



Pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń medycznych na tle nowelizacji Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Out-of-court procedure for pursuing medical claims in the context of the amendment to the Act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman

Anita Gałęska-Śliwka^{1,A-E}✉, Marcin Śliwka^{2,A-F}

¹ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Prawa Medycznego, Polska

² Centrum Zarządzania Ryzykiem Medycznym MedRisk, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Gałęska-Śliwka A, Śliwka M. Pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń medycznych na tle nowelizacji Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Med Og Nauk Zdr. 2024; 30(1): 25–33. doi: 10.26444/monz/183054

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Pozasądowy model dochodzenia roszczeń medycznych obowiązuje od 1 stycznia 2012 roku. Ustawodawca pokładał w nim nadzieje na redukcję kosztów i uproszczenie postępowania w sprawach medycznych. Nie wszystkie cele udało się osiągnąć i po ponad 10 latach zdecydowano się na wprowadzenie nowego systemu kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych. Celem artykułu jest analiza zmian w pozasądowym modelu kompensacji szkód medycznych, a także zwrócenie uwagi kadry zarządzającej i osób wykonujących zawody medyczne na aktualne rozwiązania prawne w tym zakresie.

Metody przeglądu. Pracę przygotowano na podstawie literatury prawnej, informacji zawartych w polskim Systemie Informacji Prawnej „LEX” oraz Systemie Aktów Prawnych znajdującym się na pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/>.

Opis stanu wiedzy. Z uwagi na potrzebę odciążenia sądów postępowaniami w sprawie odszkodowań w sektorze medycznym oraz stworzenia szybszych i tańszych rozwiązań prawnych ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie alternatywnego trybu dochodzenia roszczeń. Szybko okazało się, że nie wszystkie cele udało się zrealizować. W następstwie prac legislacyjnych znowelizowano Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, na mocy której od 6 września 2023 roku funkcjonuje nowy model pozasądowego kompensowania szkód doznanych przez pacjentów w wyniku zaistnienia zdarzenia medycznego.

Podsumowanie. Wprowadzony niedawną nowelizacją Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tryb pozasądowego dochodzenia roszczeń opiera się na instytucji Rzecznika Praw Pacjenta i Funduszu Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych. Przyjęte rozwiązania mają usprawnić system

pozasądowego dochodzenia roszczeń. Analiza wprowadzonych zmian prowadzi do pozytywnej oceny nowego modelu, jednakże nie wszystkie błędy ograniczające jego efektywność udało się ustawodawcy wyeliminować.

■ Słowa kluczowe

Rzecznik Praw Pacjenta, prawa pacjenta, pacjent, sąd, odszkodowanie, kompensacja szkody

■ Abstract

Introduction and Objective. An out-of-court model of pursuing medical claims became effective on 1 January 2012. The legislator had hopes to reduce costs and simplify the proceedings in medical cases. Not all of the objectives were achieved, therefore, it was necessary to amend the model introduced in 2012. The purpose of this article is to analyse the changes in the out-of-court model of pursuing claims made in 2023, as well as to ensure the staff that manages healthcare entities and medical personnel pay attention to the current legal solutions. Review methods: This thesis was written based on the data contained in the Polish System of Legal Information called “LEX”, the Online System of Legal Acts available at <https://isap.sejm.gov.pl/>

Brief description of the state of knowledge. Due to the need to relieve common courts of proceedings on compensation in the healthcare, and to offer a faster and cheaper alternative for patients, the legislator decided to introduce a procedure for pursuing claims under Polish law. However, in time, it turned out that not all the objectives set before that model were achieved. Therefore, a change was necessary. The Act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman was revised, resulting in a new model of out-of-court compensation for damages incurred by patients arising from medical events introduced to the Polish law.

Summary. The out-of-court proceedings for pursuing medical claims, introduced with the recent amendment to the Act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman, is based on the institution of the Patient Rights Ombudsman

✉ Adres do korespondencji: Anita Gałęska-Śliwka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Prawa Medycznego, ul. Jagiellońska 13–15, 85-067 Bydgoszcz
E-mail: anita.galeska.sliwka@gmail.com

Nadesłano: 12.10.2023; zaakceptowano do publikacji: 24.01.2024; publikacja online: 05.02.2024

and the Medical Event Compensation Fund. Analysis of the introduced changes leads to a positive evaluation of the new model, however, not all errors limiting its effectiveness were eliminated by the legislator.

WPROWADZENIE

Roszczenia związane ze szkodami w sektorze ochrony zdrowia są jednymi z najtrudniejszych do udowodnienia przez poszkodowanych. Największe wyzwania wiążą się zazwyczaj z wykazaniem przesłanek odpowiedzialności cywilnej świadczoniodawcy, a zwłaszcza jego winy oraz związku przyczynowego zachodzącego pomiędzy zdarzeniem, z którym system prawny wiąże obowiązek odszkodowawczy, a zaistniałą szkodą. Trudnościom tym towarzyszą nierzadko wysokie koszty sądowe. Wspomniane problemy znacznie spowalniają proces uzyskania przez poszkodowanych rekompensaty szkód poniesionych w sektorze ochrony zdrowia. Ostatnie dwie dekady przyniosły jednak szansę na poprawę tej sytuacji, bowiem na świecie, a także w Polsce, nasiliły się tendencje do tworzenia alternatywnych pozasądowych modeli dochodzenia roszczeń w zakresie szkód medycznych [1].

W następstwie debaty nad wadami i ograniczeniami sądowego modelu dochodzenia roszczeń medycznych wprowadzono w Polsce – na mocy Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych – model pozasądowego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez pacjentów związany ze szkodami w leczeniu. Zmiany weszły w życie dnia 1 stycznia 2012 roku i zainicjowały działalność wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej: komisje) [2]. Celem ustawodawcy było odciążenie sądów powszechnych oraz uproszczenie i skrócenie postępowań.

SKUTECZNOŚĆ I EFEKTYWNOŚĆ „KOMISYJNEGO” MODELU DOCHODZENIA ROSZCZEŃ

Z wprowadzeniem pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń medycznych opartego na działalności komisji wiązano liczne nadzieje. Oczekiwano, że model ten pozwoli przyspieszyć uzyskanie odszkodowania i zadośćuczynienia w sprawach medycznych. Obniżeniu miały ulec koszty uzyskania świadczenia. Wysoka opłata, wynosząca 5% wartości przedmiotu sporu, obowiązująca w postępowaniu cywilnym, zastąpiona została niską opłatą w kwocie 200 zł. Przewidywano także, że zarówno uproszczenie, jak i zredukowanie kosztów postępowania wpłynie na wzrost liczby dochodzonych odszkodowań, jednocześnie nie obciążając wymiaru sprawiedliwości [3]. Wydawało się, że wprowadzony za sprawą komisji model będzie stanowił skuteczną przeciwwagę dla postępowań sądowych i uda się zrealizować cele przyświecające ustawodawcy [4–6]. Z czasem jednak stało się oczywiste, że narzucone przez ustawodawcę ramy czasowe [7], zasady procedowania wniosku [8], brak przepisów o współuczestnictwie [9], ograniczenie podmiotowe [10] czy problemy z opracowaniem oferty ubezpieczenia dla szpitali [11], a także brak uprawnienia do weryfikowania przez wojewódzką komisję wysokości odszkodowania

Key words

compensation, patient rights, court, damages, Patient Ombudsman, patient

zapropionowanego przez ubezpieczyciela albo podmiot leczniczy prowadzący szpital [12] odbijają się na skuteczności modelu komisyjnego i nie pozwolą w znaczącym stopniu na odciążenie sądów sprawami medycznymi, a tym samym nie doprowadzą do uproszczenia i przyspieszenia procesu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych [13, 14]. W doktrynie wielokrotnie podkreślano wady wspomnianego modelu, podnosząc m.in., że nałożono na wnioskodawcę obowiązek wskazania propozycji wysokości odszkodowania w granicach „minimalnej wysokości świadczenia” określonej w ustawie, a w rzeczywistości wspomniany obowiązek pozbawiony był większego sensu, bowiem kwota wskazana we wniosku nie zobowiązywała ubezpieczyciela czy podmiotu leczniczego do jej akceptacji, a sama komisja nie posiadała kompetencji do orzekania w zakresie wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia. W rezultacie wskazana we wniosku propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia materializowała się tylko w przypadku, gdy ubezpieczyciel czy podmiot leczniczy w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku nie przedstawili swojego stanowiska w sprawie. W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 67d ust. 6 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, akceptacja wniosku w zakresie wskazanych w nim okoliczności oraz wysokości proponowanego przez wnioskodawcę odszkodowania i zadośćuczynienia stawała się faktem. Krytyczne głosy przedstawicieli doktryny dotyczyły także m.in. tego, iż nie przyznano wnioskodawcy skutecznych instrumentów pozwalających na weryfikację przedstawionej przez ubezpieczyciela czy podmiot leczniczy propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. W rezultacie prowadziło to do zaniżania wartości świadczeń [15]. Ponadto ustawa zakładała, że zaakceptowanie przez pacjenta zaproponowanej mu wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia skutkuje zrzeczeniem się roszczeń za szkody, które ujawniły się już po złożeniu wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Taka sytuacja była skrajnie niekorzystna dla pacjenta. Z jednej strony pozbawiała go bowiem możliwości pełnej kompensacji szkody, a z drugiej podważała idee trybu komisyjnego, który z założenia miał mieć charakter fakultatywny. W rzeczywistości przyjęta konstrukcja prawna tylko pozornie gwarantowała pacjentowi prawo wyboru trybu dochodzenia roszczeń, wprowadzając zastrzeżenie, że akceptacja świadczeń w trybie komisyjnym wyłącza możliwość dochodzenia roszczeń o odszkodowanie uzupełniające na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego (dalej: k.c.) [16]. Na krytykę zasługuje także pozornie środków zaskarżenia przyznanych wnioskodawcy w trybie komisyjnym. Ustawodawca przewidział dwie możliwości, tj. złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz wniesienie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji. Warto jednak nadmienić, że skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji mogła dotyczyć tylko naruszenia przepisów proceduralnych [17], a wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy służył tylko ponownemu zbadaniu, czy we wnioskowanej sprawie doszło do zdarzenia medycznego, czy nie, co nie miało znaczenia, w przypadku gdy samo ustalenie zaistnienia zdarzenia

medycznego nie budziło zastrzeżeń. Zastrzeżenia dotyczyły np. wysokości propozycji świadczenia [18].

Jaskrawe światło na problemy związane z funkcjonowaniem komisji rzucił raport pokontrolny Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK) z 2018 roku [19]. Przeprowadzona przez NIK kontrola wyraźnie wykazała, że ponad połowa wszystkich decyzji, które zapadły w sprawach zgłoszonych przez wnioskodawców, zakończyła się z naruszeniem ustawowego 4-miesięcznego terminu. Niekiedy rozstrzygnięcia zapadały nawet po upływie 22 miesięcy. Kontrola wykazała także, że większość komisji nagminnie posiłkowała się opiniami biegłych. W niektórych przypadkach opinie biegłych wykorzystywane były nawet w 85% wszystkich orzeczeń. Tak poważne wykorzystanie w opinii biegłych znacząco wydłużyło okresy procedowania wniosków i uniemożliwiało wydanie orzeczenia w ustawowym 4-miesięcznym terminie. Ponadto szpitale nie dążyły do wypłaty świadczeń adekwatnych do poniesionych przez pacjentów szkód, co wynikało z tego, że Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 roku w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego [20] nie określało minimalnych kwot świadczenia, a jedynie ich górne limity [21].

W rezultacie przeprowadzonej kontroli NIK słusznie zauważył, że „Działanie systemu ochrony zdrowia związane jest z ryzykiem występowania różnego rodzaju zdarzeń niepożądanych. Obowiązujące regulacje prawne powinny chronić pacjenta i zapewniać mu skuteczne narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku wystąpienia błędu medycznego. Ustalenia kontroli wskazują, iż obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie spełnia tej roli. Liczba spraw w sądach powszechnych nie uległa zmniejszeniu, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed komisjami jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów, o czym świadczy m.in. niewielki odsetek zaakceptowanych przez nich propozycji dotyczących kwot odszkodowania i zadośćuczynienia” [22].

Podobnie jak NIK, również Rzecznik Praw Pacjenta dokonał negatywnej oceny funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wskazał m.in. na to, że niektóre z regulacji zawartych w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, do przestrzegania których zobowiązane są komisje, powodują, że stworzony na potrzeby pacjentów model pozasądowego dochodzenia roszczeń nie stanowi rzeczywistej i skutecznej alternatywy dla sądownictwa powszechnego, a cele w postaci skrócenia i uproszczenia postępowania nie zostały osiągnięte [23].

Ponadto, jak wynika z danych Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczących odszkodowań i zadośćuczynień za szkody, które zostały wyrządzone przez sektor ochrony zdrowia w latach 2011–2017, liczba nowych spraw wpływających do sądów I instancji nie uległa zmianie wraz z wprowadzeniem pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń [24].

KOMPENSACJA SZKÓD MEDYCZNYCH PO NOWELIZACJI USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

W związku z niespełnieniem oczekiwań, jakie wiążąno z działalnością wojewódzkich komisji ds. orzekania

o zdarzeniach medycznych, stało się oczywiste, że model pozasądowego dochodzenia roszczeń musi ulec zmianie. W wielu krajach Unii Europejskiej system ten bazuje na specjalnie do tego powołanych instytucjach, których celem jest kompensacja doznanych przez pacjentów szkód. Rozwiązania te są szczególnie popularne w Skandynawii [25]. W krajach nordyckich początkowo dochodzenie roszczeń opierało się na dobrowolnym ubezpieczeniu społecznym, wiążącym się z zobowiązaniem podmiotów leczniczych do kompensacji szkód poniesionych przez pacjenta w związku z leczeniem. Model ten cechował się prostotą i szybkością postępowania, bowiem dla rozstrzygnięcia roszczenia nie wymagano wykazania winy pracownika medycznego. Aktualnie model pozasądowego dochodzenia roszczeń opiera się na zasadzie, zgodnie z którą dostęp poszkodowanych do odszkodowania powinien być powszechny i łatwy; zadaniem systemu powinno być wspieranie poprawnych relacji zachodzących pomiędzy pacjentami a personelem medycznym, a stwierdzenie błędu nie powinno służyć stygmatyzacji, lecz edukacji i podnoszeniu bezpieczeństwa oraz jakości świadczeń zdrowotnych [26, 27]. Model ten znacznie obniża liczbę postępowań sądowych. Jest on powszechnie stosowany w krajach skandynawskich [28].

W następstwie poczynionych obserwacji i stwierdzonej nieefektywności dotychczasowych rozwiązań oczywista stała się potrzeba stworzenia w Polsce nowego, pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń przez pacjentów [29]. Nowy model kompensacji szkód medycznych, który zaczął obowiązywać 6 września 2023 roku, został szczegółowo uregulowany w rozdziale 13b („Kompensacja szkód wynikających ze zdarzeń medycznych”) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz.U. z 2023 r., poz. 1545; dalej: u.p.p.) [30].

Nowe przepisy znajdują zastosowanie do zdarzeń medycznych zaistniałych w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu (art. 67q u.p.p.). Świadczenie kompensacyjne wypłacane będzie pacjentowi, a w przypadku jego śmierci: krewnemu pierwszego stopnia, niepozostającemu w separacji małżonkowi, osobie pozostającej w stosunku przysposobienia oraz osobie pozostającej z pacjentem we wspólnym pożyciu. Nakreślony katalog podmiotów należy ocenić pozytywnie, odpowiada on bowiem wnioskowi zgłaszanym w doktrynie, krytycznie odnoszącym się do uprawnień, które we wcześniej obowiązującym modelu zastrzeżone było na rzecz spadkobierców zmarłego [31]. Samo świadczenie będzie natomiast realizowane ze środków Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, o którym mowa w art. 67zi u.p.p.

Wysokość świadczenia kompensacyjnego uzależniona została od rodzaju, a także następstw zdrowotnych oraz stopnia dolegliwości wynikających ze zdarzenia medycznego, takich jak uciążliwość leczenia, uszczerbek na zdrowiu oraz pogorszenie jakości życia. W przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym wysokość świadczenia kompensacyjnego przyznanego z tytułu jednego zdarzenia w odniesieniu do jednego wnioskodawcy wynosi od 2 tys. do 200 tys. zł. W razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2 tys. do 200 tys. zł, a w przypadku śmierci pacjenta – od 20 tys. do 100 tys. zł.

Ustalając wysokość świadczenia kompensacyjnego, należy uwzględnić następujące czynniki:

- 1) w przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – charakter następstw zdrowotnych, a także stopień dolegliwości, które wynikają z zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, m.in. w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;
- 2) w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości, które wynikają ze zdarzenia medycznego, m.in. w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;
- 3) w przypadku śmierci pacjenta – pozostawanie w związku małżeńskim w chwili śmierci pacjenta, pokrewieństwo, pozostawanie w stosunku przysposobienia, pozostawanie we wspólnym pożyciu oraz wiek osoby, o której mowa w art. 67r ust. 2 u.p.p., oraz wiek zmarłego pacjenta.

Na tym etapie trudno dokonać jednoznacznej oceny nowych rozwiązań. Czas pokaże, czy proponowane kwoty okażą się satysfakcjonujące dla poszkodowanych. Szczegółowe zasady ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego zostaną doprecyzowane w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Kształt niniejszego projektu był szeroko komentowany w doktrynie.

Przyjmowano, że w pewnej mierze można oczekiwać regulacji zbliżonej do tej zawartej we wzmiankowanym już Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 roku w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego [32], które wiązało wysokość świadczenia z czynnikami obiektywnymi, takimi jak stopień pogorszenia zdrowia, pogorszenie jakości życia, uciążliwość leczenia lub inna krzywda, pozostająca w związku ze zdarzeniem medycznym. Pamiętajmy jednak, iż to rozporządzenie było nagminnie ignorowane przez podmioty lecznicze oraz zakłady ubezpieczeń na etapie składania poszkodowanym propozycji świadczenia.

Podkreślano, że pewną wskazówkę może stanowić również projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu i warunków wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym oraz śmierci pacjenta. Przywołany dokument został opublikowany na stronach internetowych Rządowego Centrum Legislacji 14 października 2022 roku [33], a następnie przedłożony do prac parlamentarnych wraz z rządowym projektem ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta (Druk nr 2898). Ostatecznie projekt ten został jednak odrzucony przez Sejm 14 kwietnia 2023 roku.

Wspomniany projekt uzależniał wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia od charakteru następstw zdrowotnych zdarzenia medycznego, uciążliwości leczenia i pogorszenia jakości życia. Zgodnie z algorytmem przewidzianym w projekcie ocena charakteru następstw zdrowotnych zdarzenia medycznego miała polegać na ustaleniu rodzaju następstwa zdrowotnego, a wysokość świadczenia kompensacyjnego stanowiła sumę kwot odpowiadających poszczególnym następstwom zdrowotnym. Przykładowo całkowitą utratę kończyny górnej powyżej stawu łokciowego projektodawcy wycenili na 55 tys. zł., amputację skrzydła nosa na 8 tys. zł.,

a całkowitą utratę wzroku w obu oczach na 85 tys. zł. Ocena uciążliwości leczenia miałyby polegać na ustaleniu rodzaju dyskomfortu. Przykładowo zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym wyceniono na 10 tys. zł., izolację pacjenta dłuższą niż 10 dni – na 2 tys. zł., a prowadzenie terapii nerkozastępczej – na 25 tys. zł. W podobny sposób wyceniono pozostałe czynniki, w tym ocenę pogorszenia jakości życia oraz konsekwencje zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub wystąpienia choroby spowodowanej takim czynnikiem. Wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku śmierci pacjenta byłaby uzależniona od wieku zmarłego oraz rodzaju więzi między nim a osobą najbliższą.

Gdyby Minister Zdrowia zdecydował się wydać rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego w sposób podobny do tego, który został przywołany w powyższym akapicie, to można by zaryzykować tezę, iż nowy tryb kompensacyjny może okazać się atrakcyjny dla osób dotkniętych mniejszymi oraz średnimi szkodami medycznymi. W przypadku spraw złożonych oraz skutkujących poważnymi uszczerbkami ramy nowego modelu mogą okazać się zbyt wąskie. Na tym etapie jest to jednak założenie czysto spekulacyjne.

Na ten moment, rozważania te zdaje się kończyć projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2023 r. w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta (MZ 1598). Wedle niniejszego dokumentu na wysokość świadczenia kompensacyjnego składać się ma suma kwot odpowiadających charakterowi następstw zdrowotnych oraz stopniowi dolegliwości w zakresie uszczerbku na zdrowiu, uciążliwości leczenia oraz pogorszenia jakości życia np. uszczerbek na zdrowiu w postaci całkowitej utraty kończyny górnej powyżej stawu łokciowego wyceniono na 55.000 zł, a całkowitą utratę ręki na 35.000; stomia układu moczowego to 15.000; izolacja pacjenta dłuższa niż 10 dni to 2.000zł. Wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie pogorszenia jakości życia wyceniono np. w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji na poziomie 40.000 zł, istotne ograniczenie funkcji seksualnych 20.000 zł, a np. istotne ograniczenie możliwości pełnienia ról społecznych lub rodzinnych 8.000 zł. Wspomniany projekt rozporządzenia różnicuje wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku śmierci pacjenta zależnie od relacji zachodzącej pomiędzy wnioskodawcą, a zmarłym pacjentem oraz wieku wnioskodawcy i wieku zmarłego pacjenta. Przykładowo, jeśli wnioskodawcą jest dziecko własne, dziecko przysposobione w wieku do 18 roku życia świadczenie kompensacyjne w wysokości 100.000 zł przysługuje w przypadku, gdy zmarły pacjent nie ukończył 25 lat. W przypadku, gdy zmarły miał 25-42 lata świadczenie kompensacyjne wynosić ma 80.000 zł, w przypadku gdy zmarły miał 46-65 lat- 50.000zł, a powyżej 65 lat- 30.000 zł. Jaki będzie ostateczny kształt rozporządzenia okaże się jednak dopiero po zakończeniu procesu konsultacyjnego i jego ogłoszeniu.

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego składa się do Rzecznika Praw Pacjenta. Podmiotem uprawnionym do jego złożenia jest pacjent, a w przypadku jego śmierci krewny pierwszego stopnia, niepozostający w separacji małżonek, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz osoba pozostająca z pacjentem we wspólnym pożyciu (art.

67t ust. 2 u.p.p.). Takie określenie podmiotów jest niewątpliwie precyzyjniejsze niż niefortunne skategoryzowanie osób uprawnionych do złożenia wniosku na gruncie poprzedniego stanu prawnego. Przypomnijmy, iż zgodnie z art. 67b ust. 1 pkt 2 u.p.p. w razie śmierci pacjenta wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego mogli złożyć jedynie spadkobiercy zmarłego. Kwalifikowanie ich do grona osób pośrednio poszkodowanych było całkowicie nietrafne. W efekcie poza zakresem kompensacji pozostawała szeroka grupa bliskich osób, które rzeczywiście doznały szkód na skutek śmierci pacjenta [34]. Nie sposób jednak nie zauważyć, iż ustawodawca, zapewne z przyczyn finansowych, zdecydował się zawęzić grono osób uprawnionych do skorzystania z dobrodziejstw nowego modelu do grupy osób pośrednio poszkodowanych, wyodrębnionej na mocy regulacji prawno-cywilnych, ale także wprowadzając zawężającą ten krąg osób definicję osoby bliskiej.

Złożenie wniosku wiąże się z obowiązkiem wniesienia 300 zł opłaty (art. 67t ust. 4 u.p.p.), która podlega zwrotowi w przypadku przyznania świadczenia kompensacyjnego (art. 67t ust. 5 u.p.p.). Wniosek musi zawierać wskazane przez ustawodawcę dane, w tym: dane osoby wnioskującej, imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (o ile dotyczy); adres korespondencyjny; numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli wnioskodawca je posiada; wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta; dane zmarłego pacjenta, o ile wniosek składają inne uprawnione podmioty, wraz ze wskazaniem charakteru relacji zachodzącej pomiędzy wnioskodawcą a zmarłym; oznaczenie podmiotu z działalnością, z którym wiąże się wniosek; datę uzyskania przez wnioskodawcę informacji o zdarzeniu medycznym; uzasadnienie, w tym wskazanie faktów, na których wniosek jest oparty; numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, na który ma być przekazane świadczenie kompensacyjne, albo adres, na który ma być dokonany przekaz pocztowy (art. 67u ust. 1 u.p.p.). Ponadto do wniosku należy załączyć (art. 67u ust. 2 u.p.p.): kopię dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów, które potwierdzają opisany we wniosku stan faktyczny albo szczegółową informację o braku takich dokumentów; dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do złożenia wniosku; potwierdzenie wniesienia opłaty; oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie. Na podkreślenie zasługuje odejście od obowiązku wskazania we wniosku propozycji świadczenia oraz uprawdopodobnienia okoliczności stanowiących przedmiot wniosku.

Do wniosku należy dołączyć również oświadczenie, z którego będzie wynikać, że wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a także oświadczenie, że sąd nie orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązkę. Postępowanie w sprawie świadczenia kompensacyjnego nie jest wszczynane, a wszczęte zostaje umorzony, w przypadku gdy w związku ze zdarzeniem medycznym będącym podstawą wniosku zachodzi jedna z następujących sytuacji: 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; sąd orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązkę (art. 67v u.p.p.).

Przy Rzeczniku Praw Pacjenta działa Zespół ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (dalej: Zespół). Do jego zadań należy wydawanie opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków (art. 67x u.p.p.). Zespół powinien wydać opinię w terminie 2 miesięcy, licząc od dnia otrzymania wniosku. Decyzje Zespołu zapadają w składzie maksymalnie 3 członków. Do grona członków Zespołu może zostać powołana wyłącznie osoba, która spełnia narzucone przez ustawodawcę warunki, tj.:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra albo inny równorzędny, który został uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku związanym z kształceniem w zakresie nauk medycznych;
- 2) wykonuje zawód medyczny przez co najmniej 5 lat bądź posiada stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu;
- 3) nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) korzysta z pełni praw publicznych.

Nie sposób przecenić znaczenia art. 67x ust. 4 u.p.p., który przewiduje, iż w skład Zespół wchodzi minimum 20 osób, które są powoływane przez Rzecznika. Warto nadmienić, iż co najmniej 15 członków Zespołu powinno wykonywać zawód lekarza. Od praktycznego zastosowania tego przepisu – a zwłaszcza od zbudowania odpowiednio licznego oraz doświadczonego zespołu – zależeć będzie efektywność całego trybu. Wydaje się, iż braki w tym zakresie będą bezzłotnie wpływały na kwestię dochowania terminów – zarówno tych dotyczących wydania opinii przez Zespół, jak i samej decyzji Rzecznika Praw Pacjenta. Porównując nowe rozwiązania do ram prawnych, w których funkcjonowały wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, trzeba wskazać na brak odpowiednika uchylonego art. 67 i ust. 7 u.p.p., który pozwalał Komisji na zasięgnięcie opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2 u.p.p., albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, o ile stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymagało wiadomości specjalnych.

W pełni zdajemy sobie sprawę z ograniczeń oraz wskazanych wcześniej powodów niedochowywania terminów przez komisje wojewódzkie. Jednocześnie jednak można odnieść wrażenie, że całkowite wyrugowanie możliwości zasięgnięcia opinii biegłych w powiązaniu z obowiązkiem analizy złożonego stanu faktycznego konstytuującego pojęcie zdarzenia medycznego (o czym w dalszej części artykułu) może stanowić zbyt duże obciążenie dla Zespołu oraz istotnie utrudnić dochowanie terminów do wydania decyzji przez Rzecznika Praw Pacjenta. Uwaga ta jest istotna, gdyż na wniosek pacjenta w decyzji określa się również, czy zdarzenie medyczne spowodowało poważne następstwa zdrowotne, a także okres ich przewidywanego trwania, który może wynosić maksymalnie 5 lat.

Decyzja powinna zostać wydana w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo opłaconego wniosku (art. 67z ust. 3 u.p.p.). W terminie 30 dni od dnia, gdy decyzja, w której przyznano świadczenie kompensacyjne i ustalono jego wysokość, stała się prawomocna, wnioskodawca składa Rzecznikowi oświadczenie o przyjęciu lub o rezygnacji ze świadczenia kompensacyjnego (art. 67zc ust. 1 u.p.p.). Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego 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 (art. 67zc ust. 2 u.p.p.). Natomiast złożenie oświadczenia o rezygnacji ze świadczenia kompensacyjnego lub niezłożenie oświadczeń oznacza zrzeczenie się przez wnioskodawcę świadczenia kompensacyjnego (art. 67zc ust. 3 u.p.p.). Świadczenie wypłacane jest w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o jego przyjęciu (art. 67zd ust. 1 u.p.p.).

Zgodnie z przyjętą regulacją na Rzeczniku spoczywa obowiązek poinformowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z którego działalnością wiąże się wniosek, o wypłacie świadczenia kompensacyjnego, a podmiot zobowiązany jest do dokonania analizy przyczyn źródłowych zdarzenia medycznego oraz sformułowania i wdrożenia zalecenia, którym jest podjęcie działań służących podniesieniu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które mają na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia medycznego, chyba że w tym zakresie analiza ta została już przeprowadzona (art. 67zd ust. 3 u.p.p.). Wydaje się, iż zignorowanie omawianego obowiązku przez podmiot, a w efekcie niepodjęcie prób usunięcia czynnika odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego ze struktury szpitalnej, może zostać potraktowane jako praktyka uderzająca w grupę potencjalnych pacjentów narażonych na ponowne wystąpienie podobnego zdarzenia medycznego. Tym samym można mówić wówczas o praktyce naruszającej zbiorowe prawa pacjentów w myśl art. 59 u.p.p.

Od decyzji wydanej przez Rzecznika wnioskodawca ma prawo odwołać się do Komisji Odwoławczej ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (dalej: Komisja). Komisja ta działa przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Wniesienie odwołania podlega opłacie w wysokości 200 zł (art. 67ze ust. 2 u.p.p.). W przypadku uchylecia decyzji na skutek odwołania opłata podlega zwrotowi (art. 67ze ust. 5 u.p.p.). Orzeczenia Komisji zapadają na posiedzeniu niejawnym większością głosów, a w przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego. Członek Komisji nie może wstrzymać się od głosu (art. 67zf ust. 2 u.p.p.).

ZDARZENIE MEDYCZNE JAKO FUNDAMENT NOWEGO MODELU KOMPENSACJI SZKÓD MEDYCZNYCH – PRZYCZYNEK DO DYSKUSJI

Na szczegółową ocenę nowych rozwiązań przyjdzie jeszcze czas. Jednak już na tym etapie warto odnieść się do kwestii fundamentalnych, od których może zależeć sukces lub porażka nowego trybu kompensacyjnego.

Niska efektywność postępowania przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych wynikała z wielu okoliczności. Czynnikiem, który z pewnością wpłynął na charakter i złożoność omawianych postępowań,

była przyjęta definicja zdarzenia niepożądanego. Zgodnie z art. 67a u.p.p. stosownej kompensacji można było domagać się w razie zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, jeśli zaistniałe zdarzenie jest następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego.

W doktrynie słusznie wskazywano, iż ustawodawca, budując alternatywny wobec sądowego model dochodzenia roszczeń medycznych, całkowicie pominął trend tzw. obiektywizacji odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego [35], a posłużenie się pojęciem działania/zaniechania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną *de facto* implikowało winę świadczeniodawcy. Jak trafnie wskazują M. Nesterowicz i M. Wałachowska, „Nie jest to jednak No Fault Patient Insurance, gdyż działania medyczne, tzw. »zdarzenia medyczne«, które spowodowały zakażenie pacjenta, jego uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia albo śmierć, musi być niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a to już wskazuje winę lekarza” [36].

Powyższe oznaczało pozostawienie poza ramami postępowania wielu pacjentów dotkniętych różnego rodzaju wypadkami i incydentami medycznymi, w przypadku których niemożliwe było ustalenie podmiotu winnego. To samo dotyczyło zresztą pacjentów, którzy doznawali szkód w związku z realizacją procedur wykonanych wprawdzie zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, które jednak zakończyły się znanymi w nauce powikłaniami oraz medycznie akceptowanymi skutkami ubocznymi.

Przyjęcie tak restrykcyjnej definicji zdarzenia medycznego skutkowało przedłużeniem postępowań ze względu na częstą konieczność zasięgnięcia opinii biegłych. Ocena, czy postępowanie medyczne było zgodne z aktualną wiedzą medyczną, co było okolicznością o istotnym znaczeniu dla wydania orzeczenia, wymagało wiadomości specjalnych. W takim wypadku wojewódzka komisja winna była zasięgnąć opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Wadliwe w naszej ocenie zdefiniowanie zdarzenia medycznego jako działania/zachowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną było podstawowym źródłem problemów, z którymi zetknęły się osoby składające wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego. Piszący te słowa niewątpliwie liczyli, iż po analizie dorobku wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych ustawodawca dojdzie w tej materii do stosownego wniosku. W uzasadnieniu trafnie wskazywał bowiem, iż poszkodowanym – nawet jeśli skorzystają z trybu postępowania przed komisją – w znacznej części przypadków i tak pozostaje dochodzenie roszczeń odszkodowawczych na drodze sądowej. W praktyce oznaczało to trudne i konflikto-genne dochodzenie roszczeń odszkodowawczych, stosunkowo niewielką szansę na uznanie roszczeń lub ugodę na etapie przedsądowym, a także długie, drogie i mało przewidywalne postępowania sądowe.

Tymczasem, z niezrozumiałych przyczyn, ustawodawca zdecydował się istotnie zawęzić pojęcie zdarzenia

medycznego, będącego podstawą ubiegania się o świadczenie kompensacyjne. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 11 u.p.p. zdarzenie medyczne to zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- a) zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- b) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo
- c) śmierć pacjenta,

którego to zdarzenia 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.

Analizując nową definicję zdarzenia medycznego można odnieść wrażenie, że historia ponownie zatoczyła koło. Oparcie tego pojęcia na fundamencie niezgodności z zasadami aktualnej wiedzy medycznej (lub zastosowania innej, w domyśle: prawidłowej, metody diagnostycznej lub leczniczej) *de facto* zmusi Rzecznika Praw Pacjenta oraz Zespół do wypowiedzenia się, w jakim stopniu zachowanie podmiotów biorących udział w zdarzeniu było obiektywnie nieprawidłowe, co biorąc pod uwagę specyfikę spraw medycznych może często wiązać się z oceną możliwości przypisania winy w znaczeniu subiektywnym. Ponownie będzie to zadanie trudne, a jego realizacja będzie wymagała zasięgnięcia wiedzy specjalistycznej.

Pamiętajmy, iż liczne akty prawne nakładają obowiązek postępowania zgodnego z zasadami aktualnej wiedzy medycznej zarówno na podmioty lecznicze, jak i osoby wykonujące zawody medyczne. Zgodnie z art. 6 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W podobnym tonie skonstruowany jest art. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry [37]: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Podobnie stanowi również art. 11 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej [38]: „Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Jednocześnie jednak mamy uczucie straconej szansy przyznania kompensacji pacjentom, którzy doznali szkód w wyniku incydentów i wypadków medycznych, które mają miejsce pomimo postępowania zgodnego z zasadami wiedzy medycznej.

Ustawodawca ponownie pomija problemy wynikające z postępowającego w orzecznictwie sądów polskich trendu zmierzającego do obiektywizacji przesłanek odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawców, gdzie samo naruszenie zasad aktualnej wiedzy medycznej *de facto* przesądza o winie podmiotu leczniczego lub osoby wykonującej zawód medyczny. Wydaje się, iż od tego problemu nie uciekniemy również na gruncie nowego postępowania kompensacyjnego.

Przykładów płynących z orzecznictwa jest oczywiście

sporo. Przykładowo lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać wyłącznie w sytuacji, gdy wystąpi jednocześnie element obiektywnej oraz subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się więc z naruszeniem zasad, które wynikają z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia oraz deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, który należy rozumieć jako naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, które oceniane jest z perspektywy nauki oraz praktyki medycznej. Stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, która winna być oceniona pod kątem określonego wzorca, tj. standardu postępowania, przy czym przy dokonywaniu oceny należy przyjąć kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej [39]. Pamiętajmy, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, w razie wyrządzenia szkody będzie to przemawiać za jego winą. Wzorzec jest konstruowany wedle obiektywnych kryteriów poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić jako negatywne [40–42].

Jeszcze bardziej surowo oceniane jest naruszenie wspomnianych zasad w przypadku odpowiedzialności podmiotu leczniczego – odpowiedzialność na zasadzie winy jest wówczas warunkowana przez samo naruszenie procedur medycznych przez zatrudnionych w danej placówce pracowników przy spełnieniu pozostałych przesłanek odpowiedzialności, tj. powstania szkody i istnienia związku przyczynowego między jej powstaniem a wskazanym naruszeniem. Natomiast warto podkreślić, że z uwagi na specyfikę tzw. spraw medycznych nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego z całą pewnością [43].

Oczywiście nie każde obiektywnie nieprawidłowe zachowanie osoby wykonującej zawód medyczny oznacza możliwość przypisania jej winy. W często przytaczanym wyroku Sądu Najwyższego (dalej: SN) z dnia 8 grudnia 1970 roku [44] stwierdzono, iż „Nie każdy błąd lekarski, ale tylko błąd zawiniony może powodować odpowiedzialność lekarza bądź Skarbu Państwa, którego funkcjonariuszem jest lekarz, za wynikłą stąd dla pacjenta szkodę (art. 415 i 417 k.c.). W szczególności brak jest do tego podstaw wówczas, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami”. Stanowisko SN wyrażone w wyroku z dnia 8 grudnia 1970 roku było w kolejnych latach wielokrotnie powtarzane w judykaturze, np. w wyroku z dnia 18 stycznia 2013 roku SN podkreślił, że „Odpowiedzialność lekarza powstanie (...) w wypadku »błędu w sztuce«, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca” [45], a w wyroku z dnia 24 lipca 2018 roku SN stwierdził, że „Obciążenie lekarza odpowiedzialnością za szkodę wchodzi w rachubę dopiero wtedy, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie, tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności” [46].

Tym samym rezygnacja z subiektywnego elementu winy w nowym postępowaniu kompensacyjnym jest oczywiście krokiem we właściwą stronę, ale jednocześnie nie stanowi istotnego *novum* w stosunku do postępowania przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jeszcze na gruncie poprzedniego stanu prawnego J. Chojnacki i D. Karkowska trafnie argumentowali, iż „Od wielu lat w judykaturze widoczne są tendencje do pomniejszenia znaczenia subiektywnego elementu winy i dokonywania analizy postępowania sprawcy w konkretnych okolicznościach w odniesieniu do dalece zobiektywizowanego wzorca należytej staranności. W przypadku postępowania przed komisją nie jest konieczne wykazanie winy (w znaczeniu subiektywnym) członka personelu medycznego lub winy własnej szpitala. W trakcie postępowania zbędne jest więc rozważanie umyślności czy niedbalstwa po stronie szpitala. Dla stwierdzenia zaistnienia zdarzenia medycznego wystarczający jest element obiektywnej bezprawności, polegający na zachowaniu lekarza lub osoby wykonującej inny zawód medyczny niezgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, bez potrzeby ustalania przyczyny (motywow) takiego postępowania” [47].

PODSUMOWANIE

Obecnie jest zdecydowanie zbyt wcześnie, by odpowiedzieć na pytanie, czy nowy model kompensacji szkód medycznych spełni oczekiwania społeczne. Niewątpliwie ma on kilka mocnych elementów. Na uznanie zasługuje nie tylko przekazanie Rzecznikowi Praw Pacjenta prerogatywy odnośnie do przyznania świadczenia kompensacyjnego, ale również decydowania o jego wysokości, w zakresie określonym oczekiwanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia. To sprawi, iż świadczenia kompensacyjne określone w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przestaną mieć charakter iluzoryczny, a będą stanowiły realną alternatywę dla pacjentów oraz części osób pośrednio poszkodowanych.

Z kolei zbudowanie całego modelu kompensacyjnego wokół pojęcia zdarzenia medycznego, rozumianego jako zdarzenie, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć pod warunkiem realizacji świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej bądź leczniczej, powodować będzie zbędne komplikowanie postępowań.

Niewątpliwie szansą na odejście od przywoływanej „kultury winy” było przyjęcie Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów [48], która w art. 2 pkt 8 konstruuje pojęcie zdarzenia niepożądanego, rozumianego jako: zdarzenie zaistniałe w czasie udzielania lub w efekcie udzielenia albo zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, które spowodowało lub mogło spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta – w szczególności: zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia oraz uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu.

Jak widać, powyższa definicja skupia się na fakcie wystąpienia szkody podczas lub w efekcie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Dla dokonania kwalifikacji danego incydentu i na tej podstawie przypisania go do zbioru zdarzeń niepożądanych nie jest konieczne wykazywanie niezgodności z zasadami aktualnej wiedzy medycznej. Tak rozumiane

zdarzenie niepożądane powinno być, w ocenie piszących te słowa, podstawą do budowania pozasądowego modelu kompensacji szkód medycznych, który ustawodawca ujął przeciw w siostrzanej nowelizacji do Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, uchwalonej tego samego dnia, podczas tego samego posiedzenia Sejmu.

PIŚMIENNICTWO

1. Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, VI Kadencja, druk sejmowy nr 3488, p. 2.
2. DzU 2011 r. Nr 113, poz. 660.
3. Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, VI Kadencja, druk sejmowy nr 3488, p. 7.
4. Frąckowiak H. Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. C.H. Beck; 2016.
5. Sadowska J. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Currenda; 2016.
6. Sadowska J. Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – wybrane problemy. Przegląd Prawa Medycznego. 2021;3–4:129–148.
7. Serwach M. Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce. Prawo Asekuracyjne. 2012;4:14.
8. Słiwka M. Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych. Prawo i Medycyna. 2012; 3–4:13.
9. Zduński I. Zdarzenie medyczne – błąd medyczny w „nowej szacie”. In: Zdoliński I, editor. Oblicza Temidy. Aspekty prawne ochrony zdrowia. Bydgoszcz; 2013. p. 48.
10. Kowalewski E, Słiwka M, Wałachowska M. Kompensacja szkód wynikających z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych. Prawo i Medycyna. 2010;4:25.
11. Serwach M. Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce. Prawo Asekuracyjne. 2012;4:7.
12. Bagińska E. Alternatywne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu – analiza porównawcza. In: Bagińska E, editor. System prawa medycznego. Tom 5. Warszawa; 2021. p. 91–96.
13. Gąska M. Art. 67m, teza 1. In: L. Boska, editor. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa; 2020.
14. Syroka-Marczewska K, Winciunas PA. Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw zdarzeń medycznych. In: System Prawa Medycznego. Tom III. Warszawa; 2021. p. 1029–1038.
15. Lipińska-Krupa K. Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym. In: Bagińska E, editor. System prawa medycznego. Tom 5. Warszawa; 2021. p. 952–955.
16. Bączyk-Rozwadowska K. Koncepcja no fault compensation a polski system kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych. In: Haberko J, Olejniczak A, Pyrzyńska A, Sokołowska A, editor. Współczesne problemy prawa zobowiązań. Warszawa; 2015. p. 79.
17. Gąska M. Art. 67m, teza 1. In: L. Boska, editor. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa; 2020.
18. Bagińska E. Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej. In: Kowalewski E, editor. Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa. Toruń; 2011. p. 155.
19. NIK informacja o wynikach kontroli „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów”, KZD. 430.005.2018, Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD.
20. DzU 2013, poz. 750.
21. Lipińska-Krupa K. Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym. In: Bagińska E, editor. System prawa medycznego. Tom 5. Warszawa; 2021. p. 943–955.
22. NIK informacja o wynikach kontroli „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów”, KZD. 430.005.2018, Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD. p. 15.
23. Kosztowne orzekanie w sprawie zdarzeń medycznych. <https://politykazdrowotna.com/arttykul/za-blad-szpitala-zaplaci/973602> (access: 2023.07.15).
24. Kaźmierczak M. Praktyczne problemy działania polskiego systemu alternatywnego dochodzenia roszczeń pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Wiadomości Ubezpieczeniowe. 2020;3:58–59.

25. Bączyk K. Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu. TNOiK, 2013.
26. Farrell AM, Devaney S, Dar A. No-Fault compensation schemes for medical injury: A review. <https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php>
27. Analiza modelu Funduszu kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych zaproponowanego w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta na tle porównawczym. https://logos-europa.org/wp-content/uploads/Raport_Analiza_modelu_Funduszu_Kompensacyjnego.pdf (access: 2023.08.31).
28. Stefanek K. Komisje wojewódzkie do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Państwo i Społeczeństwo. 2015;1:98–99.
29. Świątek K. Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawno-porównawcza. Studia Prawa Publicznego. 2023;1:130–135. <http://doi.org/10.14749/spp.2023.1.41.6>
30. DzU 2023, poz. 1545.
31. Świątek K. Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawno-porównawcza. Studia Prawa Publicznego. 2023;1:133. <http://doi.org/10.14749/spp.2023.1.41.6>
32. DzU 2013, poz. 750.
33. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305/katalog/12804539#12804539> (access: 2023.10.05).
34. Ziemiak MP. Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. In: Kowalewski E, editor. Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka Cywilnoprawna i ubezpieczeniowa. Toruń; 2011. p. 170–171.
35. Por. Drozdowska U. Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej podmiotów leczniczych — przyczynek do dyskusji na tle wybranych orzeczeń sądowych. PUG. 2021;12:31.
36. Nesterowicz M, Wałachowska M. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych. In: Kowalewski E, editor. Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka Cywilnoprawna i ubezpieczeniowa. Toruń; 2011. p. 24.
37. t.j.: DzU 2023.1516.
38. t.j.: DzU 2022.2702.
39. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 4 maja 2017 r. (I ACa 1396/16).
40. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09), LEX nr 786561.
41. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 maja 2015 r. (I ACa 1077/14), LEX nr 1733648.
42. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r. (I ACa 1219/14), LEX nr 1665829.
43. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 25 listopada 2019 r. (I ACa 197/18), LEX nr 2877562.
44. II CR 543/70, OSNC 1971/7–8/136.
45. IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.
46. I CSK 589/18 <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/OrzeczeniaHTML/i%20csk%20589-18-1.docx.html> (access: 2023.09.12).
47. Chojnacki J, Karkowska D. Podstawa odpowiedzialności szpitala. In: O zdarzeniach medycznych. ABC Wolters Kluwer; 2014.
48. DzU 2023 poz. 1692.