

Małgorzata Serwach

Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce

Obowiązujące od 1 stycznia 2012 r. regulacje określające zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych budziły wiele wątpliwości dotyczących charakteru prawnego umowy ubezpieczenia z tytułu tych zdarzeń (ubezpieczenie obowiązkowe czy ubezpieczenie dobrowolne; ubezpieczenie z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków czy ubezpieczenie OC) oraz samej odpowiedzialności podmiotów leczniczych. Zastrzeżenia zgłaszane w praktyce dotyczyły dodatkowego obciążenia szpitali obowiązkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, a w razie braku ubezpieczenia lub wyczerpania sumy ubezpieczenia – koniecznością zaspokojenia roszczeń wnioskodawcy. Wątpliwości praktyczne i prawne spowodowały nowelizację obowiązujących przepisów, w szczególności zmianę kwalifikacji ubezpieczenia z dniem 30 czerwca 2012 r. na ubezpieczenie dobrowolne.

Autorka analizuje wprowadzone zmiany, wskazując na ich niedoskonałości. Omawia powstałe zastrzeżenia interpretacyjne oraz ocenia sytuację podmiotów leczniczych, które nie posiadają odpowiedniego ubezpieczenia. Rozpatruje sytuację szpitali, które zawarły umowę ubezpieczenia obowiązkowego oraz możliwość jej rozwiązania w związku z wprowadzoną nowelizacją. Na zakończenie przedstawia wątpliwości, jakie mają członkowie Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w związku z prowadzonymi postępowaniami.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, podmioty lecznicze, ubezpieczenia obowiązkowe, prawo medyczne, rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

1. Uwagi wprowadzające

Wprowadzenie przepisów określających zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych do polskiego systemu ochrony zdrowia od samego początku ich obowiązywania spotkało się z dużym zainteresowaniem nauki prawa oraz praktyki¹. Główną przyczyną uchwalenia nowych przepisów było zapewnienie pacjentom dodatkowej ochrony w szczególności w takich przypadkach, gdy na skutek wystąpienia określonego uszczerbku (uszkodzenie ciała, rozstroju zdrowia) niezbędne jest niezwłoczne uzyskanie środków pieniężnych potrzebnych do naprawienia powstałej szkody². Ustalenie przez Komisję Wojewódzką zdarzenia medycznego w terminie

¹ E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011; E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2011, nr 1, s. 3 i n.; M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 3, 17 i n.

² Do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm. (dalej jako „pr.pacj.”) został wprowadzony nowy rozdział 13a zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”.

4 miesiący od chwili złożenia wniosku oraz szybka wypłata należnego świadczenia przez ubezpieczyciela (proponycja wysokości świadczenia powinna być złożona w terminie 30 dni od doręczenia orzeczenia) miały stanowić gwarancję skuteczności nowego systemu³.

Pomimo słusznych motywów wprowadzenia analizowanego rozwiązania, w doktrynie prawa medycznego wskazywano na wątpliwości związane z interpretacją oraz określeniem charakteru prawnego nowego ubezpieczenia, jak i samej odpowiedzialności⁴. Powstaje bowiem zasadnicze pytanie, czy celem ustawodawcy było wprowadzenie „nowej” odpowiedzialności szpitali, czy też jedynie nowego rodzaju ubezpieczenia. Ocenę komplikuje fakt, że w razie niezawarcia przez szpital umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych lub wyczerpania sumy ubezpieczenia podmiot leczniczy „wstępuje w miejsce ubezpieczyciela”. W ten sposób wyłania się (może nawet niezamierzona przez ustawodawcę) odpowiedzialność szpitali, nawet jeśli nie miałyby ona charakteru odpowiedzialności sprawczej, a jedynie odpowiedzialności subsydiarnej, związanej z wystąpieniem zdarzenia medycznego oraz brakiem ochrony ubezpieczeniowej⁵.

Niezależnie od zasygnalizowanych zastrzeżeń, niewątpliwie aby „odciążyć” szpitale⁶ i uchronić przed roszczeniami pacjentów, przewidziano ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych, które zakwalifikowano jako ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków⁷. Problem polega jednak na tym, że zgodnie z treścią art. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁸ ubezpieczeniem obowiązkowym może być jedynie ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lub ubezpieczenie mienia (budynków rolniczych). Z tego chociażby powodu sporna jest ustawowa kwalifikacja, chyba że wskazane ubezpieczenie nie miało mieć charakteru ubezpieczenia obowiązkowego⁹. O istocie zagadnienia i wadze wątpliwości może świadczyć fakt, że w jednej z publikacji, odnoszącej się do wskazanej problematyki, wybitni przedstawiciele nauki prawa nie tylko zajmują odmienne stanowiska, ale

³ Na temat procedury dochodzenia roszczeń przed Komisją Wojewódzką ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (dalej jako „Komisja”) zob. M. Serwach, *Zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 4, s. 29 i n.

⁴ Zob. M. Serwach, *Zasady i tryb ustalania odszkodowania...*, s. 29 i n. Por. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, Prawo Asekuracyjne 2012, nr 1, s. 3 i n.

⁵ W takim przypadku, jeśli nie mielibyśmy do czynienia z odpowiedzialnością szpitali, co – moim zdaniem – jest dyskusyjne, podmiot leczniczy we wskazanej sytuacji byłby postawiony w roli gwaranta, co nie tylko nie poprawia jego sytuacji, ale wręcz ją pogarsza w stosunku do innych uczestników rynku zdrowia (innych podmiotów leczniczych, praktyk lekarskich itd.).

⁶ Odciążenie szpitali polega bowiem na powstaniu nowego zobowiązania do zapłaty składki ubezpieczeniowej.

⁷ Takiej kwalifikacji dokonał ustawodawca w czasie procesu legislacyjnego.

⁸ Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.

⁹ Wydaje się, że ustawodawca nie miał wyraźnej koncepcji co do charakteru nowego rodzaju ubezpieczenia, nie dostrzegł też wskazanej sprzeczności wynikającej z powołanych przepisów.

odwołują się do zapatrywań innych autorów, które nigdy nie zostały przez nich wyrażone¹⁰.

Zastrzeżenia interpretacyjne potęguje fakt, że nie zostały wydane przepisy wykonawcze regulujące warunki omawianego ubezpieczenia¹¹. Jedynie w rozporządzeniu, wydanym przez Ministra Zdrowia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, doprecyzowano sposób wyliczenia świadczenia należnego wnioskodawcy¹². Treść rozporządzenia budzi uzasadnione wątpliwości co do zasadności tak skrupulatnego określenia procentowego uszczerbku oraz maksymalnych kwot świadczenia w przypadku wystąpienia oznaczonego stopnia pogorszenia stanu zdrowia, pogorszenia się jakości życia rozumianej jako konieczność zapewnienia opieki osób trzecich, utratę zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości kontynuowania nauki, a także w razie wystąpienia uciążliwości leczenia lub innej krzywdy pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym¹³. Przyjęte rozwiązanie powoduje, że w przypadku wydania przez Komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym ubezpieczyciel będzie zobowiązany do przeprowadzenia swoistego rodzaju postępowania wyjaśniającego, aby wyliczyć kwotę należnego świadczenia. Pacjent, składając wniosek, ma bowiem jedynie obowiązek podania wysokości zgłaszanego roszczenia (oscyłującego zazwyczaj w górnych granicach ustawowych) oraz dołączenia dowodów uprawdopodobniających wystąpienie zdarzenia medycznego. Komisja dokonuje wprawdzie ustalenia zaistnienia tego zdarzenia, w tym faktu uszkodzenia ciała lub powstania rozstroju zdrowia, nie ma natomiast uprawnienia do wyliczenia wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia nawet w takiej sytuacji, gdy nie zostanie zgłoszona żadna propozycja przez zobowiązanego.

¹⁰ Z takim przypadkiem mamy do czynienia w artykule E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, Prawo Asekuracyjne 2012, nr 1, s. 13, w którym autorzy zajmują przeciwstawne stanowiska w tak zasadniczej kwestii, jak określenie charakteru prawnego omawianego ubezpieczenia (obowiązkowe, nieobowiązkowe). Jednocześnie na s. 22 w przypisie 69 autorzy wskazują, że „według niektórych autorów, omawiana tu odpowiedzialność szpitala jest objęta ubezpieczeniem OC placówek medycznych”. Wniosek taki został wyprowadzony z zacytowanego z mojej publikacji zdania, że „surową odpowiedzialność szpitala ma zniwelować obowiązek posiadania odpowiedniego ubezpieczenia”. Tymczasem ze wskazanego sformułowania w żaden sposób nie wynika, że omawiana odpowiedzialność jest objęta ubezpieczeniem OC placówek medycznych.

¹¹ Stanowi to swoistego rodzaju *novum* w regulacji ubezpieczeń obowiązkowych i rodzi uzasadnione pytanie, czy w takim razie wprowadzone ubezpieczenie od samego początku miało mieć charakter ubezpieczenia obowiązkowego, czy też ubezpieczenia innego rodzaju (dobrowolne, przymusowe).

¹² Dz. U. z 2012 r. poz. 207.

¹³ Po zakwalifikowaniu uszczerbku na zdrowiu do jednej z grup świadczeń ubezpieczyciel jest obowiązany dokonać oceny jego wysokości, z tym że w przypadku, gdy:

1) długo trwały uszczerbek na zdrowiu wynosi do 80%,

2) trwały uszczerbek na zdrowiu wynosi do 80%

– kwotę świadczenia ustala się jako iloczyn procentu uszczerbku na zdrowiu i maksymalnej kwoty świadczenia ustalonej dla danej grupy;

3) uszczerbek na zdrowiu wynosi więcej niż 80% – kwotę świadczenia ustala się w wysokości kwoty maksymalnej dla danej grupy.

Dodatkowo, z brzmienia poszczególnych przepisów, w tym § 2 powołanego rozporządzenia, wynika, że jest ono kierowane do ubezpieczyciela, o czym może świadczyć sformułowanie „ubezpieczyciel ustala”. W konsekwencji może rodzić się pytanie, czy te same zasady powinny być stosowane w odniesieniu do podmiotu leczniczego, który proponuje odpowiednią kwotę świadczenia w sytuacji, gdy nie zawarł umowy ubezpieczenia lub doszło do wyczerpania sumy ubezpieczenia. Takie wydaje się *ratio legis* unormowania, ale generalne odsłanie z art. 67k ust. 10 pr.pacj. nie odwołuje się do ust. 7, który przewiduje maksymalne kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia i stał się podstawą do wydania przepisów wykonawczych (ust. 11). W postanowieniach rozporządzenia zostały też chyba przekroczone granice upoważnienia ustawowego. Trudno bowiem wskazać, z jakich powodów Minister Zdrowia rozbił należną spadkobiercom kwotę świadczenia przewidzianą w przepisach ustawy pr.pacj. w wysokości 300 000 zł. Uznał bowiem, że wysokość należnego zadośćuczynienia nie może przekroczyć 100 000 zł, natomiast odszkodowania 200 000 zł (§ 6 pkt 2).

Dotychczasowa praktyka pokazała także inne problemy. Wbrew pierwotnym oczekiwaniom tylko jeden ubezpieczyciel na polskim rynku ubezpieczeniowym wprowadził do swojej oferty nowy rodzaj ubezpieczenia¹⁴. Brak konkurencji spowodował – zdaniem wielu kierowników podmiotów leczniczych – określenie wysokości należnej składki na bardzo wysokim poziomie. Prawdą jest, że trudno oszacować ryzyko dla nowego rodzaju ryzyka, a brak konkurencji może mieć wpływ na wysokość świadczenia przekazywanego ubezpieczycielom w zamian za udzieloną ochronę. Zarządzający podmiotami leczniczymi uznali zatem, że nie będą zawierać umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych ze względu na wysokość proponowanej składki oraz ograniczone możliwości finansowe wielu placówek medycznych¹⁵. W efekcie, w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego na terenie nieubezpieczonego podmiotu leczniczego, szpital będzie musiał samodzielnie pokryć wyrządzoną pacjentowi szkodę. W ten sposób nie został osiągnięty jeden z podstawowych celów wprowadzenia nowych przepisów, nie tylko bowiem nie ochroniono placówek przez ryzykiem ponoszenia dodatkowych kosztów związanych ze szkodami medycznymi, a wręcz przeciwnie – obarczono je w sposób pośredni nowymi zobowiązaniami finansowymi¹⁶.

¹⁴ Natomiast zagraniczni ubezpieczyciele nie są zainteresowani ze względu na „nieprzewidywalność” polskiego rynku medycznego i ubezpieczeniowego.

¹⁵ Ustawodawca nałożył dodatkowy obowiązek na kierownika podmiotu leczniczego. w tym także na zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą – osobę uprawnioną do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz. Powinien on niezwłocznie (zatem tak szybko, jak to możliwe) nie później jednak niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia przekazać dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia, wystawione przez ubezpieczyciela organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

¹⁶ Nadal podtrzymuję stanowisko, że szpital ponosi zatem odpowiedzialność, powstaje tylko pytanie, jaki ma ona charakter. Zagadnienie to nabiera dużego znaczenia w sytuacji, gdy z braku odpowiedniego ubezpieczenia, zobowiązany do wypłaty świadczenia będzie sam podmiot leczniczy. Zob. M. Serwach, *Charakterystyka...*, op. cit., s. 18.

2. Nowelizacja przepisów odnoszących się do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych

Z dniem 30 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw¹⁷ zmieniająca kwalifikację ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w określonym czasie (do 31 grudnia 2013 r.). W ten sposób omawiane ubezpieczenie w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 29 czerwca 2012 r. miało charakter ubezpieczenia obowiązkowego, po to, aby od 30 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. stać się ubezpieczeniem dobrowolnym, a następnie od 1 stycznia 2014 r. ponownie nabrać obligatoryjnego charakteru. Podjęte działania wyraźnie wskazują, że ustawodawca nie mając koncepcji, jakie rozwiązanie powinno być *de facto* przyjęte, stosuje metodę „odłożenia problemu na później”. Podstawowym motywem wprowadzenia omawianej nowelizacji był bowiem fakt, że większość szpitali nie zawierała umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, w konsekwencji istniało zagrożenie, że organ założycielski wystąpi z wnioskiem o wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru¹⁸. Ryzyko zastosowania niniejszej sankcji, a jednocześnie swoistego rodzaju niemożliwość jej zastosowania (trudno sobie wyobrazić sytuację, w której organ rejestrowy występowałby o wykreślenie szpitala jedyne na terytorium danej gminy lub wysokospecjalistycznego z oddziałem SOR) prowadziły do powstania bardzo trudnej sytuacji faktycznej i prawnej¹⁹.

Przesunięcie w czasie konieczności rozstrzygnięcia zagadnienia związanego z możliwością wystąpienia zdarzenia medycznego oraz obciążeniem szpitali koniecznością opłacenia dodatkowej składki nie tylko nie prowadzi do jego rozwikłania, ale wręcz przeciwnie – stwarza kolejne wątpliwości. Pomijając kwestię, że kierownicy podmiotów leczniczych, którzy działali zgodnie z prawem zawierając umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych uznali, że zostali w ten sposób „ukarani”, powstaje uzasadnione pytanie, jaki charakter mają po 30 czerwca br. zawarte przez nich umowy ubezpieczenia. Czy zmiana kwalifikacji prawnej dotyczy wszystkich stosunków ubezpieczeniowych, w konsekwencji ich umowy ubezpieczenia mają również charakter dobrowolny i mogą być w każdym czasie rozwiązane na podstawie zgodnego porozumienia stron? Wydaje się bowiem, że dokonana w nowelizacji przepisów ustawy o działalności leczniczej zmiana ustawowej kwalifikacji przecięła spory, czy wprowadzone z dniem 1 stycznia 2012 r. ubezpieczenie miało – przynajmniej z założenia –

¹⁷ Dz.U. z 2012 r. poz. 742. Zmiana powyższa została wprowadzona do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

¹⁸ Organami tymi są odpowiednio: wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych. Na marginesie można dodać, że organami rejestrowymi są także: okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu do tych praktyk oraz okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę – w odniesieniu do tych praktyk.

¹⁹ Z tego też powodu 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).

charakter obowiązkowy. Nieracjonalne byłoby dokonywanie nowelizacji zmieniającej ubezpieczenie „nieobowiązkowe” na dobrowolne.

Niezależnie od zasygnalizowanych zastrzeżeń, analizowana nowelizacja dowodzi, że w praktyce mogą być dokonane trojakiemu rodzaju modyfikacje. Rozwiązaniem podstawowym jest uzależnienie „sumy ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego”. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1000 zł. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia²⁰ w zakresie leczenia szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10%. Uzależnienie minimalnej sumy ubezpieczenia od równowartości iloczynu liczby łóżek w szpitalu pozwala na uznanie, że dopuszczalne jest także obniżenie wskazanej w konkretnej umowie ubezpieczenia kwoty; wysokość sumy ubezpieczenia nie może być jednak niższa niż 300 000 zł.

Innym dopuszczalnym rozwiązaniem jest wprowadzenie do umowy ubezpieczenia tzw. zagregowanej franszyzy integralnej w oznaczonej wysokości nie wyższej niż 50% sumy ubezpieczenia. Franszyza integralna oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. Ustawodawca przewidział jednocześnie rozłożenie ciężaru naprawienia szkody. Szpital jest bowiem „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 jest obowiązany powiadomić o tym fakcie ubezpieczyciela w terminie 14 dni od dnia jej dokonania. Natomiast 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 niejasne i niezrozumiałe dla podmiotów, do których jest kierowane. Stanowi ono niesłychanie skomplikowany, nieznanym dotychczas w stosunkach ubezpieczeniowych ustawowy system wyliczenia sumy ubezpieczenia, który oceniany łącznie z innymi regulacjami powoduje, że nie ma jeszcze na polskim rynku ubezpieczeniowym ani ogólnych warunków ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, ani dużego zainteresowania ubezpieczycieli omawianymi ubezpieczeniami.

²⁰ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

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% sumy ubezpieczenia. Zaproponowana przez ustawodawcę kwota udziału własnego jest bardzo wysoka, tym bardziej, że ma być ona liczona od sumy ubezpieczenia, a nie wysokości należnego świadczenia. Sformułowanie to należy chyba traktować jako lapsus ustawowy, inaczej mogłoby się okazać, że udział ubezpieczyciela wynosi w konkretnym stanie faktycznym znacznie więcej niż 50%. Pomijając wątpliwości związane z interpretacją tego postanowienia powstaje pytanie, jaki jest interes podmiotu leczniczego, aby zawierając umowę dobrowolnego ubezpieczenia, płacąc składki ubezpieczeniowe, w połowie ponosić ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego. Biorąc pod uwagę wysokość składek nie jest łatwo wykazać zasadność istnienia umowy ubezpieczenia, w której ryzyko może być rozłożone po połowie pomiędzy podmiot, który zawodowo trudni się udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej i podmiot, którego zadaniem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewidziane rozwiązania budzą też wiele praktycznych zastrzeżeń. Jak wcześniej wskazano, niezrozumiałym jest mechanizm określenia wysokości sumy ubezpieczenia, nawet ten, który przez ustawodawcę traktowany jest jako podstawowy. Trudno ustalić, z jakich powodów kryterium stanowi liczba łóżek, a nie liczba chorych hospitalizowanych w danym szpitalu. Możliwość wystąpienia zdarzenia w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub śmierci odnosi się do pacjenta, tylko on może bowiem ponieść szkodę na osobie²¹. Nie zostało ponadto doprecyzowane, w jakiej chwili należy „liczyć” łóżka. Po zawarciu umowy ubezpieczenia może dojść nie tylko do zmiany przyjętej wartości, ale też do likwidacji konkretnego oddziału lub przeciwnie – do powstania nowego. Czy w takim przypadku ubezpieczyciel będzie uprawniony do żądania podwyższenia składki ubezpieczeniowej i czy w ogóle dojdzie do zwiększenia jego odpowiedzialności? Osobną kwestię stanowi kontrola dokonanego wyliczenia (liczba łóżek może być zaniżona) oraz ocena skomplikowanego mechanizmu wyliczenia, który wydaje się wypaczać samą ideę wprowadzenia ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Jeszcze więcej zastrzeżeń budzą dwie kolejne możliwości modyfikacji umowy ubezpieczenia, które powodują przerzucenie na podmiot leczniczy części ryzyka. Nie sposób dopatrzeć się interesu szpitala w opłacaniu składki, a następnie partycypowaniu z podmiotem, który składkę otrzymał, w tak dużej części świadczenia. W praktyce może się okazać, że zaakceptowanie przez ubezpieczyciela franszyzy integralnej spowoduje, że przy małej liczbie zdarzeń medycznych lub przy niskich kwotach wypłaconego odszkodowania lub zadośćuczynienia szpital opłaci składkę ubezpieczeniową, a pomimo to będzie odpowiadał do wysokości „zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu”, w konsekwencji nie zostanie uruchomiona odpowiedzialność ubezpie-

²¹ Przewrotnie mówiąc, jedno łóżko może być przez wiele dni, a nawet miesięcy „zajęte” przez jednego pacjenta, a na innych oddziałach może być już duża rotacja chorych.

czyciela. Jeżeli podmiot leczniczy posiada 1000 łóżek i zawrze umowę z ustalonym udziałem własnym w wysokości 50%, wysokość udziału własnego może też przekroczyć maksymalną sumę ubezpieczenia (300 000 zł).

Sytuację placówek medycznych komplikuje fakt, że skoro „nowe” ubezpieczenie ma charakter dobrowolny, mogą one nie uzyskać żadnej ochrony ubezpieczeniowej i w konsekwencji w pełnym zakresie ponosić będą odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych.

Lektura nowych przepisów ustawy o działalności leczniczej prowadzi zatem do wniosku, że każda kolejna ingerencja ustawodawcy zamiast polepszyć sytuację szpitali (taki był, jak się wydaje, cel wprowadzanych przepisów), w znaczący sposób ją pogarsza. Trudno też uzasadnić tak wyraźną ingerencję ustawodawcy w stosunek ubezpieczeniowy o charakterze fakultatywnym. Regułą jest w prawie polskim zasada swobody umów (art. 353¹ k.c.). Tymczasem ustawodawca w zakresie umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w znaczny sposób ją ogranicza, wprowadzając rozbudowany system wyliczenia sumy ubezpieczenia oraz sposób rozliczeń pomiędzy ubezpieczycielem i podmiotem leczniczym jako kontrahentem. Prawo ubezpieczeń nie zna drugiej takiej sytuacji, w której stosunek umowny, z założenia dobrowolny, podlegałby aż tak istotnej nadregulacji.

Na zakończenie powyższych rozważań można dodać, że dość zaskakujące jest to, iż – pomimo uchylecia obowiązku ubezpieczenia do 31 grudnia 2013 r. – nadal zachowany został przepis, zgodnie z którym obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej²².

3. Czy nowelizacja rozstrzygnęła wątpliwości dotyczące charakteru prawnego umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych?

Od początku obowiązywania analizowanych przepisów sporny był charakter prawny umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Z jednej bowiem strony ustawodawca założył, że jest to ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, zawierane przez szpital na rachunek osób trzecich (pacjentów). Z drugiej – nie wprowadził żadnych zmian do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, która nie przewiduje innych rodzajów ubezpieczeń obowiązkowych niż ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczenia mienia. Może zatem ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych jest faktycznie ubezpieczeniem OC, co powodowałoby z kolei pytanie o cel wprowadzenia kolejnego obowiązkowego ubezpieczenia OC dla jednego typu podmiotów leczniczych, czyli szpitali. Nie daje jednoznacznej odpowiedzi analiza poszczególnych przepisów, w których użyte są różne sformułowania: suma ubezpieczenia (choć w ubezpieczeniach OC jest suma gwarancyjna); ale też odszkodowanie i zadośćuczynienie – terminy cywilistyczne odwołujące się do naprawienia szkody

²² Kierownik podmiotu leczniczego niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr dokumenty ubezpieczenia, potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

majątkowej (odszkodowanie) oraz szkody niemajątkowej (zadośćuczynienie). Dodatkowo Komisja dokonuje oceny, czy uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym czy śmierć pacjenta nastąpiły na skutek działań/zaniechań (diagnoza, leczenie, zabieg operacyjny, zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego) podjętych przez podmiot leczniczy niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Wina odpowiedzialnego podmiotu z założenia ustawodawcy nie miała mieć znaczenia z punktu widzenia oceny zdarzenia medycznego, ale trudno sobie wyobrazić, aby podmiot wykonujący zawód medyczny postępował niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie dopuszczając się w ten sposób chociażby niedbalstwa. Analogicznie, w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 maja 2012 r., określającym zasady ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, wprowadzone zostały pojęcia nawiązujące do terminologii zawartej w art. 446 k.c., przepisie przewidującym roszczenia dla osób pośrednio poszkodowanych, takie jak: pogorszenie sytuacji życiowej czy krzywda podmiotu składającego wniosek.

4. Sytuacja szpitali, które zawarły umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów

Jak wcześniej wskazano, obecne regulacje przewidują, że umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych traci swój obligatoryjny charakter, wymóg posiadania odpowiedniej polisy zostanie ponownie nałożony na podmioty lecznicze od 1 stycznia 2014 r.²³. Jednocześnie, nowelizacja nie wprowadziła żadnego rozwiązania w odniesieniu do placówek, które zgodnie z uprzednio obowiązującymi przepisami zawarły umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. W szczególności nowe uormowania nie przewidziały możliwości odstąpienia od zawartej uprzednio umowy ubezpieczenia ani jej wcześniejszego rozwiązania. W konsekwencji, podmioty lecznicze mogą skorzystać jedynie z uprawnień przewidzianych w przepisach innych ustaw, w tym w postanowieniach kodeksu cywilnego. Sytuacja konkretnego podmiotu leczniczego jest jednak uzależniona od tego, czy umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych została zawarta w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych, czy też poza tym trybem. W pierwszym przypadku regulacje kodeksu cywilnego będą miały zastosowanie, jeżeli prawo zamówień publicznych nie przewiduje inaczej (art. 139 p.z.p.)²⁴. Wymaga to uprzedniego przeanalizowania, czy wszystkie postanowienia odnoszące się do odstąpienia od umowy, jej rozwiązania lub aneksowania będą miały do umów zawieranych w trybie zamówień publicznych zastosowanie w pełnym zakresie.

²³ Dlatego zgodnie z art. 11 nowelizacji ustawy do dnia 31 grudnia 2013 r. nie podlega odrzuceniu w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oferta złożona przez oferenta nieposiadającego polisy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

²⁴ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.).

Czy zatem zmiana kwalifikacji umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych odnosi się także do umów uprzednio zawartych? Z jednej bowiem strony prawo nie działa wstecz (*lex retro non agit*). Z drugiej, skoro ustawodawca zmienia kwalifikację w czasie obowiązywania przepisów nakazujących zawarcie umowy ubezpieczenia na czas określony (w czasie ich obowiązywania), w szczególności niweluje negatywne skutki niewywiązania się przez zobowiązanego z obowiązku ubezpieczenia, można wysnuć wniosek, że wprowadza przepisy, których pośrednim skutkiem jest działanie w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Wówczas dokonano by generalnej zmiany kwalifikacji omawianego ubezpieczenia i każda umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych miałaby obecnie charakter dobrowolny. W konsekwencji treść takiej umowy mogłaby ulec zmianie jak każdej innej umowie ubezpieczenia o charakterze fakultatywnym.

W konsekwencji, czy dopuszczalne jest postulowane przez wiele podmiotów leczniczych rozwiązanie umowy w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej? Prawo cywilne *expressis verbis* nie reguluje możliwości rozwiązania umowy, uznaje się jednak, że – ze względu na zasadę swobody umów – tzw. *contrarius consensus* jest w pełni dopuszczalne. Rozwiązanie umowy dokonywane jest na wniosek którejkolwiek ze stron, wymaga jednak zgodnego oświadczenia woli obu kontrahentów. Może być przeprowadzone w każdym czasie, skutkiem rozwiązania umowy jest wygaśnięcie stosunku zobowiązaniowego. Wątpliwości budzi też określenie czasu powstania skutków prawnych rozwiązania umowy. Tradycyjnie uznaje się, że rozwiązanie umowy następuje z mocą wsteczną (*ex tunc*). Umowa rozwiązująca znosi bowiem pierwotną podstawę świadczenia stron, dlatego powinien nastąpić powrót do takiej sytuacji, jaka była przed zawarciem umowy pierwotnej. Obecnie dominuje zapatrywanie, zgodnie z którym celem umowy rozwiązującej jest zakończenie stosunku umownego, natomiast skutki mogą powstać *ex nunc*. Sytuacja taka ma miejsce zwłaszcza wtedy, gdy strony spełniły już świadczenia w określonej części, a więc powstawałyby trudności z rozliczeniem stron. Wskazuje się, że skutek *ex nunc* może nastąpić w odniesieniu do trwałych zobowiązań umownych, orzecznictwo zakłada nawet niedopuszczalność rozwiązania umowy z mocą wsteczną umów, kreujących zobowiązania ciągłe²⁵. W konsekwencji można przyjąć, że określenie skutków ewentualnego rozwiązania umowy jako *ex tunc* lub *ex nunc* byłoby dopuszczalne i znajduje swoje oparcie w zasadzie swobody umów.

W przypadku umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych problem sprowadza się jednak nie tylko do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy dopuszczalne z punktu widzenia prawa jest rozwiązanie stosunku ubezpieczeniowego, ale też, czy prawo zamówień publicznych (w stosunku do placówek, które zawarły umowę w tym trybie) pozwala na takie działanie. Trzeba też pamiętać, że świadczenie ubezpieczyciela polega na udzielaniu ochrony ubezpieczenio-

²⁵ Takich jak najem, dzierżawa, franchising (wyrok SN z 15 listopada 2002 r., V CKN 1374/00. OSP 2004, nr 7–8, poz. 98; wyrok SN z 8 października 2004 r., V CK 670/03, OSN 2005, nr 9, poz. 162; wyrok SN z 23 czerwca 2005 r., II CK 739/04).

wej, wyłaniałby się zatem problem ewentualnego zwrotu składki za czas niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Kwestia ta jest o tyle istotna, że podobnie jak w ubezpieczeniach OC trudno wskazać, kiedy poszkodowany wystąpi ze swoim roszczeniem. Powstałyby zatem dodatkowe komplikacje w sytuacji, gdy po ewentualnym rozwiązaniu umowy ubezpieczenia pacjent zgłosiłby się z roszczeniem o naprawienie szkody z tytułu zdarzenia medycznego, które miało miejsce w czasie, gdy ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej²⁶. Nie tylko zatem wątpliwości wynikające z analizy obowiązujących przepisów, ale też praktyczne komplikacje przemawiają przeciwko uznaniu rozwiązania dotychczasowej umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych za dopuszczalne. Niedogodności te nie zostały dostrzeżone przez niektóre podmioty lecznicze, które występowały w ostatnim czasie do ubezpieczyciela z wnioskiem o rozwiązanie umowy.

Należy ponadto zauważyć, że możliwość rozwiązania umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w drodze porozumienia stron powoduje szereg implikacji. Odnoszą się one nie tylko do obowiązku ponownego przeliczenia składki ubezpieczeniowej. Podmiot leczniczy, który zrezygnowałby z ubezpieczenia powinien zgłosić odpowiednią zmianę w odpowiednim rejestrze. Komisja sprawdza bowiem, czy szpital jest ubezpieczony weryfikując dane w rejestrze podmiotów leczniczych. Początkowo weryfikacja polegała na sprawdzeniu, czy szpital (gdzie) jest ubezpieczony, obecnie kontroli wymaga także okres ubezpieczenia. Może się bowiem okazać, że podmiot leczniczy, który posiadał zabezpieczenie w postaci polisy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych zrezygnował z ubezpieczenia pozbawiając się na przyszłość odpowiedniej ochrony. Ze względu na czas zgłoszenia roszczenia do Komisji (do trzech lat od wystąpienia zdarzenia medycznego) trudno stwierdzić, czy w czasie, gdy ubezpieczenie ma charakter dobrowolny i podmiot leczniczy nie zawrze lub zrezygnuje z umowy ubezpieczenia określony podmiot (podmioty) nie wystąpi o ustalenie zdarzenia medycznego.

5. Praktyczne wątpliwości związane ze stosowaniem przepisów o odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych

Kilkumiesięczne funkcjonowanie Komisji Wojewódzkich ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych wskazuje też na szereg problemów praktycznych, w szczególności odnoszących się do kwestii proceduralnych. Pierwsze z nich dotyczą terminu złożenia wniosku. Ustawodawca nie tylko bowiem nie wskazał, jaki charakter ma wprowadzony termin²⁷, ale też nie przewidział, w jaki sposób powinna postąpić Komisja w razie złożenia wniosku po jego upływie. Komisja ma bowiem uprawnienie do zwrócenia bez rozpoznania wniosku jedynie nieopłaconego lub niekompletnego (art. 67d ust. 5 pr. pacj.). Wydaje się, że zbyt

²⁶ Można sobie wyobrazić sytuację, w której pacjent występuje po dwóch latach od zdarzenia, chociaż w chwili rozwiązania umowy był przekonany, że nie miało miejsca żadne zdarzenie medyczne.

²⁷ Nie rozstrzygnął, czy jest to termin zawity, czy termin przedawnienia. Zob. na ten temat M. Serwach, *Charakterystyka ...*, op. cit., s. 25–26.

długi termin został przyznany podmiotowi leczniczemu oraz ubezpieczycielowi na zajęcie stanowiska w sprawie. Konieczność oczekiwania na stanowisko tych podmiotów przez okres 30 dni powoduje, że *de facto* pierwsze posiedzenie odbywa się najwcześniej po upływie ok. 5–6 tygodni od złożenia wniosku, co odpowiada 1/4 czasu, jaki Komisja ma na przeprowadzenie całego postępowania wyjaśniającego oraz wydanie orzeczenia w sprawie.

Kolejną kwestię stanowi problematyka wzajemnej relacji pomiędzy odpowiedzialnością cywilną podmiotu leczniczego (ubezpieczenia OC) a odpowiedzialnością z tytułu zdarzeń medycznych. W chwili złożenia wniosku pacjent lub jego spadkobiercy składają oświadczenie, że w sprawie nie jest prowadzone postępowanie cywilne. Gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawnomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne, postępowania przed Komisją Wojewódzką nie wszczynają się, a wszczęte umarza. Ustawodawca nie przewidział jednak sytuacji, gdy nie będzie prowadzone żadne postępowanie sądowe, a pomimo to pacjent uzyska określone świadczenie. Załóżmy, że wnioskodawca, który doznał szkody na skutek błędu medycznego wystąpił do ubezpieczyciela OC i uzyskał stosowne odszkodowanie (na podstawie ugody czy uznania roszczenia przez ubezpieczyciela). Następnie skierował swoje roszczenia do Komisji Wojewódzkiej, która stwierdza, że wystąpiło zdarzenie medyczne. Czy Komisja, nawet jeśli uzyska wiadomość o zaspokojeniu roszczeń odszkodowawczych poszkodowanego (może w ogóle nie uzyskać takiej wiedzy) ma możliwość umorzenia postępowania? *Ratio legis* art. 67b ust. 2 pr. pacj. wskazuje, że wnioskodawca nie powinien uzyskać dwukrotnie świadczenia: z tytułu wystąpienia zdarzenia medycznego oraz błędu medycznego. Nie ma jednak podstawy do zakończenia postępowania w sprawie. Można się też zastanawiać, czy podmiot zobowiązany do przedstawienia propozycji odszkodowania czy zadośćuczynienia może dowodzić, że szkoda poniesiona przez pacjenta została już całkowicie lub częściowo naprawiona. Sytuacja może być też odwrotna: poszkodowany może uzyskać świadczenie z tytułu zdarzeń medycznych, a następnie wystąpić do ubezpieczyciela OC. Możliwość taką wydaje się potęgować dość długi termin przedawnienia roszczeń odszkodowawczych²⁸.

Dokonując oceny rozwiązania wprowadzonego do polskiego systemu ochrony zdrowia wskazywano niekiedy, że składy Komisji mogą być przypadkowe. Samo sformułowanie „Komisja” ma trochę deprecjonujący charakter, w szczególności ze względu na nawiązanie terminologiczne do instytucji sprzed zmiany ustroju. Tymczasem w większości składów Komisji orzekają prawnicy z wieloletnią praktyką i osoby wykonujące zawód medyczny o ogromnym doświadczeniu (lekarze, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni). Ewentualne wątpliwości rozstrzygają specjaliści w danej dziedzinie medycyny, w szczególności konsultanci wojewódzcy. O ile w sądach rejonowych analogiczne zagadnienie musi rozpatrzyć sędzia indywidualnie, o tyle w ramach Komisji wspierają się osoby posiadające wiedzę prawniczą oraz wiedzę medyczną. Połączenie tych

²⁸ W zakresie odpowiedzialności deliktowej przedawnienie roszczeń reguluje art. 442¹ k.c.

czynników powoduje, że rozpatrywane sprawy medyczne są – pomimo stosunkowo krótkiego terminu – wszechstronnie przeanalizowane. Ten pozytywny skutek wprowadzenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych może być jednak zniweczony przez fakt, że pacjent nie przyjmie propozycji odszkodowania czy zadośćuczynienia, jeśli kwoty będą znacząco niskie. Powołane wcześniej przepisy wykonawcze, wydane przez Ministra Zdrowia, nie przewidują minimalnej granicy proponowanego świadczenia, a jedynie skomplikowany mechanizm jego wyliczenia. Zmusza to ubezpieczyciela do przeprowadzenia we własnym zakresie postępowania zmierzającego do prawidłowego wyliczenia powstałej szkody, a jednocześnie nie daje żadnej gwarancji, że propozycja będzie dla wnioskodawcy zadowalająca. Nie ma też żadnego trybu odwołania od decyzji ubezpieczyciela. Wszystkie oświadczenia składane są przez poszkodowanego oraz ubezpieczyciela za pośrednictwem Komisji i mają charakter jednorazowy oraz ostateczny. Wysokość odszkodowania czy zadośćuczynienia nie zostanie zweryfikowana także wtedy, gdy ubezpieczyciel nie złoży żadnej propozycji w ustawowym terminie, a świadczenie zostanie określone przez Komisję w wydanym zaświadczeniu zgodnie z roszczeniem wnioskodawcy. Do tego nie jest bezsporne, czy powołane przepisy wykonawcze mają zastosowanie także do podmiotu leczniczego, który z braku odpowiedniego ubezpieczenia lub wyczerpania sumy ubezpieczenia będzie zobowiązany do samodzielnego zaspokojenia roszczeń wnioskodawcy. Być może zasadne byłoby zatem wprowadzenie regulacji przyznającej Komisji prawo do oszacowania wysokości szkody poniesionej przez pacjenta, co z kolei stanowiłoby dla niej istotne obciążenie i czyniłoby niemożliwym zakończenie sprawy w ustawowym terminie.

W obowiązujących przepisach nie zostało też uregulowane wiele kwestii. Przede wszystkim nie ma żadnych postanowień odnoszących się do możliwości lub wyłączenia możliwości wystąpienia przez ubezpieczyciela, który wypłacił świadczenie z ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, z regresem do bezpośredniego sprawcy zdarzenia medycznego (lekarz, pielęgniarka, diagnosta laboratoryjny) lub do ubezpieczyciela OC podmiotu leczniczego. Nie zostało wyjaśnione, w jakich okolicznościach może nastąpić wyczerpanie sumy ubezpieczenia. Czy zgodnie z kolejnością zgłaszanych roszczeń, czy zgodnie z chronologią ich uznania, czy też na podstawie jeszcze innej metody? Generalne odsłanie z art. 67 pr.pacj. do przepisów kodeksu postępowania cywilnego jest niepełne, a niekiedy wydaje się, że wręcz przypadkowe.

W konkluzji należy stwierdzić, że słuszny co do zasady tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych oraz motywy jego wprowadzenia są niwelowane przez samego ustawodawcę, który przez kolejne nowelizacje komplikuje ocenę i warunki ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, powoduje powstanie wielu wątpliwości interpretacyjnych i zastrzeżeń praktycznych, a sytuację podmiotu leczniczego po prostu pogarsza. Można powiedzieć, że **zasadniczym generalnym postulatem de lege ferenda jest, aby ustawodawca kolejnymi zmianami nie utrudniał funkcjonowania rozwiązania, które sam wprowadził, lecz pozwolił praktyce na jego stosowanie.** ■

Insurance of Medical Events in Theory and Practice

The new regulations referring to the principles and procedures of determining the compensation and redress in case of medical events have raised a number of doubts related to the legal nature of this type of insurance contract (compulsory or voluntary, accident or liability insurance) as well as the liability of medical entities since they came into force on 1 January 2012. The practical issues regarded an additional burden of insurance premium imposed on hospitals and in case of the lack of insurance or the usage of the sum insured, the necessity to satisfy the applicant's claims. Practical and legal doubts caused the modification of the existing regulations, in particular the qualification of this insurance as a voluntary cover on 30 June 2012.

The author analyses the introduced changes, pointing out their weaknesses. Furthermore, she discusses the interpretational issues and evaluates the situation of medical entities, which do not have the appropriate insurance. She considers the position of those hospitals which have concluded the contracts of compulsory insurance and the possibilities of their termination due to the introduced amendment. Finally, the article presents doubts expressed by the members of the Voivodeship Committees for Adjudication of Medical Events in connection with proceedings conducted by them.

Keywords: insurance of medical events, Committee for Adjudication of Medical Events, medical entities, compulsory insurance, medical law, termination of insurance contract.