowersji, nie przełożyła się jednak na projekt ustawy i obecnie prace nad nią nie są kontynuowane. Kilka miesięcy temu z kolei pojawiła się w mediach informacja, że Ministerstwo Zdrowia planuje stworzenie specjalnego funduszu wypadkowego, który miałby zastąpić wojewódzkie komisje. Płatnikami miałyby być same

34. Zob. np. P. Skegg, *Compensation in the New Zealand Health Care Sector*, [w:] *No-Fault Compensation in the Health Care Sector*, [red.] J. Dute, M. Faure, H. Koziol, Springer, Wien–New York 2004; C. Flood, *New Zealand's No-Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea?*, „Health Law Review” 2000, nr 3.

35. Zob. np. F. G'Sell-Macrez, *Medical Malpractice and Compensation in France: Part I: the French Rules of Medical Liability since the Patients' Rights Law of March 4, 2002*, „The Chicago-Kent Law Review” 2011, nr 3; G. Helle-inger, *Medical Malpractice and Compensation in France. Part II: Compensation based on National Solidarity*, „The Chicago-Kent Law Review” 2011, nr 3.

36. Zob. np. L. Wendel, *Compensation in the Swedish Health Care Sector*, [w:] *No Fault Compensation in the Health Care Sector*, [red.] H. Koziol, Springer, Wien–New York 2004; B. Dufwa, *The Swedish Model for Personal Injury Compensation Law Reconsidered*, [w:] U. Magnus, J. Spier, *European Tort Law*, Springer, Wien 2000; L. Fallberg, Borgenhammar, *The Swedish No Fault Patient Insurance Scheme*, „European Journal of Health Law” 1997, nr 4.

37. *Rynek Zdrowia, To lekarz ZUS będzie przyznawał pacjentowi rekompensatę za błędy medyczne?*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/To-lekarz-ZUS-bedzie-przyznawal-pacjentowi-rekompensate-za-bledy-medyczne,161875,2.html> [dostęp: 28.05.2017].

szpitale, jak również budżet państwa i Narodowy Fundusz Zdrowia, a fundusz dysponowałby kwotą rządu 500 000 000 zł.³⁸ Jak do tej pory nie wskazano jednak, z jakiego źródła państwo mogłoby współfinansować działanie funduszu. Powyższe inicjatywy, choć niewątpliwie stanowią interesującą alternatywę w stosunku do modelu opartego na ubezpieczeniach gospodarczych, nie zostały jednak szerzej rozwinięte przez ustawodawcę w formie projektu ustawy. Na moment ukończenia niniejszego artykułu pomysły te nie przybrały konkretnego kształtu.

Podsumowanie

Rozwój katalogu dóbr osobistych, jak również wzrastająca świadomość obywateli co do własnych praw, w tym także prawa do wynagrodzenia szkody, prowadzą do wniosku, że trend w zakresie wzrostu wysokości roszczeń pacjentów będzie się utrzymywał. Rodzi to konieczność stworzenia przez ustawodawcę systemu, który pozwoli z jednej strony na godziwe wynagrodzenie pacjentom szkód doznanych w związku z leczeniem, z drugiej zaś – nie będzie zagrożeniem dla stabilności funkcjonowania rynku ochrony zdrowia.

Analiza metod zabezpieczenia roszczeń pacjentów stosowanych w innych krajach, jak również realna ocena kondycji finansowej Polski prowadzą z kolei do wniosku, że nie istnieje aktualnie realna alternatywa dla systemu ubezpieczeniowego. Nie jest możliwe zwłaszcza przejęcie przez państwo odpowiedzialności za tego rodzaju szkody (połączone z brakiem możliwości dochodzenia dodatkowych kwot od sprawcy szkody), jak to ma miejsce w Nowej Zelandii. Bezpośrednia odpowiedzialność państwa powinna być zdecydowanie ograniczona i zarezerwowana dla sytuacji, w której szkodę wywołuje realizacja polityki zdrowotnej państwa (obowiązkowe szczepienia ochronne) bądź inne szczególne okoliczności. Należy mieć jednak świadomość, że konstrukcja ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie jest jedyną możliwą do wykorzystania. Celem ustawodawcy powinna być modyfikacja i uzupełnianie istniejącego rozwiązania bazującego na ubezpieczeniu OC, nie zaś całkowite przejście na inny model.

Wykaz źródeł

Literatura:

- Brodecka-Chamera A., Brodecki Z., Fuchs D., Glicz M., Janyga B., Kęszycka B., Malinowska K., Nawracała J., Serwach M., Sodolska E., Sukiennik P., Wieczorek E., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom I. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach: komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
- Dufwa B., *The Swedish Model for Personal Injury Compensation Law Reconsidered*, [w:] Magnus U., Spier J., *European Tort Law*, Springer, Wien 2000.

38. K. Klinger, *Zmiany w odszkodowaniach dla źle leczonych pacjentów: Nawet 300 tys. zł za błędy szpitali*, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1036202,szpitalne-odszkodowania-za-bledy-medyczne-dla-pacjentow.html> [dostęp: 28.05.2017].

- Fallberg L., Borgenhammar E., *The Swedish No Fault Patient Insurance Scheme*, „European Journal of Health Law” 1997, nr 4.
- Flood C., *New Zealand's No-Fault Accident Compensation Scheme: Paradise or Panacea?*, „Health Law Review” 2000, nr 3.
- G'Sell-Macrez F., *Medical Malpractice and Compensation in France: Part I: the French Rules of Medical Liability since the Patients' Rights Law of March 4, 2002*; „The Chicago-Kent Law Review” 2011, nr 3.
- Helleringer G., *Medical Malpractice and Compensation in France. Part II: Compensation based on National Solidarity*, „The Chicago-Kent Law Review” 2011, nr 3.
- Klinger K., *Zmiany w odszkodowaniach dla źle leczonych pacjentów: Nawet 300 tys. zł za błędy szpitali*, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1036202,szpitalne-odszkodowania-za-bledy-medyczne-dla-pacjentow.html> [dostęp: 28.05.2017].
- Kowalewski E. [red.], *Doradztwo odszkodowawcze w Polsce. Potrzeba regulacji prawnej*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2015.
- Kowalewski E., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 1981.
- Mogilski W., *Ubezpieczenia obowiązkowe w polskim systemie prawnym*, „Prawo Asekuracyjne” 1997, nr 1.
- Mularski K., *O sposobach rozumienia pojęć „wrongful conception” i „wrongful birth”*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 8.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Perspektywa cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Kowalewski E. [red.], Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2011.
- Rynek Zdrowia, *To lekarz ZUS będzie przyznawał pacjentowi rekompensatę za błędy medyczne?* <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/To-lekarz-ZUS-bedzie-przyznawal-pacjentowi-rekompensate-za-bledy-medyczne,161875,2.html>, [dostęp: 28.05.2017].
- Serwach M., *Czasowy zakres ochrony z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4.
- Serwach M., *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, „Prawo Asekuracyjne” 2013, nr 1.
- Serwach M., *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014.
- Skegg P., *Compensation in the New Zealand Health Care Sector*, [w:] *No-Fault Compensation in the Health Care Sector*, Dute J., Faure M, Koziol H. [red.], Springer, Wien–New York 2004.
- Śliwka M., *Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3–4.
- Wendel L., *Compensation in the Swedish Health Care Sector*, [w:] *No Fault Compensation in the Health Care Sector*, Koziol H. [red.], Springer, Wien–New York 2004.

Akty prawne:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, nr 52 poz. 417 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, nr 16 poz. 93 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. 2002, nr 250 poz. 2052 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 112 poz. 654 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2012, poz. 742 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009, nr 52, poz. 418 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2016, poz. 960 z późn. zm.).

Uzasadnienie do ustawy o zmianie działalności leczniczej i niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 562.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. 1998, nr 143, poz. 921).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729).

Application of insurance solutions for coverage of patients claims

The goal of the article is to present how commercial insurance can be used by legislator for coverage of patients claims. The author specifies the trend which is the growing number of patients who demand compensation and tries to explain reasons of it. Moreover, the author points out the current scope of using insurance – describes third party insurance for medical entities and raises charges against that system. After that evaluates the attempt of adding no-fault patient insurance, made by the legislator in 2012. The article presents also alternatives for insurance methods. Above-mentioned reflections lead to the conclusion that it is not possible to resign insurance methods and the goal of the legislator should be developing of current system.

Keywords: patient, medical damages, third party liability insurance, medical events.

DIANA RENATA BOŻEK – doktorantka w Katedrze Prawa Ubezpieczeń, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski; członek Zespołu Ubezpieczeń Ochrony Prawnej Polskiej Izby Ubezpieczeń, underwriter.