

Mirosław Szreder, Aleksandra Bogdaniuk

Uniwersytet Gdański

CHARAKTERYSTYKA I PERSPEKTYWY ROZWOJU UBEZPIECZENIA OC W OCHRONIE ZDROWIA

Streszczenie: W opracowaniu prezentujemy krótką charakterystykę obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń OC w ochronie zdrowia oraz nakreśliłyśmy perspektywy ich rozwoju z punktu widzenia lekarzy. Omawiamy wyniki zaprojektowanych i zrealizowanych dziewięciu indywidualnych wywiadów pogłębionych z lekarzami dobranymi do próby w sposób celowy, o zróżnicowanych specjalizacjach i różnym stażu pracy. Celem tych wywiadów było uzyskanie opinii i ocen na temat:

- kryteriów wyboru przez lekarzy konkretnej oferty ubezpieczenia,
- zróżnicowania oferty dla lekarzy różnych specjalności,
- roli izb lekarskich w promowaniu idei ubezpieczania się i orzekaniu o błędach w sztuce lekarskiej,
- czynników sprzyjających rozwojowi danej grupy ubezpieczeń oraz czynników hamujących i ewentualnych zagrożeń,
- idei wprowadzenia systemu obowiązkowych ubezpieczeń od błędów lekarskich (wzorowanego na systemie szwedzkim).

Słowa kluczowe: ubezpieczenie OC, ochrona zdrowia, ryzyko opóźnienia składania roszczeń, roszczenie.

1. Wstęp

Nieodłącznym elementem każdego wykonywanego zawodu jest ponoszenie ryzyka. Do grupy zawodów obarczonych wysokim ryzykiem spowodowania znacznej i nieodwracalnej szkody zalicza się m.in. zawody medyczne. Zrozumiałe jest rosnące zainteresowanie środowisk medycznych ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej. Przedmiotem takich ubezpieczeń (należących do grupy 13 ubezpieczeń działu drugiego) jest odpowiedzialność cywilna z tytułu szkód wyrządzonych w związku z wykonywaniem określonego zawodu, powstałych w wyniku popełnionych przez ubezpieczonego błędów w sztuce, przeoczeń lub zaniechań w świadczeniu usług zawodowych.

W niniejszym opracowaniu pragniemy przedstawić krótką charakterystykę obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń OC w ochronie zdrowia i określić perspektywy ich rozwoju z punktu widzenia lekarzy. Prezentujemy przede wszystkim

wyniki indywidualnych wywiadów pogłębionych z dziewięcioma lekarzami o zróżnicowanych specjalizacjach i różnym stażu pracy na temat uwarunkowań rozwoju tej grupy ubezpieczeń (zob. załącznik).

2. Odpowiedzialność cywilna lekarzy

Można wyróżnić kilka typowych przyczyn popełniania błędów przez lekarzy, wynikających przede wszystkim z nienależytej ostrożności i niewystarczającej staranności w wykonywaniu działań medycznych. Zalicza się do nich m.in.:

- niewłaściwą interpretację występujących objawów klinicznych,
- niewykorzystanie dostępnych możliwości diagnostycznych, koniecznych w danej sytuacji,
- działanie wykraczające poza kompetencje danego lekarza,
- nieuzasadnioną zwłokę w przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego,
- nieprawidłowe leczenie farmakologiczne,
- nieprawidłową organizację procesu leczenia.

Do głównych **przesłanek powstania roszczeń** z tytułu odpowiedzialności cywilnej lekarzy lub innych osób wykonujących zawody medyczne można zaliczyć błędy lekarskie, niezachowanie tajemnicy lekarskiej oraz działanie bez zgody pacjenta. Ochronie ubezpieczeniowej podlegają jedynie zawinione błędy lekarskie (błędy diagnozowania, prognozowania lub terapii), związane z niezachowaniem należytej staranności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Mówimy wówczas o „błędzie zawodowym” lub „błędzie w sztuce lekarskiej”¹. Częściej jednak występują niezawinione błędy lekarskie, które nie stanowią podstawy odpowiedzialności za szkodę na pacjencie, a do których można zaliczyć np. zaistnienie nieoczekiwanych skutków ubocznych leku przy jego prawidłowym zaordynowaniu lub powikłania wynikające z określonego stanu zdrowotnego pacjenta (por. [Gasińska 1999, s. 282-284; Zajdel 2007, s. 57]).

Inną ważną przesłanką odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne jest niezachowanie tajemnicy lekarskiej. Obowiązek przestrzegania przez personel medyczny tajemnicy lekarskiej uzasadniony jest szczególnym stosunkiem łączącym lekarzy z pacjentami. Lekarz nie może ujawnić lub wykorzystać informacji, z którymi zapoznał się w związku z wykonywaną pracą, niezależnie od tego, czy dotyczą one bezpośrednio leczenia i osoby pacjenta, czy też nie mają związku z chorobą pacjenta (np. uzyskane informacje o stosunkach rodzinnych) (por. [Nesterowicz 2001, s. 163-164; Zajdel 2007, s. 81]).

Działania medyczne podjęte bez zgody pacjenta mogą także stanowić przyczynę roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej pracowników ochrony zdrowia. Ist-

¹ Błąd w sztuce lekarskiej rozpatrywany jest jako kategoria zależna od aktualnego stanu wiedzy medycznej. Lekarz może odpowiadać jedynie za takie działanie lub zaniechanie, które są sprzeczne z niewątpliwymi regułami ustalonymi przez wiedzę medyczną, natomiast nie odpowiada za tzw. błędy nauki (por. [Kęszycka 1999, s. 128]).

nie regulowany prawnie wymóg podejmowania przez lekarza interwencji medycznych (zabiegów, badań) tylko za zgodą pacjenta (lub innych uprawnionych osób). Wyjątkiem są sytuacje szczególne, w tym konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej (pacjent ze względu na stan zdrowia lub wiek może nie być w stanie wyrazić zgody). Pacjent powinien uzyskać informacje o celu i charakterze interwencji, a także o oczekiwanych i możliwych jej konsekwencjach. Zgoda pacjenta musi być jednoznaczna, a w przypadku zabiegów o podwyższonym ryzyku – wyrażona w formie pisemnej (por. [Nesterowicz 2001, s. 86-98]).

Liczba roszczeń zgłaszanych przez pacjentów rośnie w Polsce w szybkim tempie. Najczęstsze są roszczenia wobec jednostek służby zdrowia dotyczące zakażeń szpitalnych. Mniej powszechne są roszczenia kierowane do indywidualnych lekarzy, chociaż i w tej grupie obserwuje się systematyczny wzrost ich liczby. Roszczenia dotyczące placówek służby zdrowia mogą przyjąć różnorodne formy; najczęściej są to:

- roszczenia o jednorazowe odszkodowanie na pokrycie dalszych kosztów leczenia lub rehabilitacji,
- roszczenia o odszkodowanie za ból i cierpienie,
- roszczenia o świadczenie rentowe,
- roszczenia o zwrot kosztów pogrzebu.

Do wymienionych wyżej roszczeń dochodzi jeszcze konieczność pokrycia wysokich kosztów procedury likwidacyjnej, co zmusza firmy ubezpieczeniowe do tworzenia dużych rezerw (por. [Kosicka 2006, s. 13]).

3. Zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC w ochronie zdrowia

Wiele firm ubezpieczeniowych uważa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitali za nierentowne. W Polsce tym segmentem rynku pozostaje zainteresowany głównie Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (PZU). Powodem tego stanu jest wyższa od przeciętnej dla ubezpieczeń z grupy 13 działu drugiego **szkodowość z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej szpitali**: blisko 234% w roku 2003 oraz 255% w 2004 r. Duże znaczenie ma zakres czasowy odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej. Według danych PZU, większość świadczeń wypłaconych w roku 2004 obejmowała roszczenia spowodowane wypadkami ubezpieczeniowymi z roku wcześniejszego (21,80%), ale odsetek świadczeń z powodu szkód zaistniałych nawet pięć lat wcześniej był ciągle znaczny (ponad 12% świadczeń obejmowało szkody powstałe w 1999 r.). Za szkody, które miały miejsce w zakładach opieki zdrowotnej w roku 1998 lub wcześniej, zakłady te zwykle nie ponoszą odpowiedzialności z powodu zmian instytucjonalnych wprowadzonych reformą służby zdrowia (por. [Kosicka 2006, s. 13]).

Analizy przeprowadzane na świecie wskazują, że **ryzyko opóźnionego składania roszczeń** w przypadku ubezpieczeń szpitali może dotyczyć okresu nawet od 6 do 9 lat po zaistnieniu zdarzenia. Również samo zdarzenie może mieć kilkumiesięczny

okres trwania, np. w przypadku kontynuacji błędnego leczenia. Ponadto w Polsce, wraz z podnoszeniem się poziomu życia społeczeństwa, rosną wysokości wypłacanych zadośćuczynień za krzywdę. Kwota maksymalnego zadośćuczynienia w ostatniej dekadzie wzrosła około dziesięciokrotnie (por. [Sukiennik 2006, s. 16]).

W Polsce funkcjonują zarówno obowiązkowe, jak i dobrowolne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia. Rosnąca świadomość ubezpieczeniowa i wzrost liczby roszczeń związanych z błędami lekarskimi oraz zarażeniami chorobami zakaźnymi (takim jak np. wirusowe zapalenie wątroby) doprowadziły przed rokiem 1999 do wprowadzenia **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia**. Działania ustawodawcze zbiegły się w czasie z powstaniem kas chorych (na mocy ustawy z lutego 1997 r.), gromadzących środki na ochronę zdrowia i zawierających kontrakty na świadczenie usług medycznych zarówno z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, jak i lekarzami prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską. Kwestia obowiązkowych ubezpieczeń OC została uregulowana prawnie Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świad-

Tabela 1. Wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej w obowiązkowym ubezpieczeniu OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Grupa ubezpieczonych	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
<ul style="list-style-type: none"> – zakłady opieki zdrowotnej – osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki – grupowe praktyki lekarskie 	46 500 euro	275 000 euro
<ul style="list-style-type: none"> – osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych – grupowe praktyki pielęgniarek, położnych 	25 000 euro	140 000 euro
<ul style="list-style-type: none"> – osoby legitymujące się nabyciem fachowych uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej – podmioty realizujące w ramach umów wyłącznie czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi 	12 000 euro	67 500 euro

Źródło: Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, § 4.

czenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń. Natomiast od 1 stycznia 2005 r. w przedmiotowym zakresie obowiązuje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne** (por. [Gasińska 1999, s. 290; Rapkiewicz 2006]).

Umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC zawierane są na czas trwania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania tego świadczenia. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Obecnie minimalna suma gwarancyjna na jedno zdarzenie w obowiązkowych ubezpieczeniach OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne kształtuje się w wysokości od 12 tys. euro do 46,5 tys. euro. Jej wysokość zależy od charakteru działalności podmiotu, którego dotyczy ubezpieczenie. System taryf ustalany jest indywidualnie przez zakłady ubezpieczeń na podstawie oceny ryzyka.

Obowiązkowe ubezpieczenia w ochronie zdrowia rozszerzono Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. o **obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej**. Obowiązuje ono od 9 stycznia 2008 r. Ubezpieczenie to dotyczy wszystkich kontraktów zawieranych z NFZ. Rozporządzenie określa minimalną wysokość sumy gwarancyjnej na jedno oraz na wszystkie zdarzenia (tab. 1).

4. Dobrowolne ubezpieczenia OC lekarzy

Oprócz obowiązkowych polis ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, wśród pracowników ochrony zdrowia coraz większym zainteresowaniem cieszą się **ubezpieczenia dobrowolne**. Ubezpieczenia takie mogą objąć albo prawie wszystkie szkody związane z wykonywaniem zawodu, albo wyłącznie błędy w sztuce. Od danego zakładu ubezpieczeń zależy, które rodzaje ryzyka zostają objęte ochroną ubezpieczeniową, a które nie (por. [Serwin 2007]).

Najczęściej umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawierane są na okres jednego roku i dotyczą czynności zawodowych wykonywanych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (np. w PZU za dodatkową składkę można rozszerzyć zakres terytorialny). Analizując ogólne warunki ubezpieczeń pięciu wybranych firm ubezpieczeniowych o dużym udziale w rynku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia², można stwierdzić, że wszystkie polisy wy-

² Zakres ubezpieczeń analizowano na podstawie następujących dokumentów: Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA; Ogólne warunki dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu zawodowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy oraz lekarzy dentyistów Towarzystwa Ubezpieczeń Inter Polska SA; Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy oraz innych osób wykonujących świadczenia zdrowotne

kluczają z zakresu ubezpieczenia szkody wyrządzone umyślnie³. Ubezpieczyciele nie odpowiadają także za szkody, jeżeli w czasie wykonywania czynności zawodowych ubezpieczony nie posiadał zezwoleń zawodowych, miał zakaz lub zawieszono prawo wykonywania zawodu. **Zakres ubezpieczeń dobrowolnych nie dubluje szkód objętych systemem ubezpieczeń obowiązkowych.**

Tabela 2. Wyłączenia odpowiedzialności w dobrowolnych ubezpieczeniach OC lekarzy

Szkody	PZU	Inter Polska	Allianz	Hestia	InterRisk
Przeniesienie choroby zakaźnej	1	2	1	1	1
Uszkodzenie kodu genetycznego	0	0	0	0	2
Brak określonego rezultatu świadczenia zdrowotnego	2	0	0	0	2
Niedotrzymanie terminów zaplanowanych świadczeń zdrowotnych	0	2	0	2	2
Wyrządzone zabiegami chirurgii plastycznej, zabiegami kosmetycznymi	1	0	0	0	0
Wyrządzone eksperymentalnymi metodami leczenia lub rehabilitacji	1	0	1	0	0
Wyrządzone osobom bliskim	0	0	1	0	0
Wyrządzone współpracownikom ubezpieczonego	1	2	1	0	0
W rzeczach oddanych przez pacjentów na przechowanie	1	2	2	0	1
W nieruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, służących do celów wykonywania czynności zawodowych	0	2	1	0	0

0 – oznacza, że OWU wykluczają ubezpieczenie tego ryzyka.

1 – oznacza, że ryzyko to może być ubezpieczone za dodatkową opłatą.

2 – oznacza, że ryzyko to wchodzi do podstawowego zakresu ubezpieczenia.

Źródło: OWU wybranych ubezpieczeń.

Jednym z kontrowersyjnych wykluczeń odpowiedzialności, pojawiającym się w ogólnych warunkach ubezpieczeń, jest kwestia szkód wyrządzonych wskutek przeniesienia choroby zakaźnej. Jedynie Inter Polska standardowo obejmuje ubezpieczenie takich szkód. Inne duże firmy ubezpieczeniowe wymieniają szkody wyrządzone

Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Polska SA; Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA; Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy Towarzystwa Ubezpieczeń InterRisk SA.

³ PZU jako jedyny zakład ubezpieczeń jednocześnie wyłącza z zakresu odpowiedzialności szkody wyrządzone umyślnie, jak i zaznacza, że obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkody wyrządzone w następstwie rażącego niedbalstwa. Inne polisy przewidują wykluczenie odpowiedzialności za szkody wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa.

wskutek przeniesienia choroby zakaźnej w katalogu wykluczeń, dopuszczając objęcie ich ubezpieczeniem za dodatkową składką (por. [Capik, Capik 2005], a także OWU ubezpieczeń). Wyłączenia odpowiedzialności, które w największym stopniu różnicują analizowane polisy, zostały przedstawione w tab. 2.

5. Uwarunkowania i perspektywy rozwoju ubezpieczenia OC w ochronie zdrowia – wyniki badania

W celu poznania czynników warunkujących dalszy rozwój ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zawodowej w ochronie zdrowia przeprowadzono serię indywidualnych wywiadów pogłębionych z lekarzami różnych specjalności, o różnym stażu pracy⁴. Scenariusz badania oparto na kilku podanych niżej zagadnieniach, stanowiących trzon dyskusji z respondentami (ekspertami):

- kryteria wyboru przez lekarzy konkretnej oferty ubezpieczenia,
- opinia respondentów na temat zróżnicowania oferty dla lekarzy różnych specjalności,
- ocena roli izb lekarskich w promowaniu idei ubezpieczania się i orzekaniu o błędach w sztuce lekarskiej⁵,
- opinia na temat czynników sprzyjających rozwojowi danej grupy ubezpieczeń oraz czynników hamujących i ewentualnych zagrożeń,
- ocena rozważanej przez Ministerstwo Zdrowia idei wprowadzenia systemu obowiązkowych ubezpieczeń od błędów lekarskich (wzorowanego na systemie szwedzkim)⁶.

Do badania wybrano – techniką wyboru celowego (*purposive sampling*)⁷ dziewięciu respondentów⁸ – lekarzy o zróżnicowanym stażu pracy (od 5 do 37 lat) oraz różnych specjalizacji (interna, laryngologia, reumatologia, pulmonologia, okulistyka, medycyna pracy, medycyna ogólna). Większość lekarzy jest zatrudnionych w kilku

⁴ Wywiady zostały przeprowadzone z respondentami z województwa pomorskiego w dniach 21-23 stycznia 2009 r.

⁵ Obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy o izbach lekarskich. Jej wprowadzenie ma ułatwić dochodzenie swoich praw przez ofiary błędów lekarskich, m.in. przez wprowadzenie do zespołu sędziów orzekających o błędzie także sędziów sądów powszechnych i poszerzenie katalogu kar. W Polsce do tej pory umarzanych lub oddalanych było nawet 90% z ok. 2,5 tys. wpływających do izb lekarskich skarg na błędy w sztuce lekarskiej (por. [Ćwiek 2008]).

⁶ Ubezpieczenie takie mogłoby być obowiązkowe dla wszystkich zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, którzy opłacają składki ZUS, jednocześnie podnosząc składki na ubezpieczenia społeczne. Po wprowadzeniu takich ubezpieczeń, poszkodowany pacjent nie musiałby udowadniać winy lekarza przed sądem (składać skargi do izby lekarskiej, aby na podstawie jej orzeczenia dostać odszkodowanie), tylko dostawałby odszkodowanie automatycznie z utworzonego funduszu (por. [Ćwiek 2008]).

⁷ Szerzej o technikach doboru próby w badaniach statystycznych por. [Szreder 2004, rozdz. 3].

⁸ Wykaz osób biorących udział w badaniu jakościowym, zawierający informacje o miejscu pracy, specjalizacji oraz stażu pracy poszczególnych ekspertów, przedstawiony jest w załączniku.

zakładach, wśród których można wymienić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatne gabinety, pogotowie ratunkowe, prywatną spółkę lekarską, szpital oraz dyżury w nocnej obsłudze chorych.

Większość respondentów **korzysta z oferty dobrowolnych lub obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zawodowej**. Osoby prowadzące prywatne praktyki lekarskie wykupują obowiązkowe polisy ubezpieczenia, część z nich dodatkowo korzysta także z ubezpieczenia dobrowolnego. Tylko jeden z lekarzy (G) w dniu badania nie był ubezpieczony. Uważa on, że zatrudniający go publiczny zakład opieki zdrowotnej odpowiada za ewentualne błędy zawodowe, a dyrekcja nie wymaga dodatkowego ubezpieczenia (w poprzednim miejscu pracy posiadał ubezpieczenie dobrowolne, gdyż taki był wymóg dyrekcji). Pozostałe osoby przyznawały, że uważają takie ubezpieczenie za potrzebne i ważne, gdyż w razie ewentualnych roszczeń pacjentów nie byłiby w stanie z własnych zarobków wypłacić wysokiego często odszkodowania. Lekarze podkreślali również, że pacjenci są coraz bardziej roszczeniowi. Dwie osoby uznały, że ubezpieczone czują się bezpieczniej. Respondent A argumentował to słowami: *nie jestem nieomylna, zwłaszcza przy szybkim tempie pracy, bardzo dużej liczbie przyjmowanych pacjentów. Brak jest też czasu na zbieranie dokładnych wywiadów i dokładne badanie pacjenta. Istnieją znaczne ograniczenia finansowe na dodatkowe badania diagnostyczne. Wynika to z niskiej stawki, około 6 zł miesięcznie na zadeklarowanego pacjenta, płaconej przez NFZ dla danej przychodni. Dodatkowo lekarze POZ mają narzucony przez NFZ wykaz badań diagnostycznych, na które mogą kierować pacjentów. Dyrekcja prosi o ograniczanie badań, gdyż z tych pieniędzy musi utrzymać całą przychodnię (czynsz, energia, sprzątanie, sprzęt, ubezpieczenia) oraz wypłacić pensje personelowi*. Respondent B zwrócił także uwagę, na to, że *błąd można popełnić niezależnie od umiejętności, może się też zdarzyć sytuacja, że nawet gdy nie popełni się błędu, pacjenci mogą uważać, że został on popełniony*.

Prawie wszyscy lekarze przed zawarciem umowy ubezpieczenia OC porównują oferty kilku firm ubezpieczeniowych. Jako najważniejszy **czynnik decydujący o wyborze konkretnej polisy** podawali oni wysokość składki ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia. Większość z nich podkreślała jednak, że od kilku lat kontynuują ubezpieczenie w tej samej firmie; ważny jest w tym przypadku kontakt z agentem (*agent pamięta o tym, że kończy się poprzednie ubezpieczenie i sam kontaktuje się w celu przedłużenia polisy*). Lekarze zwracają uwagę także na to, co obejmuje polisa (respondent A zaznacza: *biorę pod uwagę, czy polisa obejmuje szkody z tytułu zakażenia WZW*), czy jest możliwość rozszerzenia oferty oraz czy ubezpieczenie będzie obejmowało odpowiedzialność we wszystkich miejscach pracy. Lekarz o najdłuższym stażu pracy jednocześnie podkreśla konieczność zabezpieczenia przed roszczeniami z tytułu szkód powstałych w latach wcześniejszych, a także możliwość kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej przez pewien czas po zaprzestaniu pracy (przejściu na emeryturę). Z innych czynników lekarze wymieniali wpływ opinii znajomych na wybór oferty, występowanie zniżek (np. na ubezpieczenie gabinetu,

sprzętu, domu, samochodu) oraz opinię o danej firmie ubezpieczeniowej (również to, czy nie odmawia wypłat należnych odszkodowań). Jedyne respondent H⁹ nie porównuje ofert; korzysta z rekomendacji izby lekarskiej, publikowanej w „Gazecie Lekarskiej”, argumentując to następująco: *wierzę, że oni sprawdzają, porównują oferty i polecają najkorzystniejszą*.

Respondenci zgodnie przyznają, że **ubezpieczać się powinni lekarze wszystkich specjalizacji**. Uważają ponadto, że **oferta ubezpieczeń powinna być zróżnicowana**, gdyż ryzyko wykonywania zawodu w specjalizacjach zabiegowych (np. chirurgia, ortopedia, ginekologia, urologia, neurochirurgia, okulistyka) jest dużo większe niż w pozostałych. Zróżnicowanie stawki ubezpieczeniowej powinno zależeć również od charakteru wykonywanej pracy i zakresu udzielanych świadczeń medycznych. Jedyne część lekarzy uważa, że istniejący obecnie podział na grupy ryzyka jest wystarczający, ponieważ *inaczej byłoby straszne rozdrobnienie oraz pojawiałyby się problemy z określeniem, które zabiegi są bardziej ryzykowne*.

Temat **roli izb lekarskich w promowaniu ubezpieczeń OC dla lekarzy** wzbudził emocje. Respondenci tłumaczyli, że przez wiele lat izby lekarskie, w ramach płaconych do nich składek, ubezpieczały automatycznie wszystkich lekarzy w minimalnym zakresie, informując o możliwości indywidualnych doubezpieczeń. Część osób zaznaczyła, że *to było logiczne, wygodne, bardzo dobry układ* i życzyliby sobie, aby izby wróciły do takiego rozwiązania. Pojawiały się głosy, że *izby się odizolowały, właściwie nic nie robią, tylko przypominają, ich rola sprowadza się do ogłaszania raz w roku, że w kwietniu należy się ubezpieczyć*. Respondent B zaznacza, że *to wystarczy, bo świadomość lekarzy jest na tyle duża, że sami się ubezpieczają*. Izby lekarskie rekomendują w biuletynach informacyjnych jedną lub dwie wybrane firmy ubezpieczeniowe. Lekarz I uważa, że *izby lekarskie powinny bardziej negocjować stawki ubezpieczeń, a obecnie wprowadzają monopol, a nie konkurencję*. Nie jest on przekonany co do słuszności wyboru oferty ubezpieczeniowej (inna osoba uznała, że *rekomendują firmy niekoniecznie najbardziej korzystne*). Część lekarzy, w tym respondent A, uważa, że *izby powinny negocjować z firmami stawki ubezpieczeń grupowych, ale pozostawić lekarzom prawo wyboru pośrednictwa izb lub ubezpieczenia indywidualnego*. Wśród lekarzy pojawiały się również negatywne opinie o izbach lekarskich, sugerujące, że izby powinno się rozwiązać (*placę składki do izb od lat i nic z tego nie mam, nie wiadomo na co idą tak wysokie składki, złodziejstwo*). Przy okazji respondent H skrytykował narzucony przez izby obowiązek zbierania punktów edukacyjnych przez lekarzy.

Respondenci zgodnie przyznawali, że ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia są na tyle ważne, że muszą być kontynuowane. Nikt nie

⁹ Jednocześnie osoba ta w trakcie wywiadu podkreślała swoją opinię, że lekarze nie powinni ubezpieczać się indywidualnie, lecz za ubezpieczenie powinien płacić pracodawca ewentualnie izby lekarskie.

dostrzega **ewentualnych zagrożeń** dla tego rodzaju ubezpieczeń. Wszyscy uznali, że najważniejszym **czynnikiem stymulującym dalszy rozwój ubezpieczeń OC lekarzy** jest *postawa roszczeniowa pacjentów*. Lekarze zwracali uwagę na *lawinowo narastającą liczbę roszczeń, wzrost liczby spraw oddawanych do sądu*. Respondent H dodaje, że *życie zmusi do ubezpieczania się* i ma nadzieję, że w razie błędu ubezpieczyciel faktycznie pokryje całe roszczenie. Najmłodszy z lekarzy zwraca uwagę na to, że *szczególnie ważne powinny stać się ubezpieczenia dla lekarzy, których rozpoznanie decyduje o leczeniu i o życiu chorego (chętnie więc będą ubezpieczać się radiolodzy, onkolodzy czy kardiolodzy)*. Respondent G podkreśla, że *jest coraz więcej roszczeń, ale nie błędów lekarskich*. Dodaje on też, że *wzrasta świadomość prawna ludzi, ale często roszczenia pacjentów są niewiarygodne (tylko część roszczeń jest słuszna – około 10% z całości zgłaszanych do sądów), ponieważ chcą oni skarżyć każde niepowodzenie medyczne, dopatrują się wszędzie błędu lekarza*. Lekarz ten jako przykład podaje, że w sytuacji problemów z narodzonym dzieckiem winnym staje się lekarz, a skarżący nie biorą pod uwagę tego, że np. matka nie dbała o siebie w trakcie ciąży (np. nie zgłaszając się na badania, pijąc alkohol, paląc papierosy). Wyraża również zadowolenie z istnienia Okręgowych Sądów Lekarskich w izbach lekarskich, wierząc, że słusznie tylko pewien odsetek roszczeń zostaje uznany za faktyczne błędy lekarzy. Respondent A, z wyraźnym oburzeniem, dodaje, że *pacjent, przychodząc do lekarza, jest już odczytany na temat własnych dolegliwości (najczęściej w Internecie, ale też w kolorowych czasopismach), uświadomiony przez znajomych, sąsiadów. Zdarza się coraz częściej, że stawia sam sobie diagnozę i domaga się wypisania konkretnych leków, podając ich nazwę*. Lekarze wyrażali nadzieję, że konkurencja na rynku ubezpieczeń przyczyni się do rozwoju oferty oraz spadku realnej wysokości składek. Są świadomi, iż *niewykluczone, że zajdzie konieczność podniesienia wysokości stawki ubezpieczeniowej z powodu lawinowego wzrostu wypłacanych odszkodowań*. Respondent F uważa, że składki ubezpieczeniowe powinny być preferencyjne dla osób, które do tej pory nie powodowały szkód (porównuje to z systemem istniejącym w ubezpieczeniach OC kierowców). Respondent A zwraca również uwagę na rolę mediów: *telewizja i prasa codzienna nagłaśniają sprawy sądowe dotyczące błędów lekarskich – relacje te są często jednostronne i być może nie zawsze obiektywne*. Dodaje także, że pacjenci mają coraz mniejsze obawy przed zgłaszaniem spraw do sądu oraz *przychodzi moda z Zachodu, głównie ze Stanów Zjednoczonych, gdzie prawnicy czyhają na błędy lekarzy*. Respondent I dostrzega również, że problemem mogą się stać pacjenci, którzy traktują wyłudzenie odszkodowań jako biznes.

Żaden z respondentów nie słyszał o **pomyśle wprowadzenia obowiązkowych ubezpieczeń od błędów lekarzy**, rozważanym przez Ministerstwo Zdrowia. Nikt z przebadanych nie posiadał również informacji o funkcjonowaniu takiego systemu w Szwecji ani nie interesował się, jak rozwiązana jest kwestia ubezpieczeń w innych krajach. Pytanie to wymagało krótkiego przedstawienia pomysłu Ministerstwa Zdro-

wia respondentom, z którymi przeprowadzane były wywiady¹⁰. Można było zaobserwować różne reakcje na propozycję takiego rozwiązania. Respondenci B i F są zdecydowanie przeciwko rozpatrywanym zmianom (*absolutnie nie jest to dobre rozwiązanie, nie ma powodu, żeby je wprowadzać, to chyba u nas nie przejdzie*). Laryngolog uważa, że *byłoby to przyjęcie założenia, że raz w roku narażony na błąd lekarski jest każdy pacjent, a znikoma jest ilość orzekanych błędów*. Natomiast pulmonolog dodaje, że *byłoby to współfinansowanie błędów lekarskich*, a osoba ta nie chciałaby na podobnej zasadzie składać się np. na błędy prokuratorskie czy sędziowskie. Wśród osób, z którymi przeprowadzono wywiady, były też takie, którym pomysł się spodobał, uznały, że byłoby to uproszczenie dla pacjentów. Większość respondentów miała jednak wątpliwości, czy wprowadzenie systemu szwedzkiego byłoby dobrym rozwiązaniem w Polsce. Pojawiały się głosy takie jak: *nie wierzę, że w Polsce może być tak jak w Szwecji, trzeba by najpierw zorganizować całą służbę zdrowia tak jak w Szwecji, Polska jest zbyt biednym krajem na takie rozwiązanie*. Prawie wszyscy lekarze zwrócili uwagę na problem organizacji zbierania składek do specjalnego funduszu. Uważają, że składki płacone obecnie do ZUS-u są bardzo wysokie i trudno sobie wyobrazić, aby ich podwyżka była dobrym rozwiązaniem. Respondenci zastanawiali się, czy dałoby się zorganizować system obowiązkowych ubezpieczeń od błędów lekarzy bez podwyżki ogólnej sumy składek płaconych przez obywateli. Część lekarzy ma wątpliwości, czy reforma systemu *nie spowoduje jeszcze większej lawiny roszczeń*. Respondent A tłumaczy: *każdy powie, że ponieważ płaci składki, to należy mu się odszkodowanie nawet za błahe szkody. W codziennej pracy zdarza się, że pacjent domaga się drogich badań (np. rezonansu magnetycznego) bez wyraźnych wskazań zdrowotnych, argumentując tym, że od wielu lat płaci wysokie składki na ubezpieczenie zdrowotne*. Również lekarz G uważa, że *ludzie zobaczą szansę odzyskania wpłaconych pieniędzy*. Podobnie respondent H zwraca uwagę na to, że w chwili obecnej pacjenci *bardzo patrzą na ręce* lekarzom, a sytuacja mogłaby się pogorszyć. W przeprowadzonych wywiadach pojawiły się również głosy, że postawa pacjentów może doprowadzić do sytuacji, w której *roszczenia mogłyby przewyższyć wysokość zgromadzonych pieniędzy*. Podsumowując, nawet osoby uznające reformę ubezpieczeń od błędów lekarskich w oparciu o doświadczenia systemu szwedzkiego za dobry pomysł, dostrzegają konieczność dostosowania go do polskich realiów.

¹⁰ Szwedzi polecają krajom, które chciałyby reformować swój system odszkodowań, wprowadzenie podstawowych założeń, takich jak opieranie się na odpowiedzialności instytucji, a nie pojedynczych osób, oddzielanie zagadnień odszkodowań od postępowania w przedmiocie odpowiedzialności oraz poleganie na procedurze administracyjnej zamiast sądowej w celu skrócenia czasu postępowania i zmniejszenia kosztów. W systemie odszkodowań powinno się także kompensować szkody, których można było uniknąć niezależnie od tego, czy są konsekwencją błędu, czy zaniedbania, ustalić maksymalną wysokość odszkodowania, a także wykorzystywać informacje o zgłoszonych szkodach do poprawy bezpieczeństwa i obniżenia kosztów ubezpieczenia od szkód medycznych (por. [Krajewski 2009, s. 9]).

6. Podsumowanie

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej, należące do grupy 13 ubezpieczeń działu drugiego, charakteryzują się wysoką dynamiką wzrostu. Średnie roczne tempo wzrostu składki przypisanej brutto w latach 1994-2006 wynosiło dla tej grupy 24,6%, podczas gdy dla całego działu drugiego analogiczne tempo sięgało tylko 16%.

Z przeprowadzonych z lekarzami wywiadów pogłębionych wynika, że mają oni pełną świadomość konieczności zawierania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zawodowej – zarówno obowiązkowych, jak i dobrowolnych. Porównują oferty różnych firm ubezpieczeniowych, zwracając szczególną uwagę na wysokość składki ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia. Ważne są dla nich także: możliwość sprawnej kontynuacji poprzedniej polisy, zakres odpowiedzialności (stosowane wyłączenia różnych rodzajów ryzyka, możliwość rozszerzenia oferty), a także reputacja danej firmy ubezpieczeniowej. Lekarze są zgodni co do tego, że oferta ubezpieczeń powinna być zróżnicowana w zależności od specjalizacji, a ubezpieczać się powinni wszyscy pracownicy ochrony zdrowia. Większość respondentów krytycznie ocenia działania izb lekarskich w zakresie ubezpieczeń. Lekarze uczestniczący w badaniu nie widzą zagrożeń dla dalszego rozwoju ubezpieczeń OC w ochronie zdrowia. Rozwój ten stymulują – ich zdaniem – przede wszystkim: rosnąca świadomość pacjentów, zwiększająca się postawa roszczeniowa chorych, wspomaganych przez wyspecjalizowane kancelarie prawnicze, nagłaśnianie przez media przypadków błędów lekarskich. Lekarze nie znają na ogół pojawiających się propozycji reformy polskiego systemu wypłacania odszkodowań, nie wiedzą też, jak problem ten rozwiązano w innych krajach. W swoich opiniach są podzieleni, jeśli chodzi o wprowadzenie możliwości uzyskania przez poszkodowanego pacjenta odszkodowania z tworzonego na ten cel funduszu, aby ominąć skomplikowaną drogę sądową. Lekarze mają obawy, że koszty tworzenia i administrowania takim funduszem mogłyby obciążać całe społeczeństwo.

Literatura

Capik M., Capik M., *Chcesz mieć kontrakt, wykup polisę*, „Rzeczpospolita”, 06.12.2005, nr 284.

Ćwiek J., *Ofiary błędów lekarskich dostaną kasę bez procesu*, „Polska Times”, 07.10.2008.

Gasińska M., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia*, [w]: *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, red. R. Holly, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 1999.

Kęszycka B., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 1999.

Kosicka E., *Niechciane ryzyko*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2006, nr 3.

- Krajewski R., *Praktyka lekarska i odpowiedzialność cywilna*, „Gazeta Lekarska”, 9.01. 2009, nr 1 (217).
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2001.
- Rapkiewicz M., *Ubezpieczenia OC w służbie zdrowia*, „Gazeta Ubezpieczeniowa”, 14.03. 2006.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, DzU 2008, nr 3, poz. 10.
- Serwin K., *Ubezpieczenia dla lekarzy*, „Gazeta Ubezpieczeniowa”, 16.01.2007.
- Sukiennik P., *10 lat z OC szpitali*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2006, nr 3.
- Szreder M., *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, PWE, Warszawa 2004.
- Zajdel J., *Prawo w medycynie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, Progress, Łódź 2007.

Załącznik

Wykaz osób biorących udział w badaniu jakościowym (indywidualnych wywiadach pogłębionych)

Respondent	Miejsce pracy	Specjalizacja	Staż pracy
A	publiczny zakład opieki zdrowotnej	interna	30 lat
B	prywatny gabinet, publiczny zakład opieki zdrowotnej	laryngologia- -foniatria	23 lata
C	publiczny zakład opieki zdrowotnej	interna	37 lat
D	prywatny gabinet, publiczny zakład opieki zdrowotnej, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej	interna, reumatologia	25 lat
E	pogotowie ratunkowe, publiczny zakład opieki zdrowotnej,	medycyna ogólna	15 lat
F	prywatny gabinet, publiczny zakład opieki zdrowotnej	pulmonologia	30 lat
G	publiczny zakład opieki zdrowotnej	medycyna pracy	24 lata
H	prywatna spółka lekarska, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, publiczny zakład opieki zdrowotnej	okulistyka (II st. specjalizacji)	26 lat
I	szpital (amg), dyżury w nocej obsłudze chorych, publiczny zakład opieki zdrowotnej	interna (w trakcie specjalizacji)	5 lat

CHARACTERISTICS AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE IN HEALTH SERVICES

Summary: The paper presents an overview of both compulsory and optional liability insurance in health services and provides some guides for the perspectives of development of third party liability insurance from the physicians' point of view. In particular, the authors discuss

major results from in-depth interviews performed with nine doctors representing different specializations and various professional experience. The surveyed doctors were selected non-randomly using the technique called purposive sampling. The main objectives of those interviews were to obtain the respondents opinions on:

- reasons for purchasing the particular insurance policy,
- a variety of insurance products offered to physicians of different specialties,
- the role of doctors chambers in promoting the idea of insurance in medical services,
- factors influencing the development of the particular group of insurance products,
- the idea of introducing a compulsory insurance system based on the Swedish one.