

**APEL**  
**OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
**Z DNIA 19 CZERWCA 2015 r.**

***o odroczenie wprowadzenia obowiązku zawarcia przez podmioty lecznicze prowadzące szpital umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych***

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o odroczenie obowiązku zawarcia przez podmioty lecznicze prowadzące szpital umowy ubezpieczenia na rzecz pacjenta z tytułu zdarzeń medycznych.

Stosownie do art. 17 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. 2013.217 j.t., dalej: u.d.l.) podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 2 umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Obowiązek ten został przewidziany z dniem 1 stycznia 2016 r., zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742, z późn. zm.). Taki stan prawny wymaga rozpoczęcia w drugiej połowie 2015 r. procedur zawarcia w/w umów przez podmioty prowadzące szpital. Z uwagi na konieczność podjęcia pilnych prac nad modyfikacją pozasądowego i bez konieczności dowodzenia winy modelu dochodzenia roszczeń z tytułu szkód medycznych w Polsce, Okręgowa Rada Lekarska apeluje o odroczenie realizacji obowiązku zawierania takich umów, aby w tym czasie dokonać koniecznych zmian legislacyjnych.

**UZASADNIENIE**

Art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nakłada na podmioty lecznicze prowadzące szpital wyraźny obowiązek zawarcia dwóch rodzajów umów ubezpieczenia:

1) umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, dalej: ubezpieczenie OC;

2) umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która obejmuje

zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, dalej: ubezpieczenie na rzecz pacjenta.

W związku z tym, należy zwrócić uwagę na kilka kluczowych kwestii:

1. Zakres przedmiotowy obu ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia OC obejmuje szkody będące następstwem tylko udzielania świadczeń zdrowotnych i niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych, w tym szkody powstałe w wyniku bezpodstawnej odmowy świadczenia zdrowotnego albo zbyt wczesnego zaprzestania udzielania takich świadczeń, wówczas gdy istniała obiektywna przesłanka do ich kontynuacji. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód będących następstwem udzielania świadczeń innych niż zdrowotne.

Ubezpieczenie na rzecz pacjenta także obejmują szkody będące następstwem udzielania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, które już wchodzi w zakres ubezpieczenia OC. Natomiast różnica pomiędzy tymi dwoma ubezpieczeniami polega na tym, iż w przypadku ubezpieczenia na rzecz pacjenta ustawodawca określa zdecydowanie węższy niż przy ubezpieczeniu OC, jakie zdarzenie może być skutkiem takiej szkody, tj. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną; diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ubezpieczenie na rzecz pacjenta ma w tym wypadku również postać ubezpieczenia z tytułu ponoszenia odpowiedzialności cywilnej.

Tym samym można mówić o nakładaniu się zakresów przedmiotowych dwóch rodzajów ubezpieczenia, de facto z tytułu odpowiedzialności cywilnej, choć funkcjonującymi pod różnymi tytułami.

2. Podstawa odpowiedzialności. O tym, z którego rodzaju ubezpieczenia szkoda zostanie rekompensowana, decyduje de facto poszkodowany poprzez wybór drogi dochodzenia roszczeń. Wypłata z ubezpieczenia OC jest jednocześnie uzależniona od stwierdzenia stopnia winy sprawcy szkody, natomiast w przypadku ubezpieczenia na rzecz pacjenta, wprawdzie nie ustala się stopnia winy, ale wojewódzkie komisje do spraw

orzekania o zdarzeniach medycznych muszą ustalić, iż postępowanie sprawcy szkody było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Tym samym, obowiązujący system pozasądowej rekompensaty szkód nie pozwala na rekompensatę zdarzeń niepożądanych, często będących następstwem niepowodzenia terapeutycznego, i w istocie nie rozszerzył zakresu przedmiotowego rekompensaty szkód na te zdarzenia, które nie były dotychczas i nie są nadal objęte zakresem ubezpieczenia OC. Taki stan faktyczny nie jest wystarczający, aby chronić słuszne interesy pacjentów, którzy doznali szkód w następstwie zdarzeń niepożądanych, którym nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną, dochowaniem staranności i reguł ostrożności - lekarz nie mógł zapobiec, ich przewidzieć, czy przed nimi uchronić pacjenta.

3. Obciążenia finansowe szpitali. Ciężar funkcjonowania pozasądowego modelu rekompensaty szkód został całkowicie przerzucony na podmioty prowadzące szpitale, a w szerszej perspektywie również na pacjentów - jest to podwójny ciężar finansowy opłacania składki wynikający z dwóch rodzaj ubezpieczeń i wypłaty wysokich odszkodowań. W przypadku ubezpieczenia OC szpitali, szczegółowe warunki ubezpieczenia obowiązkowego określa rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, które weszło w życie w dniu 1 stycznia 2012 r., które określa m.in. minimalną sumę gwarancyjną w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy w zależności od rodzaju prowadzonej działalności leczniczej. Na skutek nowelizacji ustawy o działalności leczniczej dodano w ramach art. 25 ustępy 1a-1f, doprecyzowano warunki ubezpieczenia podmiotu leczniczego, w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z treścią ustępu 1a suma ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, jest uzależniona od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego oraz wynosi nie mniej niż 300 000 złotych, przy czym suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1 000 złotych (zgodnie z ustępem 1b).

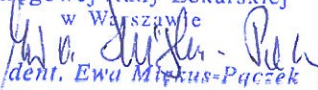
Należy podkreślić, iż zarówno składki na te dwa rodzaje ubezpieczeń, jak i górna kwota sum gwarancyjnych ubezpieczeń są narzucone i nie stanowią w Polsce przedmiotu

kalkulacji z uwagi na rzeczywiste ryzyko zaistnienia szkody w konkretnym podmiocie leczniczym. W Polsce nie ma obowiązku prowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych. Ponadto, obciążenie szpitali obowiązkiem dwóch rodzajów ubezpieczeń nie chroni przed koniecznością wypłat bardzo wysokich odszkodowań zasądzanych przez sądy powszechne w oderwaniu od sum gwarancyjnych posiadanych ubezpieczeń.

4. Pozorne polepszenie sytuacji poszkodowanych pacjentów. Wbrew idei wprowadzenia ustawowych zapisów o postępowaniach przed komisjami wojewódzkimi, nie przyspieszyły one dochodzenia roszczeń przez pacjentów lub ich bliskich. Przyczyn tego zjawiska jest wiele. Między innymi nieprzemysłane, niedoprecyzowane i sprzeczne ze sobą rozwiązania prawne. W ten sposób nie unika się długiego postępowania, mającego wyjaśnić, czy faktycznie doszło do zdarzenia medycznego. Obecny model pozasądowego postępowania nie pozwala poszkodowanym pacjentom lub ich bliskim na szybkie dochodzenie swoich roszczeń.

Zasady ustalania wysokości proponowanego świadczenia zostały natomiast określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. poz. 750). Dotychczasowa praktyka wskazuje, iż zarówno z uwagi na liczbę wypłat odszkodowań z ubezpieczenia na rzecz pacjenta, wysokość proponowanych odszkodowań, jak i z uwagi na koszty jakie ponoszą podmioty prowadzące szpitale w związku z podwójnym ubezpieczeniem tych samy ryzyk - korzyści finansowe z obecnego stanu prawnego odnosi tylko ubezpieczyciel.

W związku z powyższym Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, po konsultacji z przedstawicielami organizacji pacjentów - występuje z propozycją podjęcia pilnych prac legislacyjnych nad modyfikacją pozasądowego modelu rekompensaty zdarzeń niepożądanych i stworzenia spójnego funduszu kompensacji szeroko pojętych zdarzeń medycznych bez konieczności dowodzenia winy. Tym samym odroczenie wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia placówek z tytułu zdarzeń medycznych jest niezbędne i bardzo pilne.

Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie  
  
lek. dent. Ewa Miłkus-Pączek

PREZES  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie  
  
lek. Andrzej Sawoni