



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012-02-14

MZ-PR-WL-024-29580-25/KBR/12

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 16.02.12.

nr. 711 podpis. Borusewicz

p. J. Kościelak
Prac Senackich
wpłynęło dn. 16.02.12.
1248 podpis. [signature]

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu RP

[signature]

W odpowiedzi na przekazane przy piśmie z dnia 24 stycznia 2012 r., znak: BPS/043-04-90/12, oświadczenie złożone przez Senatora Przemysława Błaszczyka na 4. posiedzeniu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 19 stycznia 2012 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Konieczność wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych wynikała z tego, że ubezpieczenia wymienione w art. 25 ustawy o działalności leczniczej mają odmienny charakter, bowiem ubezpieczenie OC ma charakter majątkowy, natomiast ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych jest nowym rodzajem ubezpieczenia o cechach ubezpieczenia osobowego. Takie stanowisko przedstawił także Minister Finansów w piśmie kierowanym do Polskiej Izby Ubezpieczeń z dnia 22 sierpnia 2011 r. (kopia w załączeniu).

Artykuł 822 k.c. stwierdza, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Przedmiotem ubezpieczenia są w tym wypadku zobowiązania, które mogą powstać wobec osób trzecich - poszkodowanych na skutek wypadku ubezpieczeniowego. Istotne jest w tym względzie to, że ubezpieczyciel w przypadku ubezpieczenia OC wchodzi w sytuację prawną ubezpieczającego (lub osoby, na rzecz której zostało zawarte ubezpieczenie OC) i jego zobowiązanie sięga tak daleko jak odpowiedzialność cywilna ubezpieczającego (przy założeniu, że umowa ubezpieczenia

dobrowolnego OC nie zawiera w tym względzie ograniczeń). Przyjmuje się, że w przypadku ubezpieczonego sprawcy szkody, odpowiedzialność ubezpieczyciela typu gwarancyjnego zastępuje odpowiedzialność sprawcą. Tak więc świadczenie ubezpieczyciela będzie musiało podlegać ogólnym regułom naprawiania szkody, w tym w szczególności ustalania rozmiaru szkody (strata rzeczywista oraz utrata zysków poniesiona przez poszkodowanego), sposobu naprawienia szkody, związku przyczynowego, przyczynienia się do powstania szkody itp. Na skutek wyrządzenia szkody i ustalenia obowiązku ubezpieczającego do naprawienia szkody między ubezpieczycielem a poszkodowanym powstaje więź materialnoprawna.

Natomiast ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych jest zawierane na rzecz pacjenta i należy je traktować jako ubezpieczenie, zaliczane do grupy ubezpieczeń osobowych, w których ochroną objęte są życie lub zdrowie człowieka. Od ubezpieczeń majątkowych odróżnia je przede wszystkim przedmiot ubezpieczenia – życie i zdrowie, stąd ich nazwa – ubezpieczenia osobowe. Nie są one jednak ubezpieczeniami na życie, co prawda należą do tej samej, co one grupy ubezpieczeń osobowych, gdyż poza przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej (życiem, zdrowiem) istotne elementy umowy ukształtowane mają w sposób zbliżony do ubezpieczeń majątkowych. W ubezpieczeniu tym, podobnie jak w NW, powstanie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego uzależnione jest od doznania przez osobę ubezpieczoną nieszczęśliwego wypadku (zdarzenia medycznego) powodującego skutki określone w warunkach ubezpieczenia. Zasadą jest, z zastrzeżeniem przypadków wyłączeń ochrony, wypłata świadczenia w razie zajścia określonego umową wypadku bez badania winy, przyczynienia i innych czynników, które podlegają szczegółowemu badaniu przy ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

Mając na uwadze powyższe wprowadzono obowiązek zawarcia przez szpitale ubezpieczenia na rzecz pacjenta, które swoim zakresem obejmuje wyłącznie zdarzenia medyczne, zdefiniowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Takie rozwiązanie jest podyktowane także specyfiką postępowania przed wojewódzką komisją do spraw zdarzeń medyczne, gdzie wypłata świadczenia nie jest uzależniona od zawinienia.

Należy zwrócić uwagę, iż w związku z tym, że w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw zdarzeń medycznych pacjent wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne, a które w

postępowaniu przed sądem powszechnym są pokrywane z ubezpieczenia OC, tym samym wysokość składki na to ubezpieczenie może stopniowo ulec odpowiedniemu zmniejszeniu.

Pragnę zwrócić uwagę, że dotychczas podmioty wykonujące działalność leczniczą były obowiązane do zawarcia umowy ubezpieczenia OC w ograniczonym zakresie tj. za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 136b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Dodatkowo każdy lekarz był obowiązany posiadać ubezpieczenie obejmujące szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych w zakładzie opieki zdrowotnej lub w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej (art. 48a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Odnosząc się do wątpliwości interpretacyjnych dotyczących art. 25 ust. 3 ustawy, pragnę zwrócić uwagę, że obowiązek zawarcia ww. umów ubezpieczenia wynika nie z przywołanego przepisu, ale **art. 17 ust. 1 pkt 4** ustawy, który wyraźnie stanowi, że „podmiot leczniczy **jest obowiązany** zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia: odpowiedzialności cywilnej **oraz** na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - **w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.**”.

Pragnę zaznaczyć, że zgodnie z przyjętą praktyką legislacyjną zastosowana w omawianym przepisie redakcja wskazuje na **koniunkcję łączną**. Zgodnie z § 56 ust. 1 Zasad techniki prawodawczej w obrębie artykułu (ustępu) zawierającego wyliczenie wyróżnia się dwie części: wprowadzenie do wyliczenia oraz punkty. Przepis ten nakazuje dokonywanie wyliczeń w sposób redakcyjny (tzw. wyliczenia kolumnowe), w którym każdy element otrzymuje oznaczenie redakcyjne, a nie w sposób opisowy (tzw. wyliczenie wierszowe), polegający na tym, że poszczególne elementy wymienia się obok siebie, oddzielając je jedynie przecinkiem. Nakaz ten wynika z tego, że oznaczenie poszczególnych elementów wyliczenia jednostkami redakcyjnymi ułatwia ich powoływanie. (G. Wierczyński, komentarz do § 56 ZTP, Lex Omega, stan prawny na dzień: 2009.11.15). Wprowadzenie powinno być tak zredagowane, by zawierało **wszystkie elementy wspólne dla wyliczenia. Pozwala to unikać powtórzeń** w poszczególnych elementach wyliczenia. Jeśli wyliczenie nie ma charakteru wyczerpującego, lecz przykładowy, zaznacza się to poprzez użycie zwrotu "w szczególności" lub podobnego.


Konsekwentnie art. 17 ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie wymagań, jakie jest obowiązany spełnić **każdy podmiot leczniczy**, aby móc wykonywać działalność leczniczą.

Jedynie w przypadku przepisu nakładającego obowiązek zawarcia umowy z tytułu zdarzeń medycznych został ograniczony krąg adresatów wyłącznie do szpitali, co nie wyklucza obowiązku zawarcia przez nie także umowy ubezpieczenia OC nie każdy bowiem podmiot leczniczy jest szpitalem, ale każdy szpital jest podmiotem leczniczym.

Odnosząc się natomiast do kwestii aktu wykonawczego, który miałyby regulować, w podobny sposób co rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729), zasady zawierania umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, należy mieć na uwadze, że suma ubezpieczenia w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, wynosi 1.200.000 zł i **została określona w art. 67k ust. 7** ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podobnie zresztą jak maksymalna wysokość świadczeń, które mogą być wypłacone jednemu pacjentowi. Tym samym powielanie regulacji ustawowej w akcie rangi podustawowej byłoby nie tylko niezasadne, ale też sprzeczne z zasadami poprawnej legislacji. Konsekwentnie przedstawiony w oświadczeniu Pana Senatora Przemysława Błaszczyka wniosek jakoby brak takiego aktu wykonawczego oznaczał fakultatywność umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych jest zbyt daleko idący.

Natomiast *rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego*, wydawane na podstawie art. 67k ust. 11 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, znajdzie zastosowanie dopiero na etapie szczegółowego wyliczenia wysokości świadczenia należnego pacjentowi, w przypadku uznania, w toku postępowania przed wojewódzką komisją, że miało miejsce zdarzenie medyczne. Rozporządzenie to nie ingeruje w najmniejszym stopniu w sprecyzowane ustawowo: przedmiot ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia ani maksymalną wysokość świadczeń przysługujących pacjentowi. Przedmiotowe rozporządzenie zostało podpisane przez Ministra Zdrowia w dniu 10 lutego 2012 r. i zostanie niezwłocznie opublikowane.

Minister Zdrowia, zdając sobie sprawę z proponowanych przez ubezpieczycieli stawek składki na nowe ubezpieczenie, prowadzi rozmowy z przedstawicielami ubezpieczycieli i podmiotów wykonujących działalność leczniczą mające na celu wypracowanie zadowalającego obie strony consensusu w zakresie wysokości tych składek.


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETYARZ STANU

Jakub Szulc