

MAŁGORZATA SERWACH

Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli

Problematyka odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych oraz łączącego się z nią ubezpieczenia na rzecz pacjentów od samego początku obowiązywania nowych przepisów była przedmiotem szczególnego zainteresowania nauki prawa, w której wskazywano na wątpliwości, jakie powstały w związku z ich interpretacją. W połowie ubiegłego roku ustawodawca znowelizował przepisy, zmieniając kwalifikację ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych z ubezpieczenia obowiązkowego na ubezpieczenie dobrowolne. Czasowa zmiana charakteru wskazanego ubezpieczenia, podobnie jak nowe regulacje odnoszące się do możliwości wyliczenia sumy ubezpieczenia (udział własny podmiotu leczniczego, franszyza) nie tylko nie rozwiązały dotychczasowych problemów, ale wywołały wiele dodatkowych zastrzeżeń.

Przedmiotem niniejszych rozważań jest przedstawienie wątpliwości prawnych odnoszących się do znowelizowanych przepisów oraz ich ocena z punktu widzenia działalności Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz uczestników postępowania: podmiotu leczniczego oraz jego ubezpieczyciela. Dodatkowo omówione zostały praktyczne konsekwencje zastosowania nowych unormowań oraz praktyczne zastrzeżenia widziane z perspektywy rocznego funkcjonowania komisji.

Słowa kluczowe: zdarzenia medyczne, ubezpieczenie na rzecz pacjentów, ubezpieczenia obowiązkowe, Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, podmioty lecznicze.

Zagadnienia wprowadzające

Problematyka odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych oraz łączącego się z nią ubezpieczenia na rzecz pacjentów od samego początku obowiązywania nowych przepisów była przedmiotem szczególnego zainteresowania nauki prawa.¹ Przyczyną takiego stanu rzeczy jest nie tylko

1. Do ustawy z 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta został wprowadzony nowy rozdział 13a zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”. Powołana ustawa w dalszej części rozważań będzie nazywana pr.pacj. (Dz. U. 2012, poz. 159).

fakt, iż ustawodawca wprowadził nowe ubezpieczenie nieznanе dotychczas prawu polskiemu, ale też wzorując się na systemie szwedzkim, wskazywał na pozytywne strony takiego rozwiązania: możliwość uzyskania przez pacjentów szybkiej i skutecznej ochrony przed negatywnymi skutkami powstałymi w procesie leczenia.² Konsekwencją wystąpienia określonych uchybień w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych może być szkoda na osobie, w której przypadku konieczne jest niezwłoczne uzyskanie odszkodowania niezbędnego do kontynuowania leczenia lub zniwelowania innych ujemnych konsekwencji powstałego zdarzenia. Nie negując słusznycн motywów samej koncepcji, w nauce prawa wskazywano jednak na szereg wątpliwości, jakie powstały w związku ze stosowaniem oraz wykładnią nowych przepisów.³

W dniu 30 czerwca weszła w życie nowelizacja przepisów ustawy o działalności leczniczej, która dokonała istotnej zmiany w zakresie ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych.⁴ Mogłoby się wydawać, że celem wprowadzenia modyfikacji przepisów obowiązujących jedynie przez pół roku powinno być doprecyzowanie rozwiązań budzących określone zastrzeżenia interpretacyjne. Tymczasem powołana nowelizacja nie tylko nie rozwiązała dotychczasowych problemów, ale dokonała swoistego rodzaju „przewrotu legislacyjnego”, czasowo zmieniając kwalifikację ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Ubezpieczenie to od 30 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. stało się ubezpieczeniem dobrowolnym, aby od 1 stycznia 2014 r. znowu nabrać charakteru ubezpieczenia obowiązkowego. W ten sposób, osiągając skutek w postaci uchylecia negatywnych dla podmiotów leczniczych sankcji niewywiązania się z obowiązku ubezpieczenia, wprowadzono kolejne wątpliwości zarówno praktyczne, jak i prawne.⁵ Dotyczą one wielu podstawowych kwestii.⁶

Po pierwsze, nie zostały przewidziane przepisy intertemporalne ani inne szczególne regulacje odnoszące się do podmiotów leczniczych, które zawarły umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych na poprzednio obowiązujących zasadach; w szczególności nie wskazano, czy szpitale mogą odstąpić od takich umów lub zmodyfikować ich treść.

2. Na temat szwedzkiego modelu zob. M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 2; tenże, *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2010. Por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.
3. E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011 oraz zawarte w niej ciekawe publikacje wielu autorów; E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011, nr 1, s. 3 i nast.; M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3, s. 17 i nast.; E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z błędów medycznych. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4.
4. Dz. U. 2012, poz. 742. Zmiana powyższa została wprowadzona do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654).
5. W sytuacji braku umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych organ założycielski mógł bowiem wystać o wykreślenie podmiotu leczniczego z właściwego rejestru. Z tego też powodu, zgodnie z omawianą nowelizacją, wszczęte przed dniem wejścia w życie nowelizacji postępowania w sprawie wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru z powodu niespełnienia wymogu posiadania umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych podlegają umorzeniu z mocy prawa {art. 11 ust 4}. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641.
6. W pełni akceptują rozwiązania ustawowe A. Wnęk, K. Policha, *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; Nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 11, s. 117 i nast.

Po drugie, nie zostały rozstrzygnięte podstawowe kwestie odnoszące się do charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych (ubezpieczenie NNW czy ubezpieczenie OC).⁷ Dodatkowo, ustawodawca nie tylko nie rozwiązał problemów związanych z zakresem zastosowania przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK do omawianych ubezpieczeń, ale spotęgował zastrzeżenia praktyczne przez dokonanie wspomnianej (czasowej) zmiany ich kwalifikacji.⁸ W konsekwencji do części umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych – zawartych do 29 czerwca 2012 r. – będą miały zastosowanie inne przepisy (art. 1–22 ub.obow.) niż do umów zawartych od 30 czerwca 2012 r. (art. 805–828 k.c.).

Po trzecie, ustawodawca nie wyjaśnił wątpliwości, jakie pojawiły się w toku prac Komisji Wojewódzkich ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych⁹, ani zastrzeżeń zgłaszanych przez poszczególnych przedstawicieli nauki prawa.¹⁰ Wiele kontrowersji budzą natomiast nowe przepisy odnoszące się do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych oraz postanowienia rozporządzeń wykonawczych ustalających zasady wypłaty należnego świadczenia.

Problematyka sytuacji prawnej podmiotów leczniczych, które podjęły próbę odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania, oraz skutków takich decyzji w zależności od tego, czy umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych została zawarta w trybie ustawy prawo zamówień publicznych, czy też poza nim, była przedmiotem odrębnej publikacji.¹¹ Dlatego tematem niniejszych rozważań będzie kwestia przedstawienia wątpliwości prawnych i praktycznych znowelizowanych przepisów oraz ich ocena z punktu widzenia działalności Komisji i uczestników postępowania: podmiotu leczniczego i jego ubezpieczyciela.

I. Nowelizacja przepisów o ubezpieczeniu z tytułu zdarzeń medycznych

Modyfikując dotychczasowe zasady, ustawodawca przewidział dla stron umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych trzy możliwości.¹² Zasadniczym rozwiązaniem jest wyliczenie sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń w szpitalu, których skutki objęte są umową ubezpieczenia, od liczby łóżek i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego.

7. Zob. M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, „PA” 2012, nr 4, s. 4–5. Por. E. Kowalewski, W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „PA” 2012, nr 1, s. 13.
8. Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1152. Powstaje pytanie, czy wszystkie przepisy powołanej ustawy „pasują” i mogą mieć zastosowanie do ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych.
9. W dalszej części rozważań Komisja Wojewódzka ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych będzie nazywana „Komisją”. Na temat procedury dochodzenia roszczeń przed Komisją Wojewódzką ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych zob. M. Serwach, *Zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „PA” 2011, nr 4, s. 29 i nast. Por. E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, [w:] *Kompensacja szkód...*, op. cit., s. 145 i nast.
10. Zob. powołana we wcześniejszych przypisach bogata literatura przedmiotu.
11. M. Serwach, *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, „PA” 2013, nr 1.
12. Zgodnie z art. 11 omawianej nowelizacji – art. 25 ust 1a–1f ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu nadanym ustawą, stosuje się od 1 stycznia 2014 r. Pomimo takiego rozwiązania już obecnie podmiotom leczniczym proponowane są podobne warunki ubezpieczenia, w szczególności udział własny do 50 proc. Niekiedy wymaga się też od szpitala podania ilości łóżek na poszczególnych oddziałach.

Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi jednak nie mniej niż 1000 zł. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹³ w zakresie lecznictwa szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10 proc. Uzależnienie minimalnej sumy ubezpieczenia od równowartości iloczynu liczby łóżek w szpitalu pozwala na uznanie, że dopuszczalne jest także obniżenie ustawowej kwoty; wysokość sumy ubezpieczenia nie może być jednak niższa niż 300 tys. zł. Zaproponowana metoda jest dosyć kontrowersyjna. Możliwość wystąpienia zdarzenia medycznego w konkretnym podmiocie leczniczym nie jest zależna od ilości łóżek, lecz od przyjętego reżimu: leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, z należytą starannością, przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, z zastosowaniem prawidłowego sprzętu i niewadliwej aparatury. Ewentualny wpływ na odpowiedzialność szpitala może mieć liczba hospitalizowanych pacjentów oraz profil szpitala. Pewne znaczenie może ponadto odgrywać liczba przeprowadzanych zabiegów tzw. wysoko specjalistycznych lub o podwyższonym ryzyku, liczba lekarzy specjalistów i początkujących lekarzy (bezpośrednio po stażu, rezydentów), rodzaje oddziałów (w szczególności SOR lub OIOM). Różny może być też czas hospitalizacji poszczególnych pacjentów. Wydaje się, że błąd przyjętej metody polega na tym, iż podobnie jak niektórzy lekarze „leczą wyniki badań” zamiast pacjentów, tak ustawodawca uznał, że zdarzenia medyczne mogą wystąpić bardziej w odniesieniu do łóżek niż chorych. Sam zresztą zaprzeczył zasadności przyjętego kryterium, dopuszczając możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia w razie spełnienia przez konkretny podmiot leczniczy warunków akredytacyjnych.

Kolejnym zaproponowanym przez ustawodawcę rozwiązaniem jest wprowadzenie do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych tzw. zagregowanej franszyzy integralnej w oznaczonej wysokości nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia. Franszyza integralna oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych mających miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączone jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia takiego postanowienia oznacza, że szpital jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do „wysokości zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego” (art. 25 ust. 1e pkt 1). W razie przekazania odpowiedniej wypłaty podmiot leczniczy ma ponadto obowiązek powiadomić o tym ubezpieczyciela w terminie 14 dni od dnia jej dokonania. Ubezpieczyciel „jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku wypłaty przez podmiot leczniczy świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, o łącznej wartości odpowiadającej wysokości zagregowanej franszyzy integralnej” (art. 25 ust. 1e pkt 2). Ostatnie sformułowanie jest nie tylko nieprecyzyjne, ale przede wszystkim niezrozumiałe dla podmiotów, do których jest kierowane.¹⁴ Ustawodawca posługuje się skomplikowaną, specja-

13. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

14. Problem polega na tym, że nie ma ustawowej definicji udziału własnego oraz franszyzy (redukcyjnej, integralnej). Przyjmuje się, że franszyza integralna [inaczej franszyza warunkowa] to podana w umowie ubezpieczenia wysokość szkody, do której ubezpieczyciel nie wypłaca odszkodowania. Zagregowana oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli zatem przy sumie ubezpieczenia w wysokości 300 000 zł strony uzgodnią franszyzę na poziomie 50 proc. (150 000 zł), to wszystkie świadczenia do łącznej wartości franszyzy będzie musiał wypłacić szpital, a ubezpieczyciel ze swoją odpowiedzialnością włączy się dopiero powyżej tej kwoty.

listyczną terminologią, nie wprowadzając jednocześnie żadnych zmian do tzw. słowniczka pojęć, co może być źródłem wielu wątpliwości oraz sporów między podmiotem leczniczym i jego ubezpieczycielem. Poza tym franszyza może być liczona w bardzo dużej jak na realia ubezpieczeniowe kwocie, czyli do 50 proc. sumy ubezpieczenia. W konsekwencji tzw. „mała szkodowość” podmiotu leczniczego może w praktyce spowodować, że płacąc składkę, sam poniesienie finansowy ciężar odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych. Takie rozwiązanie jest raczej „niepedagogiczne”, skoro szpital, który nie zawarł umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, może *de facto* ponosić taką samą odpowiedzialność jak podmiot, który zapłacił składkę i nie przekroczył kwoty przyjętej franszyzy. Tytułem przykładu, jeżeli franszyza będzie wynosiła 100 tys. złotych, a roszczenie pacjenta 50 tys., szpital poniesie odpowiedzialność w pełnym zakresie, podobnie jak ten, który nie zawarł umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

Możliwe jest ponadto wprowadzenie do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych trzeciego rozwiązania, czyli proporcjonalnego udziału własnego podmiotu leczniczego w ustalonej wysokości nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia. Przyjęte sformułowanie odnoszące się do podstawy udziału własnego (suma ubezpieczenia) należy traktować jako lapsus ustawowy, inaczej mogłoby się okazać, że udział ubezpieczyciela wynosi w konkretnym stanie faktycznym znacznie więcej niż 50 proc. Pomijając wątpliwości związane z interpretacją tego postanowienia, powstaje pytanie, jaki jest interes podmiotu leczniczego, aby w tak dużej wysokości (nawet w połowie) ponosił ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego. Biorąc pod uwagę wysokość składek, nie jest łatwo wykazać zasadność istnienia umowy ubezpieczenia, w której ryzyko może być rozłożone w tym samym rozmiarze między podmiot, który zawodowo trudni się udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej, i podmiot, którego zadaniem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

II. Znaczenie zmian w przepisach odnoszących się do ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych dla podmiotów leczniczych

Przedstawione zmiany w przepisach ubezpieczeniowych z punktu widzenia podmiotów leczniczych wywołują różnego rodzaju skutki. Teoretycznie szpital może podjąć samodzielną decyzję o konieczności posiadania ochrony ubezpieczeniowej w związku z możliwością wystąpienia zdarzeń medycznych oraz umownie ustalić jej zakres. W praktyce decyzja ta jest w znaczny sposób ograniczona. Podmiot leczniczy nie ma bowiem możliwości swobodnego wyboru kontrahenta ani ogólnych warunków ubezpieczenia. Nadal tylko jeden ubezpieczyciel proponuje warunki omawianego ubezpieczenia.¹⁵ Dodatkowo, dopóki ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych miało charakter ubezpieczenia obowiązkowego, ubezpieczyciel nie mógł odmówić zawarcia umowy. Obecnie, skoro analizowane ubezpieczenie ma charakter fakultatywny, ubezpieczyciel, który nie jest zainteresowany udzielaniem ochrony konkretnemu podmiotowi leczniczemu, może odmówić nawiązania prawnego stosunku ubezpieczenia. Brak konkurencyjności na rynku analizowanych ubezpieczeń medycznych powoduje też, że wysokość składki ubezpieczeniowej nie podlega zasadom podaży – popyt, w konsekwencji dla większości szpitali jest ona dosyć wysoka. Kwota proponowanej składki oraz odsunięte w czasie potencjalne ryzyko wypłaty świadczenia (zdarzenie

15. Jedyne ubezpieczyciel, który dotychczas zawierał umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, proponuje tzw. szczególne warunki ubezpieczenia na rzecz pacjentów.

medyczne może w ogóle nie wystąpić na terenie danej placówki] powodują, że większość podmiotów leczniczych nie nawiązuje stosunku ubezpieczenia lub wstrzymuje się z podjęciem tego rodzaju decyzji. Przypadek taki będzie miał miejsce zwłaszcza wtedy, gdy nie wystąpiło jeszcze żadne zdarzenie medyczne na terenie określonej placówki, a więc kierownik podmiotu leczniczego nie zna i nie dostrzega zagrożenia oraz potrzeby przeznaczenia określonych środków na zapłatę kolejnej (poza ubezpieczeniami OC) składki. Faktyczne skutki takich decyzji będą jednak znane dopiero po pewnym czasie. Skoro wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być złożony w terminie trzech lat od jego wystąpienia, dopiero wtedy będzie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakim zakresie nieubezpieczony szpital ponosi finansową odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych.

Sytuacja szpitali jest specyficzna także z tego powodu, że nastąpiła pewna zmiana charakteru ich odpowiedzialności. Do chwili wejścia w życie znowelizowanych przepisów, w razie wystąpienia zdarzenia medycznego odpowiedzialność podmiotu leczniczego miała charakter subsydiarny i wchodziła w grę dopiero w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia lub niezawarcia przez niego umowy ubezpieczenia. Obecnie następuje prawna możliwość wystąpienia współodpowiedzialności podmiotu leczniczego oraz jego ubezpieczyciela (przy opcji z udziałem własnym), a nawet zmiana kolejności zobowiązanych do wypłaty świadczenia (w przypadku franszyzy). *De facto* podmiot leczniczy, zawierając umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, nie tylko może być zobowiązany do zapłaty składki, ale też do ponoszenia odpowiedzialności w określonej części, a nawet w pełnym zakresie. Z sytuacją taką będziemy mieć do czynienia, gdy suma wypłaconych przez szpital świadczeń zmieści się w kwocie franszyzy.¹⁶

Niezależnie od tego, decydujące znaczenie dla określenia, czy doszło do przekroczenia franszyzy, będzie miała kwota wypłaconych, a nie zgłoszonych świadczeń. Może się zdarzyć, że wystąpienie zdarzenia medycznego spowoduje, iż podmiot leczniczy będzie proponował wyższą kwotę, aby uruchomić odpowiedzialność ubezpieczyciela.¹⁷ Wówczas wystąpiłoby ciekawe odwrócenie tendencji. Dotychczas złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w odniesieniu do nieubezpieczonego szpitala stwarzało obawę, że złożona zostanie propozycja niskiego świadczenia; w interesie tego podmiotu była bowiem wypłata świadczenia w jak najmniejszej kwocie. Obecnie szpital może być zainteresowany jak najszybszym włączeniem ubezpieczyciela, zwłaszcza gdy ma świadomość innych uchybień, które mogą skutkować zgłoszeniem kolejnego wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.¹⁸

Potencjalnie duże problemy praktyczne rodzi przewidziany przez ustawodawcę dzień ponownej zmiany kwalifikacji omawianego ubezpieczenia z dobrowolnego na obowiązkowe. W wielu przypadkach umowy ubezpieczenia zawarte standardowo na okres roku będą się kończyć w lutym,

16. Jak wcześniej wskazano, powstaje także inna wątpliwość odnosząca się do podstawy franszyzy, która jest liczona od sumy ubezpieczenia.

17. Gdy do przekroczenia franszyzy konieczna jest niewielka kwota, podmiot leczniczy może uznać, że więcej komplikacji mogłaby rodzić sytuacja, w której przy kolejnym zdarzeniu medycznym mogłoby dojść do znacznego przekroczenia jej wysokości. W konsekwencji powstania wątpliwości po stronie podmiotu leczniczego, czy pełną odpowiedzialność ponosi szpital, czy też ubezpieczyciel powinien złożyć swoją propozycję „uzupełniającą” wysokość świadczenia ponad kwotę franszyzy.

18. Nie ulega wątpliwości, że podmiot leczniczy nie ma doświadczenia w likwidacji szkód medycznych oraz stosowania przepisów rozporządzenia wykonawczego ustalającego procent określonego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

marcu, kwietniu lub kolejnym miesiącu przyszłego roku. Powstaje pytanie, jakie znaczenie będą one miały po 1 stycznia 2014 r. z punktu widzenia wymogów ustawy o ub.obow. Zgodnie z art. 10 ub.obow. obowiązek ubezpieczenia będzie spełniony, jeżeli zostaje zawarta umowa ubezpieczenia, na podstawie której osoba obciążona tym obowiązkiem korzysta z ochrony ubezpieczeniowej, a czas trwania i zakres tej ochrony odpowiadają przepisom ustawy wprowadzającym ten obowiązek. Obecnie, gdy nie są znane potencjalne OWU z tytułu zdarzeń medycznych innych ubezpieczycieli, ale też proponowane indywidualnie konkretnym podmiotom leczniczym szczególne warunki ubezpieczenia, nie sposób jednoznacznie wskazać, czy postanowienia zawartych w tym roku umów będą spełniały kryteria art. 10 ub.obow. Podobnie jak nie można wykluczyć, że ustawodawca wprowadzi postanowienie o obowiązywaniu umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do końca okresu, na jaki zostały zawarte, lub przeciwnie, dokona kolejnej nowelizacji, w której zmieni zasady lub warunki omawianego ubezpieczenia.

III. Znaczenie zmian w przepisach odnoszących się do ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych z punktu widzenia orzekających komisji

Analizowana zmiana przepisów ustawy o działalności leczniczej, w zasadniczy sposób modyfikująca ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, nie wprowadziła wystarczających zmian w unormowaniach regulujących postępowanie przed Komisją. Taki stan rzeczy powoduje powstawanie wielu dylematów. Zgodnie z obowiązującymi zasadami ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wydanym przez Komisję. W konsekwencji w terminie 30 dni od otrzymania tego orzeczenia lub zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia.¹⁹ Wskazane zasady stosuje się odpowiednio do podmiotu leczniczego w razie wyliczenia sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, lub niezawarcia umowy ubezpieczenia (art. 67k ust. 10 pkt 1 pr.pacj.). Zgodnie z dodanym postanowieniem 67k ust. 10 pkt 2 pr.pacj. analogiczna sytuacja będzie miała miejsce w razie wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych na podstawie art. 25 ust. 1e pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.²⁰ Przepis ten odnosi się do sytuacji, gdy podmiot leczniczy jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej. Nie ma natomiast odpowiedniego unormowania w odniesieniu do sytuacji, w której w umowie ubezpieczenia zastrzeżony został udział własny. Uchybienie to jest o tyle istotne, o ile w proponowanych obecnie tzw. szczególnych warunkach ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych przewidziana jest jedynie możliwość zawarcia umowy z udziałem własnym do 50 proc. sumy ubezpieczenia (wariant 1) lub 50 proc. świadczenia (wariant 2). Mogłoby się

-
19. Zarówno wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jak i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej Komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Zostaje on przeanalizowany w terminie 30 dni od jego otrzymania. W rozpatrywaniu odwołania nie może uczestniczyć żaden członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.
20. Skoro powołany przepis wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r., powstaje pytanie, jak należy traktować wskazane uregulowanie i jego znaczenie dla obecnie prowadzonych postępowań i umów ubezpieczenia.

wydawać, że najstuszniejszym rozwiązaniem byłoby, aby Komisja informowała oba zainteresowane podmioty o obowiązku złożenia propozycji określonego odszkodowania lub zadośćuczynienia, ale żaden przepis prawa określający zasady postępowania w tym względzie nie został zmieniony.

Niezależnie od tego członkowie Komisji nie mają wglądu w treść umowy ubezpieczenia zawartej przez konkretny podmiot leczniczy ani obowiązku dokonywania jej analizy. W przypadku uzyskania informacji o istnieniu polisy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych Komisja będzie oczekiwać w ustawowym terminie propozycji ubezpieczyciela. Trudno dokonać jednoznacznej oceny swoistego związania obu odpowiedzialnych podmiotów, jakie wynika z wprowadzenia udziału własnego.²¹ Nie zostało rozstrzygnięte, czy ubezpieczyciel, podejmując decyzję o proponowanej kwocie odszkodowania lub zadośćuczynienia, składa oświadczenie także w imieniu podmiotu leczniczego, czy jedynie w swoim własnym. Jak oceniać rozbieżność stanowiska odpowiedzialnych podmiotów lub niedochowanie terminu przez któregokolwiek z nich, w szczególności przez ubezpieczyciela? Czy negatywne skutki braku propozycji świadczenia ze strony ubezpieczyciela, powodujące wydanie przez Komisję zaświadczenia potwierdzającego obowiązek wypłaty świadczenia w kwocie wskazanej przez wnioskodawcę, powinny mieć zastosowanie także do podmiotu leczniczego, który w określonej części ponosi odpowiedzialność majątkową? W praktyce, czy w przypadku ustalenia kwoty 40 tys. zł i udziału własnym 50 proc. (czyli odpowiedzialności szpitala w wysokości 20 tys. zł), a następnie uchybienia ubezpieczyciela i wydania przez Komisję zaświadczenia potwierdzającego odpowiedzialność z tytułu zdarzenia medycznego w wysokości zaproponowanej przez poszkodowanego (np. 100 tys. zł), materialna odpowiedzialność szpitala nadal będzie wynosiła 20 tys. zł, czy już 40 tys. zł.²²

Z treści powołanych szczególnych warunków ubezpieczenia PZU wynika, że w razie wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym podmiot leczniczy ma obowiązek w terminie 30 dni wspólnie z ubezpieczycielem przedstawić wnioskodawcy propozycję świadczenia z podziałem kwot należnych od ubezpieczającego i jego kontrahenta. W razie nieosiągnięcia porozumienia między stronami umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych co do wysokości świadczenia w terminie określonym, propozycję tę składa ubezpieczyciel i jest ona wiążąca dla ubezpieczającego. Rozwiązanie to ma jednak umowny charakter. Tymczasem Komisja nie bada treści umowy z tytułu zdarzeń medycznych, ponadto OWU innych ubezpieczycieli lub uzgodnione indywidualnie warunki mogą przyjąć odmienne zasady. Niezależnie od przedstawionych założeń, podmiot leczniczy nieakceptujący stanowiska ubezpieczyciela (pozostający z nim w sporze) może przecież złożyć własną propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia. Dopuszczalny jest także odwrotny przypadek, ubezpieczyciel nawet po uzgodnieniu stanowiska z podmiotem leczniczym nie złoży w terminie, na skutek uchybień w wewnętrznej organizacji, żadnej propozycji świadczenia.

Sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje, gdy weźmiemy pod uwagę, że zgodnie z art. 13 omawianej nowelizacji przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 67k ust. 11 pr.pacj. zachowują moc do dnia wejścia w życie nowych aktów wykonawczych, ale nie dłużej niż do dnia 1 lipca 2013 r.

-
21. Podobnie w przypadku przyjęcia franszyzy, Komisja musi być poinformowana nie tylko o jej istnieniu, ale też wysokości; w przeciwnym razie nie będzie wiedziała o tym, że doszło do przekroczenia kwoty franszyzy i o konieczności złożenia propozycji świadczenia już przez ubezpieczyciela.
 22. Należy bowiem pamiętać, że wydane przez Komisję w takim przypadku zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy. Inną kwestią to ustalenie, czy podmiotowi leczniczemu przysługiwałoby ewentualnie roszczenie odszkodowawcze.

Chodzi o rozporządzenie ministra zdrowia z 2 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego.²³ Nie znamy jeszcze ani nowych przepisów, ani ich projektu. Z pewnością wprowadzenie kolejnych zmian w toku obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz w czasie toczących się postępowań o ustalenie zdarzenia medycznego może spowodować komplikacje praktyczne.²⁴ W oczekiwaniu na wydanie przepisów wykonawczych można ponadto zgłosić postulat, aby w interesie pacjentów przewidziane zostały minimalne kwoty proponowanych świadczeń lub inne postanowienia uniemożliwiające zobowiązanym podmiotom składanie propozycji zbyt niskich kwot.

IV. Problematyka zdarzeń medycznych z punktu widzenia ubezpieczyciela

Niedogodnością obowiązującego systemu jest brak możliwości przeprowadzenia tzw. postępowania likwidacyjnego przez ubezpieczyciela, zanim otrzyma orzeczenie Komisji o wystąpieniu zdarzenia medycznego w danym podmiocie leczniczym. Jest to jedyny przypadek, w którym poszkodowany nie może skierować roszczenia bezpośrednio do ubezpieczyciela (i to niezależnie od tego, czy mamy tutaj do czynienia z ubezpieczeniem osobowym, czy ubezpieczeniem OC). Powoduje to możliwość powstania kolizji między rozwiązaniem z art. 817 k.c. czy art. 14 ub.obow. Wskazując na zawiadomienie ubezpieczyciela jako początek postępowania likwidacyjnego, ustawodawca używa zamiennie trzech terminów: zawiadomienie o szkodzie (art. 14 ust.obow), zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem (art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej) oraz zawiadomienie o wypadku (art. 817 k.c.).

Niezależnie od wskazanych różnic, generalnie należy przyjąć, że ubezpieczyciel ma co do zasady obowiązek spełnienia świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Tymczasem w analizowanym przypadku uzyskujemy informację o zdarzeniu, ale nie można podjąć żadnych działań zmierzających do likwidacji szkody. Nawet w sytuacji, gdy ubezpieczyciel uznaje swoją odpowiedzialność i jest przekonany, że doszło do wystąpienia zdarzenia medycznego, musi oczekiwać na wydanie przez komisję stosownego orzeczenia. Jedynie przez przyjęcie stanowiska w sprawie w ustawowym terminie 30 dni może zgodzić się ze stanowiskiem wnioskodawcy.

Skoro Komisja ma ustawowy termin czterech miesięcy na przeprowadzenie postępowania i wydanie orzeczenia, literalna wykładnia przepisów odnoszących się do terminów wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego powodowałaby, że zawarte w nich zasady w każdym przypadku zostałyby przez ubezpieczyciela naruszone. Dlatego jedynym rozwiązaniem tej kolizji jest uznanie, że ubezpieczyciel uzyskuje informację o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego nie tyle w momencie otrzymania danych o zdarzeniu medycznym w ubezpieczonym podmiocie leczniczym, ile w chwili doręczenia ostatecznego orzeczenia Komisji. Rozwiązanie to prowadzi do wniosku, że zamiast uproszczenia postępowania zmierzającego do naprawienia szkody pacjenta, wprowadzona została jego dwustopniowość. Orzeczenie Komisji (w przeciwieństwie do wyroku sądowego) nie kończy postępowania w sprawie, lecz dopiero uruchamia postępowanie likwidacyjne ubezpieczyciela.

23. Dz. U. 2012, poz.207.

24. Dłatego niesłuchanie istotne jest ustalenie, czy decydujące znaczenie będzie miała chwila złożenia wniosku, zakończenia postępowania, czy też złożenia propozycji świadczenia.

Kolejną kwestię stanowi ustalenie chwili wyczerpania sumy ubezpieczenia. Jak się wydaje, decydować będzie kolejność wypłaconych, a nie proponowanych świadczeń. Niedopuszczalne byłoby przyjęcie, że pacjent, któremu ubezpieczyciel złożył propozycję określonego świadczenia, nie uzyska tej kwoty, bowiem suma ubezpieczenia wyczerpie się na skutek wcześniejszego przyjęcia przez innego wnioskodawcę później złożonej propozycji. Wyobraźmy sobie sytuację, w której do wyczerpania sumy ubezpieczenia zostało 50 tys. zł., analogiczne kwoty powinny być wypłacone dwóm poszkodowanym pacjentom w związku z zaistnieniem różnych zdarzeń medycznych (np. to samo zakażenie szpitalne). Pomiedzy orzeczeniami wydanymi przez Komisję są trzy tygodnie różnicy. Ubezpieczyciel składa propozycję pierwszemu poszkodowanemu w wysokości 50 tys. zł, informując drugiego o wyczerpaniu sumy ubezpieczenia. Nie da się chyba uznać, że ubezpieczyciel może jednak wstrzymać się z wyliczeniem i propozycją wysokości świadczenia, dopóki inny wnioskodawca nie złoży oświadczenia, czy zaproponowaną kwotę przyjmuje, czy też ją odrzuca. Teoretycznie, dopóki odpowiednia suma nie zostanie wypłacona, dopóty nie doszło do wyczerpania sumy ubezpieczenia, a niezłożenie żadnej propozycji może skutkować wydaniem przez komisję odpowiedniego zaświadczenia. Z drugiej strony złożenie propozycji obu pacjentom może powodować odpowiedzialność ubezpieczyciela ponad wysokość sumy ubezpieczenia w razie przyjęcia przez każdego z nich wskazanej kwoty. Analogicznie, uchybienie przez ubezpieczyciela terminowi na złożenie propozycji odpowiedniego świadczenia będzie oznaczało możliwość ponoszenia odpowiedzialności ponad wysokość sumy ubezpieczenia, skoro wydane przez Komisję zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy.

V. Praktyczne wątpliwości wynikające z dotychczasowej działalności orzekających komisji

1. Definicja zdarzenia medycznego

Nie ulega wątpliwości, że istotnym mankamentem omawianej regulacji jest pojęcie zdarzenia medycznego. Termin ten odgrywa kluczową rolę z punktu widzenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz podmiotu leczniczego. W przeciwieństwie do szwedzkiego modelu, w którym zdarzenia objęte zakresem ochrony stanowią okoliczności enumeratywnie wyliczone, w prawie polskim przyjęta została koncepcja szczegółowego określenia zdarzenia medycznego poprzez wprowadzenie kilku jego elementów. Zdarzeniem medycznym jest zatem zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

W powołanej definicji podkreślona jest niezgodność postępowania konkretnego podmiotu z aktualną wiedzą medyczną. Problem polega jednak na tym, że nawet wśród lekarzy istnieje spór, jak należy rozumieć zakres aktualnej wiedzy medycznej. W niektórych dziedzinach medycyny obowiązują tzw. standardy czy procedury, w innych mają one jedynie charakter rekomendacji.²⁵ „Poziom aktualnej

25. Rekomendacje czy standardy opracowują niekiedy określone związki lub stowarzyszenia, np. lekarzy pediatrów, internistów czy innych specjalistów.

wiedzy medycznej” w Polsce może być nieco inny niż w pozostałych systemach opieki zdrowotnej, w których stosuje się nowocześniejsze metody leczenia.²⁶ Jeśli nawet przyjmujemy, że ustawodawca brał pod uwagę rodzimy stan wiedzy medycznej, kolejne pytania nasuwają się w sytuacji, gdy nie wszystkie możliwe do zastosowania metody leczenia są finansowane ze środków publicznych. Jeżeli podmiot leczniczy realizuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, podlega procedurom określonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ograniczenia wynikające z oznaczonego kontraktu mogą w istotny sposób wpływać na decyzję lekarza o wyborze konkretnego sposobu leczenia, chociaż bardziej zasadne byłoby zastosowanie innej metody, która jednak nie jest refundowana. Analogiczna sytuacja może mieć miejsce, gdy – ze względu na wyczerpanie środków przeznaczonych na finansowanie określonego rodzaju procedury – pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących, podczas gdy niezwłoczne zastosowanie określonej metody (np. w stosunku do tzw. pacjentów onkologicznych) może w istotny sposób wpłynąć na wynik leczenia.

Odwołanie do kryterium aktualnej wiedzy medycznej powoduje też, że powstaje kolejne pytanie o relację omawianej odpowiedzialności do odpowiedzialności cywilnej. Wprawdzie w postępowaniu przed Komisją nie jest wymagane wykazanie winy konkretnego podmiotu,²⁷ ale trudno wskazać sytuację, w której podmiot wykonujący zawód medyczny dopuszcza się działania lub zaniechania niezgodnego z wiedzą medyczną, powodującego uszkodzenie ciała pacjenta, rozstrój zdrowia, a nawet śmierć chorego i takie postępowanie nie może być zakwalifikowane co najmniej jako niedbalstwo.

Z praktycznego punktu widzenia ważniejsze jest, że poszczególne elementy składające się na definicję zdarzenia medycznego nie muszą wystąpić jednocześnie. Wątpliwości powstaną zatem wtedy, gdy wadliwie przeprowadzone zabieg lub inna metoda leczenia nastąpi w jednym roku (np. gdy ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej), a jego negatywne skutki w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci po pewnym czasie (np. w kolejnym roku, gdy podmiot leczniczy nie zawarł umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych). Literalna wykładnia art. 67a pr.pacj. wskazywałaby, że decydujące znaczenie powinien mieć skutek w postaci określonego uszczerbku na osobie.²⁸ Wydaje się jednak, że bardziej zasadne byłoby przyjęcie, iż w okresie ochrony ubezpieczeniowej musi wystąpić zdarzenie w postaci wadliwego leczenia, zabiegu, diagnozy czy zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. W przeciwnym razie powstaje wyraźna sprzeczność z treścią art. 9a ub.obow., przyjmującego konstrukcję *act commited* (czyli zdarzenia będącego źródłem szkody) w ubezpieczeniach obowiązkowych. Poza tym sformułowanie ustawowe spowodowało błędne przekonanie, że zdarzeniem podlegającym ochronie może być określony uszczerbek (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia czy śmierć), który nastąpił jeszcze przed 1 stycznia 2012 r.²⁹ Takie stanowisko pozbawiałoby podmiot leczniczy

26. Istnieją specjalne procedury pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów leczenia, zabiegów lub rehabilitacji za granicą.

27. Co stanowi argument dla zwolenników kwalifikacji ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych jako ubezpieczenia NNW.

28. Należy przy tym podkreślić wyraźną rozbieżność pomiędzy dwoma paragrafami wskazanego przepisu.

29. Takie założenie przyjęła jedna z Komisji, której członkowie uznali, że jeśli uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym czy śmierć nastąpiły po dniu wejścia w życie przepisów, to mamy do czynienia ze zdarzeniem medycznym, chociaż określone postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną wystąpiło przed 1 stycznia 2012 r. Sformułowanie: przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, mających miejsce po dniu wejścia w życie

możliwości uzyskania ochrony ubezpieczeniowej, skoro omawiane ubezpieczenie zostało wprowadzone do prawa polskiego dopiero od 1 stycznia 2012 r.³⁰

2. Termin na złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego

Kolejna kwestia to termin na złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Zgodnie z art. 67c ust. 2 pr.pacj wniosek wnosi się w terminie jednego roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

Z brzmienia powołanego przepisu wynika, że terminem bezwzględny są trzy lata od wystąpienia zdarzenia inicjującego powstanie szkody, chociażby wnioskodawca nie uzyskał jeszcze informacji o wystąpieniu określonego uszczerbku. W odniesieniu do pacjenta termin roczny ma charakter subiektywny i jest liczony od dnia dowiedzenia się o szkodzie, natomiast w przypadku spadkobierców termin ma charakter obiektywny, skoro jest liczony nie tyle od chwili dowiedzenia się o śmierci spadkodawcy, ile od chwili zgonu. Na uwagę zasługuje ponadto postanowienie ust. 4 art. 67c pr.pacj., zgodnie z którym w przypadku śmierci pacjenta termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Załóżmy, że postępowanie spadkowe zostało zakończone po upływie pięciu lat od śmierci pacjenta. W takim przypadku minął już rok od chwili zgonu pacjenta i trzy lata od zdarzenia, które stanowiło jego przyczynę. Jak w takim razie liczyć termin do złożenia wniosku przez spadkobierców?

Niezależnie od odpowiedzi na tak postawione pytanie, jak wskazywałam we wcześniejszych publikacjach, ustawodawca nie rozstrzygnął kluczowej kwestii odnoszącej się do określenia charakteru ustawowego terminu.³¹ W konsekwencji, może budzić wątpliwości, czy Komisja nie powinna odrzucić wniosku złożonego po terminie (gdyby był termin instrukcyjny), czy powinna przyjmując wniosek i oczekiwać stanowiska ubezpieczyciela lub podmiotu leczniczego (jak w przypadku terminu przedawnienia). Chwila złożenia wniosku przerywa ponadto bieg przedawnienia roszczeń odszkodowawczych z kodeksu cywilnego, chociaż skutek ten nie wystąpi w odniesieniu do spadkobierców, którzy nie należą do grona osób uprawnionych na podstawie art. 446 k.c.

3. Określenie wysokości należnego świadczenia oraz brak udziału komisji w jego ustalaniu

Z punktu widzenia pacjenta zasadniczą niedogodność ustawowego rozwiązania stanowi ograniczona możliwość komunikacji między nim jako wnioskodawcą i ubezpieczycielem (lub podmiotem

ustawy [art. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. 2010, Nr 113, poz. 660] potraktowano jako odnoszące się do wymienionych uszczerbków na osobie, a nie samych zdarzeń.

30. Przeciwnie stanowisko zajmują E. Kowalewski, W. Mogiński, *Istota...*, op. cit., s. 11, którzy twierdzą, że „zdarzeniem medycznym nie jest udzielenie świadczenia szpitalnego, lecz jego następstwa w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta”.

31. Zob. M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, „PA” 2012, nr 4, s. 4 i nast.

lecznicy] w kwestii ustalania wysokości odszkodowania. W szczególności wnioskodawca nie może złożyć odwołania od decyzji ubezpieczyciela co do wysokości zaproponowanej mu kwoty. Przyjęty system jest bardzo uproszczony. Zobowiązany składa za pośrednictwem Komisji propozycję określonego świadczenia. Wnioskodawca przyjmuje zaoferowaną mu kwotę, zrzekając się jednocześnie podnoszenia dalszych roszczeń, lub też ją odrzuca, co z kolei kończy całe postępowanie w sprawie. Takie rozwiązanie nie jest prawidłowe z dwóch powodów. Postępowanie przed Komisją, które z założenia miało mieć charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego, nie tylko nie spełni swej funkcji, ale w ogóle nie doprowadzi do sprawnego naprawienia szkody pacjenta. Mimo prawidłowych ustaleń Komisji i wyczerpującego wyjaśnienia wszystkich okoliczności zdarzenia, pacjent nie uzyska bowiem satysfakcjonującego go świadczenia. Bardzo słaba jest też pozycja komisji w tej części postępowania, która nie ma żadnego wpływu na wysokość zaproponowanego świadczenia. Być może uzasadnione byłoby włączenie jej w jakiejś mierze do ustalania stanowiska stron lub przeciwnie – uznanie, że Komisja kończy swoją rolę w chwili wydania orzeczenia o ustaleniu lub braku zdarzenia medycznego. W ostatnim przypadku kolizja powstałaby tylko wtedy, gdyby okazało się, że ubezpieczyciel (podmiot leczniczy) nie złożył żadnej propozycji w ustawowym terminie. Dlatego najlepszym pomysłem wydaje się wezwanie pacjenta i zobowiązanego do wypłaty świadczenia, a w przypadku udziału własnego szpitala obu odpowiedzialnych podmiotów, do ustalenia wysokości należnego świadczenia oraz czynny udział Komisji w określeniu jego granic. Takie rozwiązanie w znaczny sposób rozszerzyłoby jednak uprawnienia, a przede wszystkim obowiązki członków komisji.

Uwagi końcowe

W konkluzji należy stwierdzić, że po roku obowiązywania przepisów regulujących tryb ustalenia zdarzenia medycznego oraz unormowań odnoszących się do ubezpieczeń na rzecz pacjentów, łatwiej postawić wiele pytań pozostających bez jednoznacznej odpowiedzi, niż dokonać prawidłowej oceny funkcjonującego systemu. Można się natomiast spodziewać, że liczba wątpliwości praktycznych i prawnych nie tylko nie ulegnie zmniejszeniu, ale wręcz przeciwnie – zostanie spotęgowana po 1 stycznia 2014 r.³²

Wykaz źródeł

- Bagińska E., *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, (w:) *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.
- Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011.
- Kowalewski E., *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011, nr 1.

32. Kolejne zmiany przepisów, medycznie rzecz ujmując, przypominają zabieg prowadzony na żywym organizmie.

- Kowalewski E., Mogilski W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „PA” 2012, nr 1.
- Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z błędów medycznych. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „PiM” 2010, nr 4.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2010.
- Nesterowicz M., *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, „PiM” 2002, nr 2.
- 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. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Serwach M., *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3.
- Serwach M., *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, „PA” 2012, nr 4.
- Serwach M., *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, „PA” 2013, nr 1.
- Wnęk A., Policha K., *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; Nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 11.

The problem of medical incidents in the practice of assessment committees, entities providing medical services and insurers

Since the moment when the new regulations took effect the issue of liability for medical incidents and of related insurance for patients has been of particular interest to the science of law, which indicated doubts connected with their interpretation. In mid-2012, the legislator amended the regulations, changing qualification of medical incident insurance from compulsory to voluntary. The temporary change of the nature of the insurance in question, as well as the new regulations related to the possibility of calculating the sum insured (deductible of the entity providing medical services) not only have not solved the existing problems, but also have led to numerous additional objections.

The aim of this article is to present legal doubts related to the amended regulations, and to assess them from the perspective of the operation of Medical Incident Assessment Committees, as well as the procedure participants: the entity providing medical services and its insurer. In addition, the author discusses practical consequences of applying the new regulations, and practical objections visible after one year of the Committees' operation.

Key words: medical incident, insurance for patients, compulsory insurance, Medical Incident Assessment Committee, entities providing medical services.

DR MAŁGORZATA SERWACH – adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, adiunkt w Katedrze Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.