



Zdaję sobie sprawę, że nie mogę liczyć na interwencję w swojej sprawie, postanowiłem jednak opisać na jej przykładzie nieprawidłowości, które wystąpiły ze strony ubezpieczyciela; z dostępnych mi informacji wynika, że podobne przypadki są zgłaszane przez innych konsumentów, który mierzą się z podobnymi problemami.

2023 roku jechałem rowerem ścieżką rowerową. Kierowca samochodu skręcił w prawo, wjechał na ścieżkę rowerową i wymusił pierwszeństwo, czym spowodował kolizję. Na skutek kolizji przeleciałem nad maską samochodu i upadłem na chodnik, uszkadzając wiele części ciała. Przez kilka dni noga bolała mnie przy każdym kroku, wyzwaniem było wejście po schodach (na wyższy stopień zawsze musiałem wchodzić nogą zdrową) i wejście do wanny. Przez kilka miesięcy nie mogłem uprawiać sportu, podczas dynamicznego ruchu odczuwałem ból. Znacznie pogorszyło to moją jakość życia.

Ubiegałem się o podwyższenie kwoty zadośćuczynienia, a przede wszystkim zwrot pieniędzy zapłaconych za taksówkę, którą wróciłem do domu w dniu wypadku, jak i wizyt u fizjoteraputy, na które zdecydowałem się, żeby ocenić sytuację i jak najszybciej wrócić do zdrowia.

W [ ] 2024 roku lekarka nie odniosła się do dolegliwości opisanych przeze mnie w 2023 roku. Należy więc założyć, że ubezpieczyciel nie przekazał lekarce kompletu informacji lub lekarka zignorowała mój opis dolegliwości. Należy zadać pytanie, czy jest to standardowa praktyka ubezpieczyciela i firmy [ ] nastawiona na minimalizowanie kwoty wypłacanych zadośćuczynień wbrew stanowi faktycznemu. Na jakiej podstawie wysokość zadośćuczynienia określił ubezpieczyciel wcześniej, nie wiadomo.

Dopiero po wielokrotnych pytaniach o podstawę wyliczenia zadośćuczynienia oraz po interwencji Rzecznika Finansowego otrzymałem wspomnianą opinię. W mojej ocenie może to świadczyć o braku transparentności i o działaniach zmierzających do zaniżania świadczeń.

Ww. aspekty budzą wątpliwości co do rzetelności procesu oceny uszczerbku na zdrowiu oraz sposobu ustalania wysokości zadośćuczynienia.

We wspomnianej opinii lekarskiej warto zwrócić uwagę również na następujące aspekty:

1. Z jej treści wynika, że dolegliwości nie były znaczne, ustąpiły, a obrażenia nie mają wpływu na dalsze funkcjonowanie. Tymczasem w rzeczywistości nadal odczuwam skutki wypadku – pozostała blizna oraz ograniczenie zakresu ruchu kończyny, należy również zakładać, że uszkodzone jest moje kolano, co powoduje, że po siedzeniu lub bieganiu wcześniej zaczynam czuć ból w okolicy kolana lewego, niż prawego. Podczas wypadku upadłem przede wszystkim na lewą stronę ciała.
2. Lekarka oceniła dolegliwości bólowe po wypadku i po leczeniu, mimo że nie przeprowadziła badania ani kontaktu z pacjentem. Budzi to wątpliwości co do rzetelności oceny, zwłaszcza że ból jest objawem subiektywnym i wymaga bezpośredniego wywiadu.
3. W pierwszych dniach po wypadku ból uniemożliwiał mi normalne funkcjonowanie. Aby wejść do wanny, musiałem podnosić nogę rękami. Przez około dziesięć dni odczuwałem silny ból, a przez resztę sezonu nie mogłem uprawiać sportu. W opinii określono te dolegliwości jako „brak problemu”, co nie odpowiada rzeczywistości.
4. Nie wskazano podstaw, na jakich lekarka stwierdziła brak nicodwrotności następstw, brak uciążliwości leczenia oraz brak przewlekłych dolegliwości bólowych. W dokumentacji nie ma informacji, które mogłyby uzasadniać takie wnioski. Wręcz przeciwnie.



5. W opinii wskazano, że przy ocenie bólu uwzględnia się m.in. zgłaszane dolegliwości podczas badań i wizyt lekarskich. W moim przypadku nie przeprowadzono żadnego badania ani wywiadu, co oznacza, że ten element procedury został pominięty.
6. Nie wiadomo, na jakiej podstawie lekarka oceniła nasilenie bólu, częstotliwość występowania bólu, częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych i ograniczenie aktywności ruchowej. Przedstawione w opinii informacje nie odpowiadają stanowi faktycznemu, co budzi wątpliwości co do sposobu pozyskania danych. Nieprawdziwe są również informacje zawarte w części dot. "stopnia ograniczenia zdolności do wykonywania aktywności".
7. lekarka stosuje podwójne standardy, to znaczy co do USG pół roku po wypadku stwierdza, że nie ma pewności co do związku z wypadkiem; co do zapłaty za wizytę u fizjoterapeuty stwierdza jednak, że wizyta "była zasadna medycznie, jednak wizyta fizjoterapeutyczna mogła odbyć się w ramach leczenia NFZ".
8. Jeżeli za normę przyjmujemy leczenie w ramach NFZ, lekarka nie powinna kwestionować badania USG wykonanego pół roku po zdarzeniu, gdyż tyle zajęło mi umówienie się do internisty, uzyskanie skierowania do ortopedy, wizyta u ortopedy, uzyskanie skierowania na USG, umówienie USG.
9. Jeżeli uznamy zaś, że leczenie powinno być niezwłoczne, lekarka nie powinna kwestionować faktury za wizytę u fizjoterapeuty. Uzyskanie skierowania do fizjoterapeuty zajęłoby mi kilka tygodni lub miesięcy, co negatywnie wpłynęłoby na proces i możliwości leczenia.
10. W opinii uznano wizytę u fizjoterapeuty za zasadną, mimo że jednocześnie opisano moje dolegliwości jako łagodne i niepowodujące ograniczeń. Te dwa elementy są ze sobą sprzeczne i wymagają wyjaśnienia, którego brak.
11. wg opinii dolegliwości nie były znaczne, ustąpiły, a obrażenia nie mają wpływu na dalsze funkcjonowanie. Tymczasem w rzeczywistości nadal odczuwam skutki wypadku – pozostała blizna oraz ograniczenie możliwości ruchowych, siły i rozciągnięcia kończyny; należy również zakładać, że uszkodzone jest moje kolano, co powoduje, że po siedzeniu lub bieganiu wcześniej zaczynam czuć ból w okolicy kolana lewego, niż prawego. Podczas wypadku upadłem przede wszystkim na lewą stronę ciała, m. in. kolano.
12. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że lekarka konstruuje argumentację w taki sposób, aby służyła jedynie interesowi jej klienta, w tym przypadku firmy ubezpieczeniowej. Robi to jednak w sposób niespójny, co powoduje, że jako całość opinia staje się niespójna. Należy zadać pytanie, czy w tym przypadku lekarka kierowała się zdrowiem pacjenta i rzetelnością, czy jedynie interesem klienta, w tym przypadku ubezpieczyciela sprawcy.
13. Założenie, że lekarz może oceniać stan zdrowia pacjenta bez kontaktu z nim, jest zaskakujące z każdego punktu widzenia (profesjonalizmu, Kodeksu Etyki Lekarskiej, troski o dobro pacjenta, profilaktyki, społecznej roli zawodu lekarza), oprócz krótkoterminowego i czysto finansowo rozumianego interesu Ubezpieczyciela. Nawet jednak przy tym założeniu należy zwrócić uwagę na to, że opinia wystawiona przez lek. [imię] została sporządzona wbrew dostępnej w tym przypadku dokumentacji, którą przedstawiłem (zdjęciom obrażeń i dokładnemu opisowi dolegliwości).

Informator o dostępnych terminach wizyt na NFZ jest nieodpowiedni z trzech przyczyn.

1. Dokument został przekazany dopiero w 2026 r., po złożeniu przeze mnie wniosku o udostępnienie danych na podstawie RODO. Wcześniej ubezpieczyciel ograniczał się do ogólnego stwierdzenia, że „dostępne były terminy w NFZ”, bez przedstawienia jakichkolwiek szczegółów. Dlaczego nie uzyskałem tego dokumentu wcześniej pomimo upominania się o podstawę oceny ubezpieczyciela, nie wiadomo. Dopiero wniosek RODO spowodował przekazanie pełnej informacji. Budzi to wątpliwości co do transparentności procesu likwidacji szkody oraz rzetelności argumentacji stosowanej przez ubezpieczyciela.

2. Przedstawiony informator nie odnosi się do daty zdarzenia ani okresu bezpośrednio po wypadku. Dokument został sporządzony ponad dziesięć miesięcy po kolizji i przedstawia dostępność terminów na dzień jego sporządzenia, a nie na dzień, w którym potrzebowałem pomocy medycznej. Z tego względu nie może stanowić wiarygodnej podstawy do oceny, czy w momencie zdarzenia realnie istniała możliwość skorzystania z NFZ niezwłocznie.
3. Nawet w chwili sporządzenia dokumentu najbliższe dostępne terminy były odległe o około miesiąc. To potwierdza, że skorzystanie z prywatnej wizyty u fizjoterapeuty było zasadne i konieczne, aby nie opóźniać procesu leczenia. W świetle tych danych decyzja ubezpieczyciela o odmowie zwrotu kosztów wizyty prywatnej wydaje się nieuzasadniona.

Opisany przypadek ilustruje szerszy problem polegający na tym, że ubezpieczyciele w praktyce często odmawiają pokrycia kosztów, które – w ich ocenie – mogą zostać zakwestionowane. W wielu sytuacjach decyzje te nie wynikają z rzetelnej analizy okoliczności, lecz z założenia, że ewentualne konsekwencje finansowe są minimalne, sankcji za początkową odmowę wypłaty brak, a znaczna część poszkodowanych nie będzie dochodzić swoich praw. Taka praktyka prowadzi do systemowego zaniżania świadczeń oraz przerzucania ciężaru dowodowego i organizacyjnego na osoby poszkodowane.

W efekcie system ubezpieczeniowy nie realizuje swojej podstawowej funkcji – ochrony osób pokrzywdzonych – lecz sprzyja minimalizowaniu wypłat. Powoduje to dodatkowe obciążenie psychiczne i organizacyjne dla poszkodowanych, co można określić jako wiktyzację wtórną.

Zmiany, które powinny nastąpić:

1. Wzmocnienie nadzoru nad praktykami likwidacji szkód. Ubezpieczyciele powinni podlegać bardziej szczegółowej kontroli w zakresie sposobu oceny roszczeń, jakości opinii medycznych oraz rzetelności uzasadnień decyzji.
2. Zwiększenie uprawnień Rzecznika Finansowego. Obecne kompetencje nie pozwalają na skuteczne przeciwdziałanie nieprawidłowym praktykom. Wzmocnienie roli Rzecznika mogłoby poprawić ochronę konsumentów.
3. Wprowadzenie sankcji za nieuzasadnione odmowy pokrycia kosztów lub inne naruszenia. Aktualnie brak realnych konsekwencji sprzyja utrwalaniu praktyk polegających na zaniżaniu świadczeń lub odmawianiu ich wypłaty.
4. Utworzenie prostego i dostępnego kanału zgłaszania nieprawidłowości przez poszkodowanych. Taki system umożliwiłby:
  - identyfikację najczęstszych problemów i błędów systemowych,
  - analizę decyzji poszczególnych ubezpieczycieli,
  - podejmowanie działań nadzorczych i nakładanie kar,
  - zebranie danych potwierdzających skalę problemu.

Obecnie wiele osób rezygnuje z dochodzenia należnych świadczeń, ponieważ alternatywa w postaci postępowania sądowego jest kosztowna, czasochłonna i obciążająca psychicznie. To z kolei utrwała opisane praktyki, ponieważ generuje oszczędności po stronie ubezpieczycieli.

W aktualnym systemie ubezpieczyciele często wypłacają minimalne kwoty, aby spełnić formalne wymogi, a dopiero po sprzeciwie poszkodowanego rozważają korektę decyzji. Takie działanie nie realizuje celu, jakiemu ma służyć system ubezpieczeniowy.

Jeżeli działalność firm ubezpieczeniowych ma odpowiadać zjawisku określanemu w literaturze jako „wiktymizacja wtórna pokrzywdzonego”, zmiany nie są potrzebne. Jeżeli jednak uznajemy, że system ubezpieczeniowy powinien chronić osoby poszkodowane, a nie minimalizować wypłaty kosztem ich stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, konieczne jest podjęcie działań naprawczych.

Staralem się przedstawić powyższe spostrzeżenia w sposób możliwie przejrzysty. W razie potrzeby udzielę oczywiście odpowiedzi na dodatkowe pytania.

Z poważaniem,

