

Mateusz Kościelniak

starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – część 2 – obowiązkowe ubezpieczenie podmiotów zobowiązanych do naprawienia szkody

Celem niniejszego opracowania, które stanowi kontynuację tematyki związanej z odpowiedzialnością odszkodowawczą za zdarzenia medyczne jest wskazanie kręgu podmiotów, które mogą – w zależności od okoliczności faktycznych – ponosić odpowiedzialność za zdarzenia medyczne. Należy zwrócić uwagę, że szpitale, lekarze, a nawet pielęgniarki są zobowiązani zawrzeć obowiązkowe umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W przedmiotowym artykule wskazane zostaną zatem najważniejsze rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych związanych z działalnością leczniczą, medyczną oraz zakres i warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego

W pierwszej kolejności, zobowiązane do posiadania obowiązkowego ubezpieczenia OC są podmioty lecznicze. Wyjaśniając pojęcie podmiotu leczniczego należy zwrócić uwagę na definicję zawartą w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217). Definicja ta wskazuje, że podmiotami wykonującymi działalność leczniczą są: przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W rozumieniu tej definicji za podmiot wykonujący działalność leczniczą uważa się również lekarza i pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową w formach określonych w art. 5 ustawy o działalności leczniczej (m.in.: lekarze bądź pielęgniarki w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, spółki jawnej).

Ustawodawca nakłada zatem na osoby prawne, jednostki organizacyjne wykonujące działalność leczniczą, pielęgniarki oraz lekarzy wykonujących zawód w ramach działalności

lecniczej jako indywidualną praktykę obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w art. 25 ustawy o działalności leczniczej. Przede wszystkim przepis ten określa zakres umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. Norma wskazuje, że odpowiedzialność cywilna wynikająca z umowy obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz obejmuje szkody powstałe w wyniku zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powyższe oznacza, iż zakres ubezpieczenia jest dosyć szeroki, bowiem obejmuje on nie tylko zdarzenia medyczne zdefiniowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale również szkody wynikające z udzielaniem świadczeń zdrowotnych bądź zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego (pod warunkiem, że zaniechanie to było bezprawne). Istotne jest również, że suma gwarancyjna ubezpieczenia (kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności) w przypadku szpitali jest uzależniona od sumy łóżek szpitalnych, jednakże nie może ona wynosić mniej niż 300 000 zł. Zgodnie z art. 25 ust. 1b ustawy, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1000 zł. Przepis ten pozwala również w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawrzeć zastrzeżenie franszyzy integralnej bądź udziału własnego ubezpieczającego, jednakże do wysokości nie większej niż 50% sumy ubezpieczenia. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej zawiera również upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia. Szczegółowe warunki ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729). Rozporządzenie to określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia. Jak wskazuje się w § 2 ww. rozporządzenia, ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenie to natomiast nie obejmuje

szkód wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej; polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy; polegających na zapłacie kar umownych; powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Należy też mieć na uwadze, że § 2 ust. 4 omawianego rozporządzenia wskazuje, że ubezpieczenie OC obejmuje wszelkie szkody w zakresie określonym w rozporządzeniu bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. A zatem, ustawodawca określa w rozporządzeniu sztywne ramy zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela bez możliwości ich modyfikacji przez strony umowy. Wartość minimalnych sum gwarancyjnych została określona natomiast w § 3 omawianego rozporządzenia. W odniesieniu do podmiotów leczniczych (innych niż szpitale) suma gwarancyjna na jedno zdarzenie wynosi 75 000 euro (na wszystkie zdarzenia 350 000 euro). Dla szpitali suma gwarancyjna wynosi 100 000 euro na jedno zdarzenie, natomiast 500 000 euro na wszystkie zdarzenia. Jeżeli chodzi o lekarza wykonującego indywidualną praktykę zawodową to suma ubezpieczenia wynosi 75 000 euro na jedno zdarzenie, a na wszystkie zdarzenia 350 000 euro. Dla pielęgniarki wykonującej praktykę zawodową suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi 30 000 euro na jedno zdarzenie, a na wszystkie zdarzenia 150 000 euro.

Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z treścią art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), świadczeniodawca podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Za świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. b i d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rozumie się osobę fizyczną inną niż podmiot wykonujący działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne

będące przedmiotami ortopedycznymi. Przepis art. 136b ust. 2 ww. ustawy zawiera delegację ustawową do wydania rozporządzenia określającego szczegółowy zakres ubezpieczenia świadczeniodawców. Zgodnie z § 1 w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1728) ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczenia za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikające z działania lub zaniechania ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, powstałych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią § 2 ust. 2 rozporządzenia, ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy; polegających na zapłacie kar umownych; powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Również i w tym przypadku, ustawodawca przyznaje stronom uprawnienia do umownego ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym świadczeniodawca obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 4 omawianego rozporządzenia wysokość minimalnych sum gwarancyjnych dla świadczeniodawcy będącego osobą fizyczną inną niż podmiot wykonujący działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej wynosi 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy. W przypadku świadczeniodawcy będącego podmiotem realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, minimalna wysokość sumy ubezpieczenia wynosi 10 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 50 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy.

Charakter odpowiedzialności ubezpieczyciela

Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC uzależniony jest oczywiście od możliwości przypisania odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającemu. Ubezpieczyciel odpowiada gwarancyjnie na mocy umowy ubezpieczenia zawartej ze sprawcą, który jednocześnie w stosunku prawnym ubezpieczenia występuje w charakterze ubezpieczającego.

W razie wyrządzenia szkody osobie trzeciej, na skutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia OC, pomiędzy poszkodowanym, ubezpieczonym i ubezpieczycielem wystąpi szereg powiązanych ze sobą relacji prawnych. Między poszkodowanym a ubezpieczonym powstaje roszczenie o naprawienie szkody, którego źródło stanowią przepisy o odpowiedzialności deliktowej. Fakt powstania tego roszczenia determinuje zarazem powstanie odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela, który zobowiązany jest do wypełnienia zobowiązań ciążących na nim z racji umowy ubezpieczenia łączącej go z ubezpieczającym. Poszkodowany może też żądać naprawienia wyrządzonej mu szkody bezpośrednio od ubezpieczyciela – oczywiście w ramach ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez tego ostatniego.

Poszkodowany na podstawie art. 822 § 4 k.c. może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Oznacza to, iż poszkodowany na skutek błędu medycznego czy innego zdarzenia rodzącego odpowiedzialność podmiotów wskazanych w opracowaniu może skierować swoje roszczenia zarówno bezpośrednio do sprawcy (np. lekarza wykonującego zabieg, szpitala) jak również do jego ubezpieczyciela odpowiadającego gwarancyjnie. Przeważnie w praktyce związanej ze zgłaszaniem roszczeń odszkodowawczych, po zgłoszeniu roszczenia odszkodowawczego bezpośrednio do sprawcy, sprawca wskazuje poszkodowanemu numer polisy oraz ubezpieczyciela, do którego powinien on zgłosić roszczenia odszkodowawcze. Należy pamiętać jednak, że w razie doznania szkody na skutek błędu medycznego odpowiedzialność solidarną (tzw. niewłaściwą) ponosi sprawca szkody razem z ubezpieczycielem. Odpowiedzialność solidarna tych osób oznacza, iż poszkodowany (wierzyciel) może żądać całości lub części świadczenia odszkodowawczego od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregośkolwiek z dłużników zwalnia pozostałych. Aż do zupełnego zaspokojenia wierzyciela wszyscy dłużnicy solidarni pozostają zobowiązani.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1354/12), gdzie wskazano, że odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony sprawca. Nie oznacza to jednak, że między zakresem odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego sprawcy a odpowiedzialnością ubezpieczyciela można postawić znak równości. Odpowiedzialność ubezpieczonego sprawcy musi mieścić się w granicach ochrony udzielonej przez ubezpieczyciela, a poza tym musi wystąpić wypadek ubezpieczeniowy, czyli zdarzenie, które strony w umowie ubezpieczenia określiły jako przyczynę uzasadniającą odpowiedzialność ubezpieczyciela. Zakres ochrony ubezpieczeniowej wyznacza przewidziana w umowie suma gwarancyjna, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Z chwilą wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego poszkodowanemu przysługuje bezpośrednio przeciwko ubezpieczycielowi roszczenie prawno-ubezpieczeniowe, które w doktrynie kwalifikowane jest jako specyficzna figura prawna, niepodlegająca zaliczeniu do tradycyjnej konstrukcji roszczenia deliktowego czy kontraktowego (*actio directa*). W relacji ubezpieczyciel – poszkodowany mają zastosowanie zarówno przepisy prawa ubezpieczeń, jak i przepisy prawa cywilnego dotyczące obowiązku naprawienia szkody, natomiast poszkodowany zajmuje na gruncie tych zasad szczególną pozycję prawną, ponieważ przysługują mu dwa odrębne roszczenia. Zachodzi między nimi ścisła współzależność polegająca na tym, że oba roszczenia istnieją obok siebie dopóty, dopóki jedno z nich nie zostanie zaspokojone. Poszkodowany nie może uzyskać dwóch odszkodowań, a o tym, w jaki sposób i w jakiej kolejności nastąpi realizacja przysługującego mu odszkodowania decyduje sam, kierując żądanie przeciwko ubezpieczonemu albo ubezpieczycielowi, albo przeciwko obu nim równocześnie. W razie pozwania obu wymienionych podmiotów nie ma podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności sprawcy szkody i ubezpieczyciela. W sytuacji, w której dwaj dłużnicy na podstawie różnych stosunków prawnych łączących ich z wierzycielem mają spełnić na jego rzecz to samo świadczenie, może być wykorzystana konstrukcja odpowiedzialności *in solidum*.

Należy też zwrócić uwagę, iż skierowanie roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio do ubezpieczyciela jest pewnym zabezpieczeniem finansowym dla poszkodowanego. Z reguły, ubezpieczyciele są bardziej wypłacalni aniżeli sprawcy szkody. Ubezpieczyciele dysponują bowiem rezerwami finansowymi przeznaczonymi na realizację roszczeń odszkodowawczych.

Reasumując powyższe, należy stwierdzić, że istnienie systemu obowiązkowych ubezpieczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz udzielających świadczeń zdrowotnych pozwoli lepiej zabezpieczyć interesy osób poszkodowanych. Pozytywnie należy również ocenić istnienie minimalnych sum gwarancyjnych na poziomie określonym w przytoczonych wyżej rozporządzeniach. Oczywiście ustawodawca wskazuje pewne minimum, które powinno być zachowane przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jednakże brak jest jakichkolwiek przeszkód do tego, aby strony umówiły się na wyższą sumę ubezpieczenia. Częstość roszczenia odszkodowawcze wynikające z błędów medycznych są dosyć wysokie (zadośćuczynienie, renty, odszkodowania majątkowe), a spory niezwykle skomplikowane. Osiągnięcie maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia pozwoli w pełni zagwarantować „wypłacalność” ubezpieczyciela oraz zrealizować prawo poszkodowanego do należnych mu świadczeń.