

# Miesięcznik

# Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 20 I NUMER 10 I PAŹDZIERNIK 2023 • 29 WRZEŚNIA 2023



© ImageFlow/stock.adobe.com

W N U M E R Z E :

**Cyber: oferta, bezpieczeństwo**

**Przeptywy strategiczne/Prawo**

**Zmiany klimatyczne/Wypłacalność II/UIlga B+R**



**JOLANTA BUDZOWSKA**  
radca prawny i specjalista od błędów medycznych  
z kancelarii Budzowska Flutowski i Partnerzy,  
Radcowie Prawni

## Świadczenia kompensacyjne wg nowych zasad

Weszły w życie przepisy wprowadzające nowy model pozasądowego rekompensowania szkód powstałych w wyniku zdarzeń medycznych. Świadczenia kompensacyjne będą przyznawane w drodze decyzji administracyjnej przez Rzecznika Praw Pacjenta w odniesieniu do zdarzeń medycznych zaistniałych po 6 września 2023 r. – **JOLANTA BUDZOWSKA**

Świadczenie kompensacyjne:

- może zostać przyznane, gdy zdarzenie medyczne nastąpi w szpitalu, a leczenie, podczas którego doszło do zdarzenia, było refundowane przez NFZ;
- z tytułu jednego zdarzenia medycznego dla każdego wnioskodawcy może wynieść:
  - w przypadku zakażenia – 2000 zł – 200 000 zł
  - w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – 2000 zł – 200 000 zł
  - w przypadku śmierci pacjenta – od 20 000 zł – 100 000 zł;
- będzie finansowane z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych – państwowego funduszu celowego.

Precyzyjne zasady kalkulacji świadczeń kompensacyjnych ma określić Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu i warunków ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz śmierci pacjenta, które jednak do dnia opracowania niniejszego tekstu nie zostało opublikowane. Symulację wysokości świadczenia kompensacyjnego, opartą na ostatnim opublikowanym projekcie rozporządzenia, można przeprowadzić korzystając z kalkulatora na stronie [www.swiadczeniekompensacyjne.pl](http://www.swiadczeniekompensacyjne.pl)

### WYMOGI FORMALNE DLA WNIOSKU

Wniosek może być złożony w terminie roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o zdarzeniu, nie później niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie.

Postępowanie nie będzie prowadzone, jeśli wcześniej prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie, toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie, wnioskodawca uzyskał odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej albo gdy sąd orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznana krzywdę albo nawiązkę. Toczące się postępowanie karne lub w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, nie stanowi przeszkody dla złożenia i rozpoznania wniosku w sprawie zdarzenia medycznego. Ta okoliczność stawia pod znakiem zapytania założenie towarzyszące wprowadzaniu nowej regulacji, że wraz z nią zmaleje ilość zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, składanych przez pacjentów lub ich bliskich.

Opłata od wniosku wynosi 300 zł, a decyzja Rzecznika Praw Pacjenta ma być wydana w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo opłaconego wniosku. Jednocześnie, jeśli wniosek wymaga uzupełnienia, bieg terminu wydania decyzji ulega wstrzymaniu do czasu przedłożenia niezbędnych informacji, wyjaśnień lub dokumentów. Sporządzanie opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków, mających – jak się wydaje – zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia, będzie wydawał działający przy Rzeczniku Zespół do Spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

### DEFINICJA ZDARZENIA MEDYCZNEGO

Biorąc pod uwagę definicję zdarzenia medycznego i bazując na doświadczeniach Wojewódzkich Komisji Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, można przypuszczać, że **podstawową trudność w rozstrzygnięciu o zasadności wniosków może sprawić sama ocena, czy dana sytuacja jest zdarzeniem medycznym.**

Zgodnie z ustawą zdarzenie medyczne to zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo śmierć pacjenta, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.

Kryteriów oceny, czy dana sytuacja jest zdarzeniem medycznym, narzucających konieczność wielopoziomowej analizy, jest więc wiele. Zespół biegłych będzie musiał m.in. zastosować w praktyce kryterium wysokiego prawdopodobieństwa, że szkody na zdrowiu pacjenta można było uniknąć, czy też zinterpretować na gruncie danej sprawy pojęcie aktualnej wiedzy medycznej, mającej mieć zastosowanie w analizowanym przebiegu leczenia. To problemy, z którymi nieustannie mierzą się wszystkie organy orzekające w sprawie tzw. błędów medycznych, a których nie unikną także członkowie zespołów opiniujących powołanych przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

### ZESPÓŁ DO SPRAW ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU

To zresztą nie koniec wyzwań stawianych przed 20-osobowym Zespołem do Spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Opinia, wydawana w składzie maksymalnie 3-osobowym, ma powstać w terminie 2 miesiące od dnia otrzymania wniosku. Materiał, którym będą dysponowały składy orzekające, to dokumenty niezbędne w ocenie Rzecznika do rozpatrzenia sprawy, informacje podane we wniosku, wyjaśnienia wnioskodawcy udzielone na wniosek Rzecznika, a także informacje, wyjaśnienia i dokumenty przedstawione przez podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy zdarzenie medyczne. **Biorąc pod uwagę relatywnie krótki, bo 14-dniowy termin na odpowiedź na ewentualne dodatkowe żądania Rzecznika, może się okazać, że decyzja w przedmiocie zdarzenia medycznego wydana będzie w oparciu o niepełny materiał dowodowy, w szczególności ten, który mógłby zostać przedstawiony przez podmiot leczniczy.**

### ZALETY NOWEGO MODELU DOCHODZENIA ROSZCZEŃ

Do zalet nowego modelu z pewnością można zaliczyć: zakładaną szybkość rozpatrzenia sprawy i otrzymania rekompensaty za szkody na zdrowiu, jasno określony zakres materiału dowodowego niezbędnego do wydania decyzji, niską opłatę, ustawowe zwolnienie od podatku dochodowego otrzymanego świadczenia oraz brak ryzyka finansowego po stronie wnioskodawcy w sytuacji odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego. **Pewnym novum jest też korzystne dla wnioskodawcy rozwiązanie przewidujące możliwość określenia w decyzji w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego, czy zdarzenie spowodowało poważne następstwa zdrowotne i czy mają one charakter bezterminowy, albo też jaki jest przewidywany czas ich trwania (o ile jest nie dłuższy niż 5 lat).** Pacjent, legitymujący się takim zaświadczeniem, zyskuje prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach – na równi z innymi uprawnionymi na mocy przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 ze zm.).

Przeprowadzenie postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego nawet w przypadku odmowy przyjęcia może przynieść wnioskodawcy nieoczywisty zysk, a mianowicie możliwość skorzystania w postępowaniu cywilnym, lub wcześniej w postępowaniu likwidacyjnym, prowadzonym przez ubezpieczyciela szpitala, z dowodu z opinii wydanych w toku tego postępowania. Co do takich opinii nie może być wątpliwości, że znajduje do nich zastosowanie przepis art. 2781 k.p.c., który stanowi, że: „Sąd może dopuścić dowód z opinii sporządzonej na zlecenie organu władzy publicznej w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę”. Dodać należy, że taka swoista korzyść procesowa będzie najpewniej przywilejem tylko jednej ze stron. Szpital, z którego działalnością wiąże się wniosek, jest bowiem informowany przez Rzecznika Praw Pacjenta wyłącznie o wypłacie świadczenia kompensacyjnego. Ponieważ podmiot leczniczy nie jest uczestnikiem postępowania przed Rzecznikiem, nie doręcza mu się decyzji odmownej.

### CZY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE JEST DLA KAŻDEGO?

Z punktu widzenia poszkodowanego pacjenta, którego zwiększone potrzeby wynikające z doznanej szkody na zdrowiu, mają charakter stały, jak na przykład konieczność opieki lub rehabilitacji, podstawową wadą nowego rozwiązania jest brak możliwości uzyskania renty lub wiążącego potwierdzenia prawa do renty. Świadczenie kompensacyjne ma bowiem charakter jednorazowego

zadośćuczynienia i odszkodowania, a jego przyjęcie jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.

Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego nie wyłącza jednak dochodzenia od podmiotu leczniczego i jego ubezpieczyciela w przyszłości roszczeń odszkodowawczych z tytułu nieujawnionych w dacie złożenia wniosku szkód na zdrowiu oraz szkód majątkowych, takich jak na przykład konieczność zakupu specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby z niepełnosprawnością, jak choćby nowy wózek inwalidzki w miejsce wyeksploatowanego. Są to więc roszczenia, których adresatami nadal mogą być podmioty lecznicze oraz zakłady ubezpieczeń będące ich gwarantami w zakresie odpowiedzialności cywilnej – mimo przyjęcia w przeszłości świadczenia kompensacyjnego przez poszkodowanego.

**Jako wada może być także postrzegana wysokość świadczenia kompensacyjnego w sytuacji niektórych rodzajów następstwa zdrowotnego zdarzenia medycznego.** Przykładowo: w przypadku utraty macicy proponowana kwota z tego tytułu to 40 tys. zł. Jeśli doliczyć do tego rekompensatę z tytułu uciążliwości leczenia, w tym hospitalizację ponad 90 dni – 20 tys. zł i konieczności przejścia zabiegu operacyjnego – 10 tys. zł oraz z tytułu pogorszenia jakości życia – utratę możliwości posiadania dzieci – 8 tys. zł, to kobieta w wieku do 40-50 lat może liczyć na łączną kwotę ok. 78 tys. zł.

W zbliżonym stanie faktycznym do analizowanego przykładu, w sprawie o sygn. akt II CSKP 677/22, w wyroku z dnia 28 lutego 2023 r. SN przyjął, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia jest 150 tys. zł – w tym 50 tys. zł zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta. Na skutek tego rozstrzygnięcia uprawomocnił się także wyrok SA, w którym dodatkowo zasądzono na rzecz powódki ponad 100 tys. zł odszkodowania i ustalono odpowiedzialność na przyszłość.

Z kolei w sytuacji analogicznej szkody na zdrowiu, w wyroku sygn. akt. I ACA 66/21 z 10 października 2022 r. SA w Krakowie uznał, że odpowiednie zadośćuczynienie powinno wynieść 218 tys. zł.

Trzeba jednak dodać, że rozstrzygnięcie obu przytoczonych spraw zajęło sądom cywilnym blisko 10 lat, przy czym zasądzone kwoty zostały powiększone o odsetki ustawowe za opóźnienie w zapłacie.

### PODSUMOWANIE

Podane przykłady pokazują, że nie ma jednej uniwersalnej odpowiedzi na pytanie, kiedy skorzystanie z nowej, pozasądowej ścieżki dochodzenia roszczeń będzie korzystne dla uprawnionych. Z pewnością warto rozważyć złożenie wniosku w przypadku śmierci pacjenta na skutek zdarzenia medycznego z uwagi na poważne trudności dowodowe, jakie napotykają powodowie w procesie cywilnym w zakresie wykazania związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy winą w leczeniu a zgonem chorego. Podobnie, postępowanie w przedmiocie świadczenia kompensacyjnego może okazać się atrakcyjną alternatywą dla uprawnionych, którzy doznali relatywnie niewielkiej szkody na zdrowiu. W takich przypadkach, w sytuacji nieuzyskania rekompensaty na etapie przedprocesowej, poszkodowani dotąd rezygnowali z dochodzenia roszczeń, głównie z uwagi na czas trwania procesów cywilnych i koszty z tym związane. □