



## DEBATA

### Chcę uzyskać rekompensatę za utratę zdrowia. Kto mi może pomóc?

Debata pt. „Chcę uzyskać rekompensatę za utratę zdrowia. Kto mi może pomóc?” odbyła się w czasie konferencji „Rekompensata za utratę zdrowia i życia – praktyczne aspekty dochodzenia roszczeń”, zorganizowanej przez Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta. Poniżej prezentujemy zapis debaty.

#### Uczestnicy:

- Aleksandra Wiktorow, Rzecznik Finansowy
- Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta
- Krystyna Krawczyk, dyrektor Wydziału Klienta Rynku Ubezpieczeniowo-Emerytalnego w biurze Rzecznika Finansowego
- Paweł Grzesiewski, dyrektor Wydziału Prawnego Rzecznika Praw Pacjenta

#### Moderator:

- Marcin Jaworski, biuro Rzecznika Finansowego

***Moderator:*** *Pani Minister, w ostatnich dniach RF i RPP podpisali porozumienie o współpracy. Pierwszą naszą aktywnością jest dzisiejsza pierwsza wspólna konferencja. Co z tego porozumienia wynika, dla przeciętnego klienta?*

***Aleksandra Wiktorow:*** Głównym celem jest ułatwienie pacjentom i klientom instytucji finansowych uzyskania wsparcia w dochodzeniu ich praw. Podpisanie porozumienia to efekt obserwacji, że kompetencje obu Rzeczników uzupełniają się w niektórych obszarach.

Głównie chodzi o przypadki związane z pobytem w placówce medycznej. Zdarza się, że wskutek błędnego działania lub zaniechania stan zdrowia pacjenta pogarsza się, a nawet dochodzi do jego śmierci. W takiej sytuacji pacjenci lub ich bliscy mogą dochodzić rekompensaty od szpitala. W praktyce tego typu roszczenia są zgłaszane do ubezpieczyciela, który wystawił polisę odpowiedzialności cywilnej dla danej placówki. I tu nasze kompetencje dobrze uzupełniają się.



***Moderator:*** *Panie Ministrze, za nami mamy slajd pokazujący główne różnice w kompetencjach RPP i RF? Czy mógłby Pan tak praktycznie omówić co z tego wynika dla klienta.*



***Bartłomiej Chmielowiec:*** Rzecznik Finansowy został powołany w celu wspierania klientów w sporach z podmiotami rynku finansowego. Sprawy takie mogą dotyczyć uszczerbku na zdrowiu powstałego w szpitalu. Niemniej Rzecznik Finansowy nie będzie oceniał postępowania diagnostyczno-leczniczego zastosowanego u pacjenta, a pomoże w procesie odszkodowawczym. Rzecznik Praw Pacjenta z kolei stoi na straży praw pacjentów, w tym prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością i odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, i może w tym zakresie dokonać analizy procesu leczenia wdrożonego u pacjenta.

Jak widać kompetencje obu Rzeczników są inne, ale uzupełniają się. Potrzebna jest współpraca celem wymiany informacji, doświadczeń oraz dotarcia z tą wiedzą i pomocą do jak najszerszej grupy obywateli, którzy tego potrzebują.

***Moderator:*** *Spójrzmy na bardziej skomplikowaną wersję tego schematu, pokazującego konkretny przypadek błędu medycznego, który jest chyba najbardziej czytelnym przypadkiem możliwej współpracy między naszymi instytucjami. Mamy naszego przykładowego p. Adama... Co on ma zrobić w takiej sytuacji, gdzie udać się po pomoc najpierw?*

Rzecznik Praw Pacjenta  
ul. Młynarska 46  
01 – 171 Warszawa  
kancelaria@rpp.gov.pl  
www.rpp.gov.pl



Bezpłatna infolinia  
**800 190 590**

## BŁĄD MEDYCZNY ? GDZIE ZWRÓCIĆ SIĘ PO WSPARCIE

Pan Adam trafił do szpitala. Wskutek błędnego wykonania zabiegu, musiał zrezygnować z pracy i podjąć kosztowne leczenie. Chce dochodzić rekompensaty od ubezpieczyciela szpitala. Kto mu może pomóc?

  
**Rzecznik Praw Pacjenta**

Korzystając z opinii *medycznego konsultanta wojewódzkiego lub krajowego* może znaleźć argumenty wskazujące na *błąd medyczny*.

POSTĘPOWANIE W STOSUNKU DO  
PLACÓWKI MEDYCZNEJ

PRZEKAZYWANIE  
INFORMACJI O MOŻLIWYM  
WSPARCIU DANEGO  
RZECZNIKA

  
**Rzecznik  
Finansowy**  
www.rf.gov.pl

Wskazuje *argumenty prawne* wspierające roszczenia klienta (np. żądanie zadośćuczynienia, odszkodowania, renty itp.) rekompensujące szkodę wynikłą z błędu medycznego.

POSTĘPOWANIE W STOSUNKU DO  
ZAKŁADU UBEZPIECZEN



**Pamiętaj!** Rzecznicy nie mogą wydać decyzji zobowiązującej szpital lub ubezpieczyciela do określonego postępowania. Mogą jednak dostarczyć Ci argumentów prawnych i medycznych do dalszej walki o Twoje prawa.

Bartłomiej Chmielowiec: W pierwszej kolejności zaznaczmy, że nie ma w polskim porządku prawnym legalnej definicji pojęcia „błąd medyczny”, czyli takiej, która wynikałaby z przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta posługuje się sformułowaniem „naruszenie praw pacjenta”, o którym orzeka Rzecznik Praw Pacjenta po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego; normuje także pojęcie „zdarzenia medycznego” na potrzeby postępowań prowadzonych przez wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w ramach pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń.

### Naruszenie praw pacjenta a błąd medyczny

#### NARUSZENIE PRAW PACJENTA



- ✓ Obiektywne naruszenie przepisów regulujących prawa pacjenta
- ✓ Naruszenie nie musi być powiązane z wystąpieniem szkody

#### BŁĄD MEDYCZNY



- ✓ Postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną lub należyłą starannością
- ✓ Szkada na zdrowiu (krzywdą)
- ✓ Związek przyczynowo-skutkowy
- ✓ Wina osoby wykonującej zawód medyczny

**Każdy błąd medyczny będzie uznawany za naruszenie praw pacjenta, ale nie każde naruszenie praw pacjenta zakwalifikujemy jako błąd medyczny.**

Rzecznik Praw Pacjenta  
ul. Młynarska 46  
01 – 171 Warszawa  
kancelaria@rpp.gov.pl  
www.rpp.gov.pl



Bezpłatna infolinia  
**800 190 590**

Pojęcie „błędu medycznego” wypracowało w głównej mierze orzecznictwo sądowe, z którego wynika, że „błędem medycznym” jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, a także uchybiające należytej staranności podczas leczenia pacjenta. W takich sytuacjach będziemy również mieli do czynienia z naruszeniem praw pacjenta – np. prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością lub też niezbędnych natychmiastowo ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Nie zawsze jednak tak będzie w drugą stronę – to znaczy nie każde naruszenie prawa pacjenta, w tym do świadczeń zdrowotnych, które może mieć przykładowo charakter stricte organizacyjny, będzie tożsame z błędem medycznym.

Reasumując zatem każdy błąd medyczny będzie uznany za naruszenie praw pacjenta, z kolei już nie każde naruszenie praw pacjenta zakwalifikujemy jako błąd medyczny.

Inną kategorią zdarzeń, którą wyraźnie należy odróżnić, są tzw. powikłania. Leczenie jest procesem, w którym pewne zdarzenia niepożądane będą występować, nie da się ich kompletnie wyeliminować. Z powikłaniem mamy do czynienia w sytuacji możliwego do wystąpienia następstwa leczenia. Innymi słowy nawet wzorcowo przeprowadzona operacja może w efekcie spowodować określony uszczerbek na zdrowiu pacjenta, niemniej nie będziemy takiego zdarzenia rozpatrywać w kategorii błędu medycznego.

W przypadku spraw o znamionach błędów medycznych i naruszenia praw pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadza postępowanie wyjaśniające. Gromadzony jest materiał dowodowy, nierzadko również opinie ekspertów we właściwych dziedzinach medycyny. Jeżeli w wyniku tego postępowania zostaną stwierdzone nieprawidłowości Rzecznik Praw Pacjenta wydaje rozstrzygnięcie w przedmiocie stwierdzenia naruszenia praw pacjenta, wraz z określeniem zakresu tego naruszenia. Takie stanowisko może stanowić asumpt do dochodzenia roszczeń cywilnych, w tym skierowania wniosków o wypłatę zadośćuczynienia lub odszkodowania do ubezpieczycieli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadą *actio directa* wyrażoną w art. 822 § 4 k.c.

**Aleksandra Wiktorow:** Do naszych kompetencji należy podejmowanie działań w stosunku do ubezpieczyciela danej placówki medycznej., tj. udzielamy wsparcia prawnego w sporze z ubezpieczycielem. Jeśli klient trafi do nas już z potwierdzeniem, że mamy do czynienia z błędem medycznym, będzie nam łatwiej skutecznie podjąć np. postępowanie interwencyjne. Możemy w nim wskazać argumenty prawne wspierające roszczenia klienta. Zależą one od rodzaju szkody, sytuacji danej osoby czy warunków umowy ubezpieczenia danej placówki medycznej. Klient może domagać się zarówno zadośćuczynienia, odszkodowania, jak i nawet renty.

**Moderator:** *Panie Dyrektorze, analizowaliśmy tu przykład poważnego błędu medycznego, który skutkował utratą zdrowia. Czy obok roszczeń dochodzonych na zasadach ogólnych w związku z utratą zdrowia, pacjentowi przysługuje dodatkowe roszczenie tytułu naruszenia praw pacjenta?*

**Paweł Grzesiewski:** W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Należy pamiętać, że art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi samodzielną i odrębną od innych podstawę prawną do dochodzenia zadośćuczynienia w związku z zawinionym

naruszeniem praw pacjenta. Wprawdzie przepis ten nawiązuje do regulacji art. 448 Kodeksu cywilnego odnoszącej się do kwestii zadośćuczynienia za krzywdę związaną z naruszeniem dóbr osobistych, niemniej samodzielny charakter tego przepisu nie budzi wątpliwości. Podkreśla to orzecznictwo Sądu Najwyższego. To znaczy, że obok roszczeń dochodzonych na zasadach ogólnych, np. w związku z doznaną szkodą, możemy dodatkowo wnosić o wypłatę zadośćuczynienia za samo naruszenie praw pacjenta, w przypadku którego wymagane jest wyłącznie wykazanie tego naruszenia oraz jego zawiniony charakter.

Warto o tym wiedzieć, kiedy decydujemy się na wystąpienie na drogę powództwa cywilnego. Możemy wtedy starać się o wyższą kwotę.

Właśnie w oparciu o tę podstawę prawną Rzecznik Praw Pacjenta wspiera pacjentów, na podstawie art. 55 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Uprawnienie do dochodzenia roszczeń z art. 4 doznaje wyłączeń w przypadku kilku praw pacjenta; chodzi tu o naruszenie praw pacjenta do depozytu, dokumentacji medycznej, informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital oraz zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

***Moderator: Z praktyki Rzecznika Finansowego wynika, że częstym powodem odmów wypłaty w razie śmierci ubezpieczonego jest powołanie się przez ubezpieczyciela na fakt, że klient zmarł na skutek choroby istniejącej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. To problem, który widać w ubezpieczeniach grupowych, ale też indywidualnych. Który z Rzeczników może pomóc w razie takiego sporu?***

**Krystyna Krawczyk:** W tego typu sprawach może pomóc Rzecznik Finansowy.

Wydajemy tzw. istotne poglądy w sporach, w których przez pewien czas pełnomocnik prowadził spór koncentrując się na kwestiach medycznych, czyli wykazaniu, że klient nie zmarł na skutek choroby, która istniała u niego przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Tymczasem warto skoncentrować się na kwestiach prawnych. Naszym zdaniem, jeśli ubezpieczyciel nie pytał przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na życie o stan zdrowia np. nie wymagał wypełnienia ankiety medycznej, to nie może odmówić wypłaty odszkodowania, jeśli klient umrze w związku ze schorzeniem na które cierpiał przed zawarciem umowy.

Taka opinia ma swoje podstawy w orzecznictwie sądowym. Na przykład w wyroku SA z Warszawy ze stycznia 2015 r. Sąd stwierdził, że skoro ZU nie żąda od klienta informacji o stanie zdrowia, a zastrzega w umowie badanie stanu zdrowia po wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego – to w istocie przerzuca całe swoje ryzyko na ubezpieczoną osobę, a jest to sprzeczne z dobrymi obyczajami i obejście norm art. 815 § 3 k.c.

W indywidualnym sporze można też wnosić do sądu o uznanie postanowienia za tzw. klauzulę abuzywną i wykreślenie zapisu mówiącego o wyłączeniu odpowiedzialności za skutki chorób istniejących przed zawarciem umowy. Będą do tego podstawy, jeśli sąd uzna, że poprzez niejednoznaczne sformułowania, kształtuje on prawa i obowiązki klienta w sposób w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco narusza jego interesy. Takie postanowienia dają ubezpieczycielowi jednostronną możliwość ich oceny. Jak wyglądają tego typu postanowienia można

sprawdzić w rejestrze klauzul niedozwolonych (np. wpis w poz. 6489 z 2012 r.) dostępnym na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta.

W naszej opinii zakłady ubezpieczeń powinny zmienić swoją praktykę zawierania umów ubezpieczeń grupowych i wprowadzić tzw. ankietę medyczną. Naszym zdaniem pozwoli to na zasygnalizowanie klientom, wyłączenie odpowiedzialności w tego typu wypadkach. Ubezpieczony w momencie zawierania umowy powinien mieć możliwość oceny jakie schorzenie może stać się dla ubezpieczyciela podstawą do odmowy. Dzięki temu podejmą świadomą decyzję czy chcą płacić za takie ubezpieczenie. Nie będzie też przypadków, w których będą płacili składkę za tzw. puste ubezpieczenie, czyli takie, które nie da im żadnej lub iluzoryczną ochronę.

***Moderator: Kilka tygodni temu Sąd Najwyższy podjął trzy uchwały dotyczące jednego problemu: uprawnienia do zadośćuczynień dla bliskich ofiar wypadków. Jakie to będzie miało znaczenie dla zgłaszających się do RF czy RPP?***

***Aleksandra Wiktorow:*** SN przesądził, że można przyznać zadośćuczynienie za krzywdę osobom najbliższym poszkodowanego, który na skutek czynu niedozwolonego doznał ciężkiego i trwałego uszczerbku na zdrowiu. Chodzi o przypadki w których członek rodziny jest w tzw. stanie terminalnym czy wegetatywnym. To takie w których osoba żyje, ale nie ma z nią żadnego kontaktu lub jest on mocno ograniczony, a leczenie nie rokuje znaczącej poprawy. W takim stanie niemożliwe jest utrzymywanie z nim normalnych relacji i więzi rodzinnych. A to stanowi naruszenie dobra osobistego osób bliskich, które zasługuje na zadośćuczynienie pieniężne.

Wnioski, które trafiają do Rzecznika Finansowego dotyczą bardzo trudnych dla rodzin przypadków. Na przykład takich, w których ojciec poszkodowany w wypadku komunikacyjnym nie może wychowywać swoich dzieci i być dla nich oparciem, a wręcz przeciwnie – to dzieci muszą często opiekować się swoim ojcem. Dla małoletnich taki brak wsparcia i udziału w ich wychowaniu, połączony z obserwacją cierpień rodzica, jest bardzo traumatycznym przeżyciem. Są też sprawy, w których dziecko na skutek błędu przy porodzie do końca życia jest zdane na nieprzerwaną opiekę rodziców i mimo starań nie mają oni szans na nawiązanie normalnych więzi rodzinnych

Choć uchwała dotyczy w głównej mierze wypadków komunikacyjnych, będzie miała szersze znaczenie. Może być przywoływana w przypadku osób poszkodowanych na skutek błędów medycznych, przez rolnika czy w wypadkach przy pracy.

***Bartłomiej Chmielowiec:*** Uważam, że linia orzecnicza zaprezentowana przez Sąd Najwyższy, wprowadzone w uchwałach podjętych na kanwie spraw dotyczących zadośćuczynienia dla osób bliskich ofiar wypadków komunikacyjnych, będzie odnosiła się także do spraw z zakresu błędów medycznych, w których pacjent w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych doznał ciężkiego i trwałego uszczerbku na zdrowiu. W tym kontekście warto jeszcze zaznaczyć, że jedna z uchwał Sądu Najwyższego zapadła na podstawie wniosku skierowanego przez Rzecznika Finansowego. Od dnia 3 kwietnia 2018 r., zgodnie z art. 83 ustawy o Sądzie Najwyższym, przedstawić wniosek o rozstrzygnięcie rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych w zakresie wykładni przepisów prawa może także Rzecznik Praw Pacjenta.

Rzecznik Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46

01 – 171 Warszawa

kancelaria@rpp.gov.pl

www.rpp.gov.pl



Bezpłatna infolinia

800 190 590

**Moderator:** *Jak w praktyce wsparcie RPP może przydać się jeśli pacjent ma problem np. z uzyskaniem dokumentacji medycznej?*

**Paweł Grzesiewski:** To zależy o jakich problemach mówimy. Jeżeli zgłasza się do nas konkretny pacjent lub inna osoba, która chce uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej, zapoznujemy się z takim przypadkiem i staramy się ustalić możliwe przyczyny tych problemów. Jeżeli dochodzimy do wniosku, że problem leży po stronie placówki medycznej wszczynamy postępowanie wyjaśniające. Przyczyny problemów w udostępnieniu dokumentacji medycznej mogą być bardzo różne – dokumentacja może zostać zagubiona, zniszczona, placówka medyczna może nie być pewna co do uprawnienia danej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej i dlatego odmawiać tego dostępu. Inną przyczyną może być na przykład to, że osoba wykonująca zawód medyczny, mimo ciężącego obowiązku, w ogóle nie sporządziła dokumentacji medycznej, w wyniku czego teraz pacjent nie może mieć do niej dostępu. Mogą to być także inne mniejsze uchybienia organizacyjne. Zawsze radzimy pacjentom co mogą zrobić, aby uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej, a w przypadku potwierdzenia w toku postępowania nieprawidłowości Rzecznik formułuje odpowiednie zalecenia i wnioski, tak aby z jednej strony rozwiązać problem tego konkretnego pacjenta, a z drugiej uniknąć podobnych sytuacji w przyszłości w stosunku do innych pacjentów. Na przykład wnosimy o przyjęcie określonych procedur lub przeprowadzenie szkoleń.

Jeżeli zaś mówimy o przypadkach, z których wynika, że nieprawidłowe postępowanie placówki może dotknąć bliżej nieokreślonej grupy pacjentów, wtedy wszczynane jest postępowanie w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Jak wspomniałem ustawodawca chroni w ten sposób ogół pacjentów, nie istotna jest liczba indywidualnych naruszeń, a już ich potencjalny, możliwy do zaistnienia charakter. Jeżeli Rzecznik uzna, że placówka stosuje praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta wydaje decyzję w tym zakresie i nakazuje jej zaniechania. Niedostosowanie się do decyzji może stanowić podstawę do nałożenia kary pieniężnej do wysokości 500 tys. zł.

**Krystyna Krawczyk:** RF nie ma takich uprawnień i w naszej praktyce jest to problem na jaki napotyka. Dobrze więc, że klienci mają tu wsparcie RPP.

W odniesieniu do tematu dokumentacji widzimy też problem, polegający na tym, że zakłady ubezpieczeń przerzucają na klienta obowiązek uzyskania od podmiotu medycznego określonej dokumentacji. Przygotowaliśmy nawet specjalny poradnik dla klientów na ten temat, z którego schemat widzimy za nami.

## Porady RF w sprawie dokumentacji medycznej

### Ubezpieczyciel chce sprawdzić Twój stan zdrowia przed pokryciem kosztów leczenia z polisy turystycznej lub wypłatą świadczenia z polisy na życie?

#### Zobacz co możesz zrobić w takiej sytuacji, a co powinien zrobić ubezpieczyciel?

- Ubezpieczyciel ma prawo poprosić Cię o udostępnienie **posiadanych** dokumentów dotyczących dotychczasowej historii leczenia jakiejś choroby czy ogólnego stanu zdrowia.
- Nie masz ich? Napisz to ubezpieczycielowi i wyjaśnij dlaczego.
- Jeśli ubezpieczyciel chce dotrzeć do dokumentacji medycznej, może zażądać od Ciebie upoważnienia do jej samodzielnego zdobycia w placówkach medycznych, z których usług korzystałeś.

**Pamiętaj! To ubezpieczyciel badając podstawy do wypłaty powinien określić jakie dokumenty są mu potrzebne, a jeśli nimi nie dysponujesz, powinien podjąć próbę pozyskania ich we własnym zakresie.**

Przywołują tu art. 6 k.c., który ma przeciwieństwo zastosowanie do postępowania sądowego. Przypomnijmy, że to na ZU spoczywa obowiązek ustalenia odpowiedzialności i wysokości świadczenia. Wymagana uprzednia zgoda ubezpieczonego o zwracanie się ZU do NFZ o adresy świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu. Poszkodowani mają obowiązek przedstawić zakładowi ubezpieczeń posiadane dowody.

***Moderator:** Pani Dyrektor, jakie jeszcze przykładowe problemy związane z leczeniem dostrzega Rzecznik Finansowy w swojej praktyce.*

**Krystyna Krawczyk:** Takim istotnym problemem są definicje stanów chorobowych stosowane w warunkach ubezpieczenia. Dla klientów ma to określone skutki w postaci odmowy wypłaty czy wypłaty niższej niż się spodziewali. Dostrzegamy, że pojęcia używane przez lekarzy są często odmienne od tych określonych w OWU. Jako przykład można podać sprawę, w której krajowy konsultant w dziedzinie kardiologii, zauważył, że definicja zawału stosowana przez jednego z ubezpieczycieli jest zupełnie odmienna od powszechnie stosowanej i nie odpowiada wiedzy medycznej. Warto przypomnieć, że w sprawie tzw. załamka Q przy zawale serca, SOKIK stwierdził, że naruszono tu zbiorowe interesy konsumentów i zabronił stosowania takich zapisów.

**Paweł Grzesiewski:** Pacjent opuszcza szpital kiedy jego leczenie dobiegnie końca lub gdy może być ono kontynuowane w trybie ambulatoryjnym. Pacjent nie może mieć wątpliwości jaki jest jego stan zdrowia, w tym co mu dolegało i w jaki sposób był leczony lub jakie są zalecenia co do dalszego postępowania. Wiedzę o tym na jaką jednostkę chorobową był leczony, pacjent wykorzystuje również w kontakcie z podmiotem rynku ubezpieczeniowego. Są problemy w tym zakresie, kiedy przekonani





o słuszności roszczenia pacjenci nie otrzymują świadczeń. Razem powinniśmy pochylić się nad kwestią definiowania pewnych schorzeń w OWU. Może warto rozważyć przygotowanie wspólnego raportu na ten temat.

***Moderator: Niewątpliwie nasza debata pokazała, że wątpliwości i problemów jest sporo. Wydaje się więc, że w ramach współpracy zidentyfikujemy kolejne problemy, które będą przyczynkiem do Raportów czy innych wspólnych działań.***

Rzecznik Praw Pacjenta  
ul. Młynarska 46  
01 – 171 Warszawa  
kancelaria@rpp.gov.pl  
www.rpp.gov.pl



Bezpłatna infolinia  
**800 190 590**