



Administracyjnoprawny model pozasądowego dochodzenia roszczeń związanych ze zdarzeniami medycznymi

Administrative-legal model of out-of-court settlement of claims related to medical events

Szymon Ewko¹, A-D

¹ Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

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

Ewko Sz. Administracyjnoprawny model pozasądowego dochodzenia roszczeń związanych ze zdarzeniami medycznymi. Med Og Nauk Zdr. 2015;31(3):139–148. doi:10.26444/monz/208052

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Artykuł stanowi próbę oceny nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie, w jakim wprowadza ona administracyjny model pozasądowego dochodzenia roszczeń związanych ze zdarzeniami medycznymi. Nowelizacja ta zlikwidowała dotychczas funkcjonujące wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Praktyka funkcjonowania tych komisji pokazała liczne nieprawidłowości w ich działaniu. Likwidacja komisji wiązała się z wyposażeniem Rzecznika Praw Pacjenta w kompetencję do wydawania decyzji administracyjnych w przedmiocie świadczenia kompensacyjnego. Jednym z celów artykułu jest analiza zakresu podmiotowego i przedmiotowego nowej regulacji. Szczegółnej analizie poddano także charakter świadczenia kompensacyjnego jako alternatywnej formy kompensacji poniesionej szkody oraz doznanej krzywdy.

Metody przeglądu. W artykule dokonano wykładni obowiązujących przepisów, ich porównania z uchylonymi regulacjami, przeglądu literatury i materiałów legislacyjnych oraz przedstawiono kluczowe zagadnienia i wnioski dotyczące funkcjonowania omawianego modelu w systemie prawa.

Opis stanu wiedzy. Tryb przyznawania świadczenia przez Rzecznika Praw Pacjenta znacznie różni się od działania sądu, prowadzącego sprawę dotyczącą dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych. Jego założenia opierają się przede wszystkim na odciążeniu wnioskodawcy w zakresie wykazywania przesłanek odpowiedzialności szpitala oraz zwiększeniu skuteczności dochodzenia roszczeń związanych ze zdarzeniami medycznymi. Działanie w trybie omawianego modelu zdaje się szybsze i skuteczniejsze niż postępowanie sądowe, ale ograniczone jest zakresem zastosowania modelu, a także tym, iż dokładnie określone zostały wysokości wypłacanych świadczeń kompensacyjnych.

Podsumowanie. Pomimo że postępowanie przed Rzecznikiem usuwa niedoskonałości związane z dochodzeniem roszczeń przed komisją wojewódzką, dostrzega się pewne jego ograniczenia.

Słowa kluczowe

Rzecznik Praw Pacjenta, pacjent, prawo medyczne, zdarzenia medyczne, dochodzenie roszczeń

■ Abstract

Introduction and Objective. The aim of the study is to evaluate the amendment to the Patient Rights and Patient Rights Ombudsman Act, to the extent that it introduces an administrative model for out-of-court settlements of claims related to medical events. The amendment abolished previously existing provincial Medical Events Commissions responsible for adjudicating in medical events. The functioning of these commissions revealed numerous irregularities. The abolition of the commissions was accompanied by the granting by the Patient Rights Ombudsman the authority to issue administrative decisions regarding compensatory benefits. One of the objectives of the study is to analyze the subjective and objective scope of the new regulation. Special attention is paid to the nature of compensatory benefit as an alternative form of compensation for damages and suffering.

Review methods. The applicable provisions were interpreted, and compared with repealed regulations, literature reviews and legislative materials, and key issues and conclusions presented concerning the functioning of the discussed model in the legal system.

Brief description of the state of knowledge. The procedure through which the Patient Rights Ombudsman grants such benefits significantly differs from pursuing civil claims through legal proceedings. Its foundations primarily focus on reducing the burden on the applicant in demonstrating the grounds for hospital liability and enhancement of the effectiveness of claim pursuit related to medical events. The discussed model appears to be faster and more efficient than litigation, however, is limited by the scope of its application, as well as the stiffened amounts of compensatory benefits paid.

Summary. Although the proceedings before the Ombudsman remove imperfections associated with pursuing claims before a provincial commission, some of its limitations are recognized.

Key words

patient, medical law, medical events, claim pursuit, Patient Rights Ombudsman

Adres do korespondencji: Szymon Ewko, Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

E-mail: szymon.ewko@icloud.com

Nadesłano: 31.03.2025; zaakceptowano do publikacji: 8.07.2025 publikacja online: first published: 23.07.2025

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Artykuł 45 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. Praktyka pokazuje jednak, że realizacja prawa do sądu w przypadku dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych jest znacząco utrudniona [1]. Pacjent poszkodowany w wyniku zdarzenia medycznego nie dysponuje zazwyczaj specjalistyczną wiedzą medyczną ani środkami finansowymi pozwalającymi mu na skuteczne dochodzenie roszczeń w drodze procesu cywilnego [2]. Układ taki stawia podmioty lecznicze w uprzywilejowanej pozycji, bowiem posiadają one zazwyczaj szersze zaplecze majątkowe i prawne. Pacjent, zależnie od reżimu, na podstawie którego odpowiada podmiot leczniczy, w celu uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia musi samodzielnie wykazać przesłanki jego odpowiedzialności. Nie wchodząc w odmienności odpowiedzialności za czyny niedozwolone i odpowiedzialności kontraktowej, należy wskazać, że w obu przypadkach udowodnienie ich przesłanek jest dla pacjenta niewątpliwym ciężarem. O ile wykazanie szkody może nie nastręczyć trudności, o tyle wykazanie adekwatnego związku przyczynowego, winy lekarza czy nienależytego wykonania (niewykonania) przez niego zobowiązania może już sprawić problemy z uwagi na złożoność przyczyn powodujących szkodę czy konieczność posiadania gruntownej wiedzy medycznej [3]. Nierówność stron sporu powoduje, że placówka medyczna z reguły nie będzie miała problemu z zakwestionowaniem twierdzeń pacjenta. Wydawać by się mogło, że pomocne w ustaleniu rzeczywistego stanu faktycznego byłoby zasięgnięcie dowodu w postaci opinii biegłego. W literaturze wskazuje się jednak, że często występują przypadki tzw. solidarności zawodowej, powodującej, że biegły celowo umniejsza stopień zawinienia sprawcy zdarzenia bądź nawet wyłącza jego winę całkowicie [4]. Choć sędzia nie jest związany opinią biegłego, to zazwyczaj stanowi ona dla niego ważny, czy nawet rozstrzygający, dowód podczas wydawania orzeczenia w sprawie [5]. Dokumentacja medyczna, na podstawie której biegły sporządza opinię, tworzona jest przez podmiot, przeciwko któremu toczy się postępowanie (stanowi o tym § 1 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 798)). Należy podkreślić, że dokumentacja ta powinna być sporządzona niezwłocznie po udzieleniu świadczenia medycznego, opatrzona datą oraz autoryzowana [6]. Jej ocena w ramach postępowania odbywa się już natomiast *ex post*. Pomimo obowiązku prowadzenia dokumentacji w sposób rzetelny i staranny (art. 41 Kodeksu etyki lekarskiej, Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 roku), a także sporządzania jej na bieżąco uzasadnione mogą być jednak wątpliwości co do obiektywności dokonywanych w niej wpisów w przypadku niepowodzeń medycznych przypuszczalnie prowadzących do odpowiedzialności podmiotu leczniczego. W przypadku jednak prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wszelkie zmiany rejestrowane są z dokładnym oznaczeniem czasu ich dokonania, co niewątpliwie ogranicza możliwość manipulacji treścią dokumentacji.

Obowiązek pokrycia przez pacjenta kosztów procesu w przypadku przegranej sprawy, a także nierzadko przewlekły charakter postępowania także stanowią istotne niedogodności sądowego systemu dochodzenia roszczeń [7].

W konsekwencji pacjent przez długi czas narażony jest na dyskomfort finansowy, ale też i psychiczny, z powodu długiego okresu oczekiwania na orzeczenie w sprawie.

A. Skarbuska wskazuje, że w Polsce co roku wpływa do sądów ponad 2500 pozwów w przedmiocie błędów lekarskich, a jedynie 10% spraw, tj. około 250, kończy się wyrokiem uznającym winę lekarza [8]. Taki stan rzeczy może demotywować pacjenta, ewentualnie osobę bliską, do dochodzenia roszczeń związanych z niepowodzeniami medycznymi.

Krótką charakterystyką modelu sądowego z pewną ostrożnością pozwala stwierdzić, że nie jest to model optymalny (z uwagi na przedmiot opracowania pominięte zostały szersze odniesienia do instrumentów procesowych ułatwiających sądowe dochodzenie roszczeń, takich jak zwolnienie z ponoszenia kosztów sądowych czy pomoc prawną z urzędu w postępowaniu). Stąd też analizy wymagają jego alternatywy.

Alternatywne metody rozwiązywania sporów uchodzą obecnie za równoprawne z postępowaniem sądowym [9], ponadto ich popularność oraz ekspansja na przestrzeni ostatnich lat znacząco wzrosły [10]. Można przypuszczać, że mediacja ukierunkowana na polubowne rozwiązanie sporu byłaby atrakcyjną formą rozwiązania sporu dotyczącego kompensacji szkody z tytułu zdarzeń medycznych zarówno dla pacjenta, jak i podmiotu leczniczego. Pomoc fachowo przygotowanej, niezależnej i bezstronnej osoby w określeniu kwestii spornych, zmniejszeniu barier komunikacyjnych oraz opracowaniu propozycji rozwiązań mogłaby doprowadzić, przy woli obu stron, do zawarcia satysfakcjonującego porozumienia (o definicji i przeprowadzaniu mediacji w: *Standardy prowadzenia mediacji i postępowania mediatora uchwalone przez Społeczną Radę do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Sporów* 26.06.2006 r., <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/dokumenty-i-deklaracja-o-stosowaniu-mediacji> (dostęp: 2.02.2025)). Wspomniana nierówność stron w postępowaniu mediacyjnym stawia jednak pacjenta w sytuacji ograniczonej możliwości dochodzenia swoich roszczeń ugodowo. Wynika to z faktu dobrowolności mediacji. Podmiot leczniczy, ważąc swoje interesy i pozostając w przekonaniu, że pacjent nie będzie w stanie dochodzić swoich roszczeń na drodze procesu sądowego, nie decyduje się na udział w mediacji albo nie przejawia w niej chęci polubownego rozwiązania sporu [11].

Wobec powyższego stanu rzeczy ustawodawca, wzorując się na doświadczeniach innych państw, zdecydował się na wprowadzenie nowego trybu dochodzenia roszczeń zbliżonego do systemu *no fault compensation*. System ten w swoich pierwotnych założeniach charakteryzuje się tym, że odciąża poszkodowanego pacjenta w zakresie wykazania przesłanki winy lekarza. Ma to umożliwić szybką i skuteczną kompensację szkody. W samym postępowaniu również nie przesądza się o winie lekarza, bowiem jego celem nie jest postawienie komuś zarzutów, a jedynie doprowadzenie do naprawienia szkody wyrządzonej pacjentowi oraz wyciągnięcie wniosków, aby zminimalizować wystąpienie podobnych zdarzeń w przyszłości. Należy także zaznaczyć, że dochodzenie roszczeń w tym trybie odbywa się pozasądowo. O zdarzeniu medycznym i roszczeniach pacjenta orzeka powołana do tego wyspecjalizowana jednostka składająca się z osób posiadających zarówno wiedzę medyczną, jak i prawną. Podkreśla się także, że w tym systemie zazwyczaj nie można dochodzić roszczeń z tytułu wszystkich zdarzeń medycznych, a jedynie takich, które przewiduje specjalna definicja zdarzenia medycznego [12]. Należy pamiętać, że

wspomniane wyżej zasady są pewnym uogólnieniem, a same systemy dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych na zasadzie *no fault* różnią się w zależności od tego, jak są one uregulowane w konkretnym państwie.

Ustawą 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 (Dz.U. nr 113, poz. 660) powołano do życia szesnaście wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W wyniku negatywnej oceny ich działalności ustawodawca wprowadził daleko idące zmiany w zakresie pozasądowego dochodzenia roszczeń w sprawach o zdarzenia medyczne. W wyniku wprowadzenia Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 roku o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1675) (dalej: ustawa nowelizująca) powierzono Rzecznikowi Praw Pacjenta kompetencję do wydawania decyzji administracyjnych w przedmiocie świadczenia kompensacyjnego z tytułu zdarzeń medycznych. Świadczenia te wypłacane są z powołanego w tym celu Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, będącego zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.) (dalej: u.f.p.) funduszem celowym.

Tak szerokie zmiany skłaniają do refleksji nad administracyjnym trybem przyznawania świadczenia kompensacyjnego jako alternatywą dla sądowego systemu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych związanych ze zdarzeniami medycznymi. Uwagi wymaga w szczególności zakres przedmiotowy i podmiotowy nowej regulacji, a także charakter świadczenia kompensacyjnego.

Już na wstępie należy zaznaczyć, że sprawa administracyjna, rozumiana jako kwestia istnienia stanu faktycznego, opisanego w hipotezie normy prawnej, wymagającej dla uwolnienia swej mocy wiążącej autorytatywnej konkretyzacji, dokonanej w formie aktu wydanego przez właściwy organ administrujący [13], będąca przedmiotem postępowania administracyjnego, nie mieści się w zakresie przywołanego wcześniej konstytucyjnego prawa do sądu. Postępowanie to prowadzone jest bowiem przez organ administracji publicznej i dopiero jego rozstrzygnięcie może być poddane kontroli sądu administracyjnego. Zasadne jest zatem twierdzenie, że dochodzenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych przed Rzecznikiem Praw Pacjenta stanowi pozasądowy tryb dochodzenia tych roszczeń.

METODY PRZEGLĄDU

Artykuł koncentruje się na rozważaniach dotyczących administracyjnoprawnego modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych z tytułu zdarzeń medycznych. W związku z tym dokonano wykładni aktualnie obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie – rozdziału 13b Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 581) (dalej: u.r.p.p.), a także przepisów wykonawczych wydanych na podstawie delegacji ustawowej. Niezbędne okazało się także odwołanie do uchylonego już rozdziału 13a u.r.p.p., który przewidywał tryb postępowania przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Odwołanie to pozwoliło na wskazanie różnic pomiędzy poprzednio obowiązującymi rozwiązaniami a tymi obecnie funkcjonującymi, a także

na ocenę tych ostatnich. Przeglądu przepisów dokonano z wykorzystano internetowe systemy informacji prawnej Lex oraz Legalis.

W artykule przedstawiono także poglądy doktryny dotyczące omawianej problematyki, uwzględniając zarówno artykuły naukowe, jak i opracowania komentarzowe, systemowe oraz monograficzne. Pierwotnym kryterium doboru literatury była jej zgodność z aktualnym stanem prawnym, jednak z uwagi na niezadawalającą liczbę pozycji spełniających to kryterium konieczne było również sięgnięcie do literatury odnoszącej się do uprzednio obowiązującej regulacji w zakresie, w jakim przewidywała ona rozwiązania analogiczne. Mając na względzie omawiane zagadnienia, posłużono się także klasycznymi pozycjami w celu zdefiniowania pojęcia modelu w naukach prawnych, charakterystyki alternatywnych metod rozwiązywania sporów czy wskazania na istotę pojęcia sprawy administracyjnej.

Z uwagi na nowatorski w polskim systemie prawnym charakter regulacji uwzględniono także materiały legislacyjne, takie jak uzasadnienie projektu ustawy czy ocena skutków zawartych w nim regulacji. Przy badaniu motywów legislacyjnych wprowadzenia omawianego modelu przydatny okazał się także raport Najwyższej Izby Kontroli w zakresie funkcjonowania poprzedniej regulacji.

Metoda przeglądu polegała na analizie wspomnianych źródeł w ramach wybranych zagadnień będących składowymi omawianego modelu. Omówiono ponadto uwarunkowania, które towarzyszyły ustawodawcy przy dokonywaniu zmian w u.r.p.p. Przyjęta systematyka artykułu pozwoliła na przejrzyste przedstawienie treści nowej regulacji oraz przytoczenie najważniejszych poglądów doktryny w tym zakresie. Na strukturę pracy składają się takie zagadnienia jak:

- 1) motyw dokonania zmian legislacyjnych w zakresie pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych;
- 2) zakres podmiotowy i przedmiotowy przedmiotowego postępowania;
- 3) charakterystyka świadczenia kompensacyjnego oraz
- 4) charakterystyka omawianego modelu.

Każda z przywołanych jednostek redakcyjnych zawiera również wnioski autora stanowiące syntezę poglądów doktryny oraz własnych przemyśleń. Taka konstrukcja wywodu pozwoliła na przekrojowe spojrzenie na omawiany model oraz jego umiejscowienie w systemie prawa.

OPIS STANU WIEDZY

Motywy dokonania zmian legislacyjnych w zakresie pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych

Uprzednio obowiązujący system pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych bazował na przepisach uchylonego już rozdziału 13a u.r.p.p. Opierał się on na działalności wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jego celem było ułatwienie dochodzenia roszczeń w sprawach o zdarzenia medyczne [14]. Komisje działające przy urzędach wojewódzkich, składające się z prawników oraz osób posiadających wiedzę z zakresu nauk medycznych, na wniosek pacjenta lub w przypadku jego śmierci – spadkobierców pacjenta, orzekały jedynie o wystąpieniu bądź braku wystąpienia zdarzenia medycznego.

Ubezpieczyciel szpitala na podstawie uchylonego art. 67k ust. 1 u.r.p.p. był związany takim orzeczeniem i zobligowany do przedstawienia propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia. Wnioskodawca następnie mógł zdecydować, czy świadczenie przyjmuje, równocześnie zrzekając się wszelkich roszczeń odszkodowawczych w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku, czy propozycję odrzuca. W drugim przypadku zachowywał możliwość dochodzenia świadczeń przed sądem.

System ten zakładał ambitne cele: szybkie postępowania, łatwe dochodzenie roszczeń czy odciążenie sądów, jednak praktyka jego funkcjonowania została poddana krytycznej ocenie w doktrynie [15]. Wydaje się, że impulsem przesądającym o dokonaniu przez ustawodawcę zmian był raport Najwyższej Izby Kontroli [16]. Stwierdzono w nim, że obowiązujący system nie chronił pacjenta i nie zapewniał mu skutecznych narzędzi dochodzenia roszczeń. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszała się. Czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przez komisję był niezadowalający, ponieważ ponad połowa spraw, w których wydano orzeczenie, kończyła się z naruszeniem ustawowego czteromiesięcznego terminu. W skrajnych przypadkach orzeczenia zapadały nawet po 22 miesiącach. Według raportu na długość postępowań wpływały aspekty związane ze sposobem prowadzenia spraw, takie jak długa realizacja wstępnych czynności związanych z wnioskiem, jeszcze przed skierowaniem go na pierwsze posiedzenie sądu orzekającego, opieszałość w sporządzaniu uzasadnień do wydanych orzeczeń, wydłużony czas oczekiwania na opinie biegłych czy też znaczna liczba posiedzeń potrzebnych do rozpatrzenia danego wniosku. W efekcie sposób prowadzenia spraw przez komisje wojewódzkie często przypominał procedurę sądową – zarówno pod względem formalizmu, jak i zakresu gromadzonych dowodów. W dodatku wydane orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonowały pacjentów, bowiem komisja nie miała wpływu na wysokość propozycji świadczenia wypłacanego przez ubezpieczyciela, który często decydował się zaniżyć jego wysokość. Była to jednak relatywnie tania droga do uzyskania opinii biegłych, która pozwalała pacjentowi ocenić zasadność roszczeń jeszcze przed wstąpieniem na drogę sądową.

W świetle przedstawionych wniosków Najwyższej Izby Kontroli projektodawca w uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej wskazał, że model pozasądowego dochodzenia przez pacjentów roszczeń odszkodowawczych oparty na działalności wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych za szkody związane z leczeniem wymagał gruntownej zmiany [17]. Niewątpliwie zatem motywem dokonania zmian była potrzeba stworzenia modelu postępowania pozbawionego wyżej wskazanych wad. Pośród innych celów stawianych nowej regulacji w uzasadnieniu projektu ustawy znajdują się m.in. zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, poprawa jakości leczenia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą czy promowanie kultury uczenia się przez personel medyczny i podmioty lecznicze na błędach.

Zakres podmiotowy i przedmiotowy postępowania administracyjnego w sprawach o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z tytułu zdarzeń medycznych

Przez zakres podmiotowy omawianej regulacji rozumieć należy podmioty mające charakter strony postępowania, organ prowadzący postępowanie, a także organ odwoławczy.

Stroną postępowania zgodnie z art. 67w ust. 1 u.r.p.p. jest wnioskodawca. Na podstawie art. 67t ust. 2 u.r.p.p. wnioskodawcą 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. Krąg podmiotów uprawnionych do złożenia wniosku po śmierci pacjenta został zatem istotnie zmieniony w porównaniu do poprzednio obowiązującej regulacji, zgodnie z którą uprawnionymi do złożenia wniosku przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych byli spadkobiercy pacjenta (uchylony art. 67b ust. 1 pkt 2 u.r.p.p. – zgodnie z tym przepisem do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego uprawniony był pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercy). Zmianę tę należy ocenić pozytywnie, bowiem nie zawsze krąg spadkobierców pokrywa się z kręgiem osób, które doznały szkody bądź krzywdy w związku ze śmiercią pacjenta [18]. Ustawodawca ogranicza co prawda katalog osób uprawnionych do złożenia wniosku, jednak wydaje się, że należą do tej grupy przede wszystkim osoby najbliższe pacjentowi i to je najczęściej, oprócz pacjenta, dotyczą negatywne następstwa zdarzenia medycznego. Na szczególną aprobatę zasługuje umieszczenie w tym kręgu osoby pozostającej z pacjentem we wspólnym pożyciu, tym bardziej że w polskim systemie prawnym niewiele jest rozwiązań chroniących partnerów pozostających w relacjach niesformalizowanych.

Wspomniany art. 67w ust. 1 u.r.p.p. to przepis szczególny w stosunku do art. 28 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 572), określającej ogólną definicję strony powstępowania administracyjnego. W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że wobec wskazania wprost, kto jest stroną danego postępowania w przepisie szczególnym, niedozwolona jest rozszerzająca wykładnia tego przepisu i dopuszczenie jako strony innego podmiotu [19]. W rezultacie stosując wnioskowanie *a contrario* do normy zrekonstruowanej na podstawie przytoczonego przepisu u.r.p.p., można stwierdzić, że szpital, w którym doszło do zdarzenia medycznego, nie będzie stroną tego postępowania. Jedyną zatem osobą uprawnioną do złożenia odwołania od decyzji, jak i jej zaskarżenia do sądu administracyjnego będzie sam wnioskodawca. W kontekście odmówienia szpitalowi charakteru strony może rodzić się pytanie, na jakiej podstawie organ prowadzący postępowanie może uzyskać dokumentację medyczną niezbędną do rozpatrzenia sprawy. Odpowiedzi na nie udziela sam ustawodawca w art. 67y u.r.p.p. poprzez przyznanie Rzecznikowi Praw Pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej osoby, której dotyczy zdarzenie medyczne, niezbędnej do rozpatrzenia wniosku, w tym gromadzonej w Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, oraz do danych i informacji zawartych w rejestrach medycznych prowadzonych na podstawie Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 2465 z późn. zm.) w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku.

Organem prowadzącym postępowanie jest Rzecznik Praw Pacjenta, w kompetencji którego leży wydanie decyzji administracyjnej w przedmiocie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego. Rzecznika wspiera przy tym Zespół ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego

Zdarzeń Medycznych. Jego zadaniem w toku postępowania jest wydanie opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków. Można powiedzieć, że opinia Zespołu pełni w tym postępowaniu podobną funkcję co opinia biegłego w postępowaniu cywilnym. Ponieważ dokonanie oceny stanu faktycznego wymaga posiadania specjalistycznej wiedzy medycznej, konieczne jest zasięgnięcie opinii specjalistów z danej dziedziny medycyny. Rzecznik może wydać decyzję w przedmiocie świadczenia kompensacyjnego jedynie po uzyskaniu opinii Zespołu, jednakże z przepisów nie wynika, aby był on tą opinią związany [20]. Zespół składa się z co najmniej 20 członków, w tym minimum 15 wykonujących zawód lekarza. Tak określona proporcja liczby członków Zespołu – lekarzy do ich ogólnej liczby budzi kontrowersje, ponieważ stosując wykładnię językową, można powiedzieć, że Rzecznik, zwiększając liczbę członków Zespołu, nie jest zobligowany do odpowiedniego zwiększenia liczby członków wykonujących zawód lekarza. Postuluje się jednak zachowanie pierwotnej proporcji członków Zespołu wykonujących zawód lekarza do ogólnej ich liczby także w przypadku zwiększenia składu Zespołu [21]. Członkowie powoływani oraz odwoływani są przez Rzecznika, który to również zapewnia obsługę administracyjną tego zespołu. Powołanie to nie stanowi podstawy do nawiązania stosunku pracy z członkiem Zespołu, ponieważ przepis nie wskazuje nawiązania stosunku pracy jako skutku powołania (aby powołanie stanowiło podstawę do nawiązania stosunku pracy, z przepisu szczególnego musi wyraźnie wynikać dyspozycja przewidująca powstanie stosunku pracy z powołania, zob. wyrok SN z 26.10.2021 roku, II PSKP 58/21, LEX nr 3273537).

Opinię w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków wydaje w terminie 2 miesiące od dnia przekazania wniosku Zespół w składzie liczącym nie więcej niż 3 członków. Członkowie Zespołu mają obowiązek zachowania w tajemnicy uzyskanych w związku z toczącym się postępowaniem informacji dotyczących wnioskodawcy, a także zmarłego pacjenta, przy czym dyskrekcja obowiązuje ich również po ustaniu członkostwa w Zespole. Podlegają także wyłączeniu na zasadnych przewidzianych przy wyłączaniu pracownika organu administracji publicznej. Za udział w pracach Zespołu jego członkowi przysługuje wynagrodzenie. Kwestie szczegółowe funkcjonowania Zespołu określa rozporządzenie ministra zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2024 roku w sprawie Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (Dz.U. poz. 1189)). Wątpliwości mogą budzić minimalne wymagania, jakie musi spełnić dana osoba, aby doszło do jego skutecznego powołania w skład Zespołu. Od kandydata na członka Zespołu wymaga się tytułu zawodowego magistra lub równorzędnego po ukończeniu kierunku studiów w zakresie nauk medycznych, 5-letniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu medycznego lub posiadania stopnia naukowego doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, braku skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz korzystania z pełni praw publicznych. W odniesieniu do skutków regulacji ustawy nowelizującej negatywnie oceniono minimalne wymagania, jakie musi spełniać członek Zespołu, bowiem nie zaliczono do nich szczególnego (kierunkowego) doświadczenia i wiedzy dającej rękojmię prawidłowego wykonywania zadań nałożonych ustawą, aktualnego udzielania świadczeń

zdrowotnych czy specjalizacji [22]. Zdaje się, że w obliczu różnicowania spraw będących przedmiotem omawianego postępowania i potrzeby wydawania opinii w zakresie różnych dziedzin nauk medycznych odpowiedzialny za dobór członków do Zespołu i rękojmię należytego wykonywania przez nich obowiązków staje się organ uprawniony do ich powoływania, czyli Rzecznik Praw Pacjenta. Tym samym jest on obowiązany tak skonstruować Zespół, aby opinie przez niego wydawane sporządzane były przez specjalistów z dziedziny medycyny, której dotyczy sprawa.

Organem odwoławczym od decyzji Rzecznika Praw Pacjenta jest powołany do tego specjalnie nowy organ administracji publicznej – Komisja Odwoławcza ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Liczy ona 9 członków posiadających wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania tej funkcji. Członków Komisji powołuje minister właściwy ds. zdrowia. Dwóch członków minister powołuje z własnej inicjatywy, a pozostałych na wniosek podmiotów wskazanych w art. 67zg ust 1 pkt 2–7 u.r.p.p., m.in. Rzecznika Praw Pacjenta, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia czy podmiotów wpisanych do wykazu organizacji pacjentów. Warto zaznaczyć, że aby wejść w skład Komisji Odwoławczej, trzeba posiadać tytuł magistra z zakresu nauk medycznych lub prawnych. Ponieważ komisja ta rozpatruje odwołania od decyzji administracyjnej, uzasadniony jest udział prawników w jej pracach. Ustawodawca nie określa jednak stosunku liczebnego osób z tych dwóch kategorii wobec siebie. Określenie minimalnej liczby członków – prawników w stosunku do ogólnej liczby członków Komisji Odwoławczej mogłoby zapewnić należyłą jakość wydawanych decyzji odwoławczych pod kątem prawnym. Ustawodawca nie zdecydował się jednak na wprowadzenie takiego rozwiązania. Kadencja członków Komisji trwa 3 lata. Za udział w jej pracach przysługuje wynagrodzenie. Należy wspomnieć, że ustawodawca nie określa szczegółowo trybu postępowania przed Komisją Odwoławczą. Zdaje się, że poza ogólnymi regułami zawartymi w u.r.p.p., do których zaliczają się np. zasady wydawania orzeczeń przez Komisję, zastosowanie w tym przypadku znajdują przepisy ogólne dotyczące postępowania odwoławczego, określone w k.p.a.

Przyjęty przez ustawodawcę model funkcjonowania Komisji budzi pewne wątpliwości w kontekście jej pozycji jako organu wyższego stopnia wobec Rzecznika Praw Pacjenta. Zgodnie bowiem z art. 67zf ust. 1 u.r.p.p. obsługę administracyjną Komisji zapewnia Rzecznik, natomiast w jej skład wchodzi przedstawiciel Rzecznika (art. 67zg ust. 1 pkt 3 u.r.p.p.). Tego rodzaju regulacje poddają w wątpliwość realną niezależność Komisji od organu, którego decyzje ma ona weryfikować. Co prawda, zgodnie z art. 67zh ust. 1 u.r.p.p. w związku z art. 24 k.p.a., członek Komisji reprezentujący Rzecznika podlega wyłączeniu od udziału w postępowaniu odwoławczym, jeżeli brał udział w wydaniu zaskarżonej decyzji, jednak kwestionowana może być również obiektywność innego reprezentanta Rzecznika w momencie weryfikacji pierwotnie wydanej decyzji.

Postępowanie odwoławcze w sprawie o przyznanie świadczenia kompensacyjnego wieniczy wydanie orzeczenia przez Komisję. Ponieważ jest ono wynikiem wniesienia odwołania od decyzji administracyjnej, biorąc pod uwagę art. 138 k.p.a., należy uznać, że orzeczenie to stanowi decyzję administracyjną, pomimo że ustawodawca wprost jej tak nie nazywa. Należy zatem przyjąć, że zgodnie z art. 3 § 2 pkt 1 w zw. z art. 52 § 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku Prawo

o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 935 z późn. zm.) (dalej: p.p.s.a.) wnioskodawcy przysługuje prawo do wniesienia na to orzeczenie skargi do sądu administracyjnego. Właściwym miejscowo sądem, do którego należy wnieść skargę, jest wojewódzki sąd administracyjny, na którego obszarze właściwości ma siedzibę organ administracji publicznej, którego działalność została zaskarżona (art. 13 § 2 p.p.s.a.). Wobec faktu, że ustawodawca nie wskazuje miejsca siedziby tej Komisji, a Rzecznik Praw Pacjenta zapewnia jej obsługę administracyjną, zasadne wydaje się przyjęcie, że Komisja ta ma siedzibę w tym samym miejscu co Rzecznik Praw Pacjenta, co prowadzi do wniosku, że właściwy w tej sprawie będzie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie.

Zakres przedmiotowy postępowania administracyjnego w sprawach o przyznanie świadczenia kompensacyjnego rozumieć należy jako wyodrębniony zakres wszystkich niepowodzeń medycznych, z którymi ustawa wiąże możliwość złożenia wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. Zakres ten wyznacza art. 3 ust. 1 pkt 11 u.r.p.p., który określa definicję zdarzenia medycznego. Stanowi on, że zdarzeniem medycznym jest zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania bądź zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego:

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

którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę. Definicja ta pomimo konstrukcyjnych różnic nie odbiega istotnie od poprzedniej definicji zdarzenia medycznego zawartej w uchylonym art. 67a u.r.p.p. Do definicji dodano jednak nową przesłankę wykluczającą zaistnienie zdarzenia medycznego. Sytuacja taka następuje, gdy do zdarzenia doszło w wyniku dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę. W przypadku gdy rzetelnie poinformowano pacjenta o potencjalnych skutkach wykonywanego świadczenia medycznego i podjął on takie ryzyko, według nowej definicji zdarzenia będącego efektem świadczenia nie można zakwalifikować jako zdarzenia medycznego [23]. Nie jest to jednak jedyna zmiana wprowadzona przez ustawodawcę. Na gruncie uchylonej regulacji o postępowaniu przed komisjami wojewódzkimi wnioskodawca mógł dochodzić roszczeń z tytułu zdarzenia medycznego będącego następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych w szpitalu. W obecnym stanie prawnym świadczenia kompensacyjnego wnioskodawca może dochodzić jedynie, gdy powstało ono w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalu finansowanych ze środków publicznych. W efekcie ograniczono zatem zakres przedmiotowy pozasądowego trybu dochodzenia roszczeń przez wyłączenie z niego zdarzeń medycznych powstałych w następstwie udzielania świadczenia medycznego na zasadach komercyjnych. Może to wynikać z faktu, że w obecnej regulacji w przypadku wydania przez Rzecznika decyzji w przedmiocie przyznania świadczenia kompensacyjnego za zdarzenie nie odpowiada sam podmiot, który

szkodę wyrządził, lecz świadczenie wypłacane jest z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Jako że jest on funduszem celowym, może ponosić koszty wyłącznie na realizację wyodrębnionych zadań państwowych, czyli w tym przypadku na kompensację szkód powstałych w następstwie udzielania świadczeń medycznych ze środków publicznych (art. 29 ust. 5 u.f.p.). Projektodawca ustawy nowelizującej w uzasadnieniu zakłada, że interes pacjentów decydujących się na korzystanie z usług na zasadach komercyjnych jest zabezpieczony na określonym poziomie, dzięki wymogowi posiadania przez wszystkie podmioty lecznicze ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności. Wskazuje także, że podmioty realizujące komercyjne usługi medyczne mogą przyznawać świadczenia odszkodowawcze według analogicznych zasad (ale z własnych środków i w ramach własnego ryzyka prowadzenia działalności gospodarczej), np. w postaci przewidzianych w umowie z klientem kar umownych [24]. Pomimo takiego uzasadnienia oraz charakteru prawnego funduszu wydaje się, że zakres ochrony pacjentów korzystających z usług medycznych na zasadach komercyjnych został jednak ograniczony. Na gruncie poprzedniego brzmienia ustawy osoby takie mogły bowiem uzyskać przynajmniej orzeczenie o wystąpieniu zdarzenia medycznego, które co prawda nie wiązało sądu w postępowaniu cywilnym, ale mogło być pomocne jako środek dowodowy. W obecnym stanie prawnym Rzecznik nie może wydać decyzji w takim przedmiocie.

Świadczenie kompensacyjne jako alternatywa dla świadczenia cywilnoprawnego

Ustawodawca wraz z nowym modelem pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych wprowadził instytucję świadczenia kompensacyjnego. Pod pojęciem tym należy rozumieć sumę pieniężną wypłacaną wnioskodawcy z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych w następstwie wydania przez Rzecznika Praw Pacjenta decyzji administracyjnej w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego. Wnioskodawca otrzymuje ją po złożeniu oświadczenia, że przyjmuje takie świadczenie.

Pacjent, który domaga się kompensacji szkody poniesionej w wyniku zdarzenia medycznego, do wyboru ma dochodzenie roszczenia o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przed sądem powszechnym albo skorzystanie z pozasądowego trybu dochodzenia tych roszczeń i ubieganie się o przyznanie świadczenia kompensacyjnego w drodze postępowania administracyjnego przed Rzecznikiem Praw Pacjenta.

Powyższy wybór ma charakter alternatywy rozłącznej, co oznacza, że pacjent nie może jednocześnie skorzystać z obu ścieżek dochodzenia roszczeń, lecz musi zdecydować się na jedną z nich. Ustawodawca w art. 67v u.r.p.p. określił, że jeżeli w sprawie danego zdarzenia medycznego toczy się wobec wnioskodawcy postępowanie w zakresie odszkodowania, zadośćuczynienia bądź renty, wówczas postępowania przed Rzecznikiem nie wszczyna się, a wszczęte umarza. To samo dotyczy również sytuacji, gdy prawomocnie osądzono tę sprawę lub gdy wnioskodawca otrzymał świadczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, bądź gdy sąd w postępowaniu karnym orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązki naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązkę.

Pojęcie świadczenia kompensacyjnego nie jest pod względem zakresu zbieżne z pojęciami odszkodowania czy

zadośćuczynienia, ponieważ w tym przypadku można mówić jedynie o pewnym surrogacie naprawienia szkody na zasadach przewidzianych w prawie cywilnym [25]. W konsekwencji decydując się na dochodzenie świadczenia kompensacyjnego, należy mieć na względzie, że jego wysokość jest limitowana przez ustawodawcę i wynosi w przypadku: 1) zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – od 2 tys. zł do 200 tys. zł; 2) uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2 tys. zł do 200 tys. zł; 3) śmierci pacjenta – od 20 tys. zł do 100 tys. zł, przy czym wartości te podlegają corocznej waloryzacji. Ponadto kontrowersje może budzić sposób ustalania tego świadczenia. Został on określony w rozporządzeniu ministra zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2024 roku w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta (Dz.U. poz. 883), dalej: rozporządzenie) na podstawie delegacji zawartej w art. 67s ust. 5 u.r.p.p. Podczas ustalania wysokości świadczenia nie są brane pod uwagę rzeczywiste lub przynajmniej przybliżone rozmiary szkody i krzywdy doznanej przez wnioskodawcę, ale jest ona określana według stawek ryczałtowych zawartych w rozporządzeniu. Zgodnie z § 1 rozporządzenia w przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym albo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na wysokość świadczenia składają się trzy kwoty – za uszczerbek na zdrowiu, za uciążliwość leczenia oraz za pogorszenie jakości życia. Z uwagi na wyznaczenie sztywnych stawek z tytułu wystąpienia określonego zdarzenia w przypadku każdej z ww. kategorii brak jest miejsca na uznanie administracyjne i zrelatywizowanie wysokości świadczenia poprzez odniesienie jej do osobistej sytuacji wnioskodawcy. Również w przypadku śmierci pacjenta świadczenie na rzecz wnioskodawcy określane jest ryczałtowo, a jego wysokość zależy od tego, w jakiej relacji wnioskodawca pozostawał ze zmarłym pacjentem oraz od wieku zmarłego pacjenta i wnioskodawcy. Rozwiązanie takie budzi wątpliwości w doktrynie [26]. W odniesieniu do wymiaru odszkodowawczego świadczenia – nie będzie ono odzwierciedlało kosztów rzeczywiście poniesionych czy utraconych przez wnioskodawcę korzyści, a w przypadku wymiaru świadczenia za poniesioną krzywdę nie zostaną wzięte pod uwagę wszystkie kryteria, które uwzględniane są w procesie. W orzecznictwie wskazuje się, że przy ustalaniu rozmiaru krzywdy w ramach procesu sądowego, na podstawie art. 446 § 4 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.), uwzględnia się wstrząs psychiczny i cierpienia moralne wywołane śmiercią osoby najbliższej, poczucie osamotnienia i pustki po jej śmierci, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, rolę pełnioną przez osobę zmarłą w rodzinie, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby najbliższej, to, w jakim stopniu pokrzywdzony będzie umiał odnaleźć się w nowej rzeczywistości i zdolność do jej zaakceptowania, wiek zarówno zmarłego, jak i pokrzywdzonego (Postanowienie SN z 25.07.2024 roku, I CSK 1400/23, LEX nr 3760989). Należy zatem stwierdzić, że w rozporządzeniu jedynie szczątkowo przyjęto kryteria stosowane przez sądy przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, czego efektem może być nieadekwatność wysokości przyznanego świadczenia do rozmiaru doznanej przez wnioskodawcę krzywdy. Wspomniany sposób obliczania wysokości zadośćuczynienia jest pokłosiem art. 67d ust. 4 u.r.p.p., który określa czynniki, które należy brać pod uwagę

przy ustalaniu świadczenia kompensacyjnego. Wydaje się, że wobec tak sztywnych kryteriów zawartych w rozporządzeniu przepis ten nie może być bezpośrednio stosowany przez Rzecznika podczas wydawania decyzji w ten sposób, że może być podstawą do zmniejszenia lub zwiększenia świadczenia kompensacyjnego określonego na podstawie rozporządzenia.

Ten sposób dochodzenia świadczenia może być atrakcyjny ze względu na szybkość jego uzyskania. Decyzja w przedmiocie świadczenia kompensacyjnego wydawana jest w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo opłaconego wniosku, przy czym bieg tego terminu może zostać wstrzymany do czasu przedłożenia niezbędnych informacji, wyjaśnień lub dokumentów na podstawie art. 67z u.r.p.p. Również skuteczność uzyskania tego świadczenia może okazać się wyższa niż w przypadku zasądzenia świadczenia w drodze procesu cywilnego. Opinia Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych – biorąc pod uwagę, że jego członkowie powoływani są przez Rzecznika Praw Pacjenta, który jest organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów – zdaje się dawać należyłą gwarancję swojej obiektywności, szczególnie w porównaniu do opinii biegłego w procesie cywilnym (o problemie stronniczości opinii biegłych zasygnalizowano wcześniej). Dodatkowo do dochodzenia świadczenia kompensacyjnego może także zachęcać niska opłata, jakiej podlega złożenie wniosku o jego przyznanie – 300 zł. Jest to kwota zdecydowanie niższa od kosztów, które ponosi pacjent, dochodząc roszczeń odszkodowawczych przed sądem, ponieważ sama opłata od pozwu wyliczona na podstawie art. 13 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 959 z późn. zm.) często będzie przekraczała kwotę 300 zł, nie mówiąc o kosztach profesjonalnego pełnomocnika czy zaliczki na opinię biegłego.

W konsekwencji świadczenie kompensacyjne można uznać za bardziej dostępne oraz szybsze i skuteczniejsze w dochodzeniu niż odpowiadające mu świadczenie cywilnoprawne. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że wobec przyjęcia nieelastycznych zasad ustalania kwoty świadczenia kompensacyjnego jej wysokość może być nieadekwatna do poniesionej szkody i doznanej krzywdy.

Charakterystyka administracyjnego modelu postępowania w sprawach o zdarzenia medyczne

Nowelizacja u.r.p.p. skłania do refleksji w przedmiocie modelu postępowania pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Model w nauce prawa określany jest jako myślowy obraz określonego przedmiotu, skonstruowany w sposób abstrakcyjny dla konkretnych celów badawczych oraz na podstawie przyjmowanego zbioru założeń upraszczających, przy czym ma on stanowić narzędzie do zdobywania nowej wiedzy o modelowanym przedmiocie [27].

Ustawodawca zdecydował, że przyznanie świadczenia kompensacyjnego będzie następowało w drodze postępowania administracyjnego wieńczącego decyzją administracyjną. Władczy charakter decyzji ujęty został przez ustawodawcę w sposób szczególnie, różniący się od tradycyjnie pojmowanej władczości decyzji jako aktu administracyjnego [28]. Organ rozstrzyga co prawda w decyzji o prawie wnioskodawcy w postaci przyznania mu świadczenia kompensacyjnego, jednak materializacja tego prawa zależy od złożenia przez wnioskodawcę oświadczenia o jego przyjęciu

bądź rezygnacji z niego (art. 67zc ust. 2 u.r.p.p.). Takie rozwiązanie zdaje się być podyktowane doniosłym skutkiem skorzystania ze świadczenia kompensacyjnego, którym jest brak możliwości dochodzenia wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku (art. 67zc ust. 2 u.r.p.p.). Automatyczna wypłata świadczenia kompensacyjnego i pozbawienie wnioskodawcy możliwości sądowego dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych w związku z jego przyznaniem w drodze decyzji wiązałaby się z dużym ryzykiem przy składaniu wniosku o jego przyznanie. Rozwiązanie takie zapewne godziłoby w przywołane wcześniej konstytucyjne prawo do sądu. Złożenie oświadczenia w przedmiocie przyjęcia świadczenia i rezygnacji z roszczeń wobec szpitala pozwala na podjęcie przez wnioskodawcę świadomej decyzji w tej kwestii. A zatem, czy przyjmie on świadczenie, czy jednak wystąpi do sądu.

W omawianym postępowaniu ważną rolę odgrywa szpital (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.), który przyjmuje, że jest to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych; do takiego rozumienia pojęcia szpitala odwołuje się bowiem art. 67q u.r.p.p.), w którym doszło do zdarzenia medycznego. Jak już wspomniano, nie jest on stroną tego postępowania, ale na podstawie art. 67z u.r.p.p. w trakcie postępowania został na niego nałożony obowiązek udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia na żądanie Rzecznika posiadanych dokumentów. O wadze tego obowiązku świadczy fakt, że brak jego realizacji obarczony jest sankcją w postaci administracyjnej nakładanej przez Rzecznika w drodze decyzji kary pieniężnej w wysokości do 50 tys. zł. Podmiot ten po wydaniu decyzji o wystąpieniu zdarzenia medycznego zobowiązany jest także, na podstawie art. 67zd u.r.p.p., do dokonania analizy przyczyn źródłowych zdarzenia medycznego oraz sformułowania i wdrożenia zaleceń dotyczących podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, co ma na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia medycznego, chyba że w tym zakresie taka analiza została już przeprowadzona. Jest to jeden z elementów składających się na proces zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w placówkach medycznych. Działania następcze w wyniku zdarzenia mają bowiem wpływ na zmniejszenie liczby niepowodzeń w przyszłości. Nie mają one na celu postawienia zarzutów konkretnej osobie, lecz zbadanie, jakie czynniki doprowadziły do powstania zdarzenia, oraz wdrożenia skutecznych procedur zapobiegających wystąpieniu zdarzeń medycznych w przyszłości [29]. Przyjęta przez ustawodawcę rola szpitala w tym postępowaniu budzi jednak wątpliwości – szpital obciążony jest bowiem obowiązkiem współpracy (udzielania informacji, przekazywania dokumentacji) pod groźbą sankcji finansowej, ale jednocześnie pozbawiony jest uprawnień strony postępowania, takich jak możliwość składania wniosków dowodowych, formułowania stanowiska czy zaskarżenia rozstrzygnięcia. Ponadto ślad rozstrzygnięcia Rzecznika pozostaje w dokumentacji, często wraz z informacją o wdrożeniu działań naprawczych, co może być wykorzystywane w przyszłości przeciwko placówce oraz prowadzić do zachwiania równowagi proceduralnej oraz do praktycznych trudności w dochodzeniu lub obronie interesów szpitala.

W administracyjnym modelu dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych w przeciwieństwie do odpowiedzialności na gruncie prawa cywilnego nie wyróżnia się różnych reżimów odpowiedzialności podmiotu leczniczego. Uprawniony do świadczenia kompensacyjnego, składając wniosek o jego przyznanie, musi wskazać, że doszło do zdarzenia medycznego, w wyniku którego doznał szkody (na osobie), a także że pomiędzy dwoma tymi faktami zachodzi związek przyczynowy lub przynajmniej wysoki stopień prawdopodobieństwa pomiędzy zdarzeniem a szkodą [30]. Do wniosku dołącza się także stosowną dokumentację na poparcie przedstawionych faktów. Wniosek uprawnionego do świadczenia podlega ocenie wspomnianego już Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. W kontekście ograniczonej, co do zasady, wiedzy medycznej wnioskodawcy pozytywnie ocenić należy fakt, że zespół ten wydaje opinię w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków.

Uzasadnienie projektu ustawy zakłada, że nowy model dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych oparty jest na zasadzie *no fault*, podobnie jak poprzednio obowiązujący model oparty na działalności komisji wojewódzkich [31]. W doktrynie z uwagi na definicję zdarzenia medycznego wskazuje się wprost przeciwnie – że nie jest to model oparty na zasadzie *no fault* [32]. Definicja ta, podobnie jak definicja funkcjonująca w poprzednim stanie prawnym, jako przesłankę wystąpienia zdarzenia zakłada niezgodność świadczenia zdrowotnego z aktualną wiedzą medyczną albo niezastosowanie innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej. Badaniu przez Zespół będzie zatem podlegał obiektywny element winy lekarza, czyli niezgodność z abstrakcyjnym wzorcem lekarza danej specjalizacji. Pominięta jest natomiast podmiotowa zarzucalność czynu, przy czym w niektórych przypadkach jest ona równoznaczna z winą obiektywną [33]. Tak ukształtowana przesłanka wystąpienia zdarzenia medycznego zdaje się przynajmniej częściowo nawiązywać do zasady winy charakterystycznej dla prawa cywilnego.

Pozostawienie przesłanek związanych z aspektem zawinięcia w definicji zdarzenia medycznego powoduje, że poza zakresem regulacji znajdują się tzw. wypadki medyczne, kiedy to do szkody doszło niespodziewanie, niezależnie od działania lekarza i stanu zdrowia pacjenta [34].

Ponadto kryterium „aktualnej wiedzy medycznej” może powodować istotne problemy przy jego stosowaniu, ponieważ, jak podaje T. Widłak, struktura wiedzy medycznej jest złożona, dynamiczna i, co najważniejsze, nieustannie zmienia się. Autor ten wskazuje, że wszelkie wytyczne towarzystw naukowych nie mogą być traktowane jako wyznacznik aktualnej wiedzy naukowej, bowiem ich ostateczne zastosowanie oraz sposób interpretacji zależą od konkretnego przypadku i kontekstu medycznego i etyczno-społecznego. Istotne są też kwalifikacje danego lekarza [35]. Uzasadnienie w przedmiocie wykazania tej przesłanki zapewne będzie musiało być złożone i odnosić się do konkretnego stanu faktycznego.

W doktrynie przedstawione jest także stanowisko o odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, które zakłada, że w momencie wystąpienia obiektywnie określonych przesłanek zdarzenia medycznego świadczenie będzie przysługiwało [36]. Ponieważ jednak ustalenie, czy udzielenie świadczenia zdrowotnego było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną albo nie zastosowano innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, w dużej mierze przypomina ustalanie winy przez sąd, koncepcja ta nie wydaje się przekonująca.

Uwzględniając powyższe, należy stwierdzić, że pozasądowy model dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych określić należy jako administracyjny, który wyróżnia się szczególnymi rozwiązaniami mającymi na celu zwiększenie efektywności w dochodzeniu tych roszczeń. Wydaje się on bazować na doświadczeniach systemów kompensacji *no fault*, jednak w świetle konstrukcji pojęcia zdarzenia medycznego mówić można jedynie o inspiracji tym systemem. Z tego względu konieczna jest analiza skuteczności tego modelu w praktyce, jednak obecnie upłynęło jeszcze zbyt mało czasu od wprowadzenia tego systemu, aby formułować jednoznaczne wnioski. Jako postulat *de lege ferenda* wskazać można zatem utworzenie mechanizmu ewaluacji, który w przyszłości pozwoliłby na rzetelną ocenę funkcjonowania omawianego modelu na podstawie precyzyjnych danych statystycznych.

PODSUMOWANIE

Administracyjny model pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych wydaje się cechować większą szybkością i skutecznością załatwiania spraw niż proces sądowy. Zakres przedmiotowy tego modelu został jednak ograniczony do wąskiej grupy wszystkich niepowodzeń medycznych, określonych przez ustawodawcę jako zdarzenia medyczne, będących ponadto skutkiem udzielenia świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych w szpitalu. Krytyce poddać należy brak elastyczności w ustalaniu wysokości świadczeń, które nie będą odzwierciedlać rzeczywistych rozmiarów szkody i krzywdy. Ponadto definicja zdarzenia medycznego oparta na zgodności z „aktualną wiedzą medyczną” może budzić wątpliwości interpretacyjne ze względu na dynamiczny charakter tej wiedzy. Mimo pewnych ograniczeń model ten może stanowić atrakcyjną alternatywę dla postępowania sądowego dla poszkodowanego, którego rokowania na wygranie procesu sądowego w przedmiocie szkody i krzywdy, którą poniósł w związku ze zdarzeniem medycznym, są słabe. Taki sposób dochodzenia roszczeń może także przyczynić się do skutecznego odciążenia sądów w zakresie prowadzenia postępowań dotyczących roszczeń związanych ze zdarzeniami medycznymi. Skuteczność nowego modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń będzie zależała od praktyki jego funkcjonowania, która ostatecznie zdecyduje o osiągnięciu zamierzonych celów. Ocena, czy oczekiwania związane z tym modelem przyniosą pożądane efekty, będzie możliwa dopiero po analizie praktyki jego funkcjonowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Wstęp. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025.
2. Skarbucha A. Błąd lekarski w sądzie. Prawo i Medycyna. 2010;3:66 – 67.
3. Nesterowicz M. Prawo medyczne. 10th ed. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”; 2013. p. 97–103.
4. Kaczmarek T, Marcinkowski JT. Odszkodowania za niepowodzenia lecznicze. Orzecznictwo lekarskie. 2011;8(2):84.
5. Nesterowicz M. Prawo medyczne. 10th ed. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”; 2013. p. 98.
6. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych. 4th ed. Warszawa: Wolters Kluwer; 2022. p. 703.
7. Kaczmarek T, Marcinkowski JT. Odszkodowania za niepowodzenia lecznicze. Orzecznictwo lekarskie. 2011;8(2):84–85.
8. Skarbucha A. Błąd lekarski w sądzie. Prawo i medycyna. 2010;3:66.
9. Rogula C, Zemke-Górecka A. Przedmowa. In: Rogula C, Zemke-Górecka A, editors. Mediacja w praktyce mediatora i pełnomocnika. Warszawa: Wolters Kluwer; 2021. p. 23.
10. Morek R. Zakres zastosowania mediacji. In: Gmurzyńska E, Morek R, editors. Mediacje. Teoria i praktyka. 4th ed. Warszawa: Wolters Kluwer; 2024. p. 25–28.
11. Kaczmarek T, Marcinkowski JT. Odszkodowania za niepowodzenia lecznicze. Orzecznictwo lekarskie. 2011;8(2):84.
12. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Wstęp. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025.
13. Kielkowski T. Sprawa administracyjna. Kraków: Zakamycze; 2004. p. 35.
14. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Druk nr 3488 z 15 października 2010. <https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3488> (access: 2025.02.02).
15. Syroka-Marczewska K, Winciunas PA. Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw zdarzeń medycznych. In: Zielińska E, Dukiet-Nagórska T, Liszewska A, editors. System Prawa Medycznego. Tom III Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi. Warszawa: Wolters Kluwer; 2021. p. 1017–1029.
16. NIK o pozasądowym dochodzeniu roszczeń przez pacjentów – informacje szczegółowe. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,vp,21114.pdf> (access: 2025.02.02).
17. Uzasadnienie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Druk nr 3259. <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259> (access: 2025.02.02).
18. Krupa-Lipińska K. Dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych. In: Safjan M, Bosek L, Bagińska E, editors. System Prawa Medycznego. Tom 5. Odpowiedzialność prywatnoprawna. Warszawa: C.H. Beck, INP PAN; 2021. p. 940–941.
19. Wróbel A. Komentarz do art. 28. In: Jaśkowska M, Wilbrandt-Gotowicz M, Wróbel A. Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz. 8th ed. Warszawa: Wolters Kluwer; 2020. p. 221–222.
20. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Komentarz do art. 67za. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025. nb. 3.
21. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Komentarz do art. 67x. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025. nb. 6.
22. Karolczak JM. Ocena skutków prawnych regulacji zawartej w poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3259). <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/opinieBAS.xsp?nr=3259> (access: 2025.02.02).
23. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Komentarz do art. 67q. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025. nb. 10.
24. Uzasadnienie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Druk nr 3259. <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259> (access: 2025.02.02).
25. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Komentarz do art. 67s. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025. nb. 26.
26. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Komentarz do art. 67t. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025. nb. 16–18.
27. Langer T. O modelach i modelowaniu w naukach prawnych. Państwo i Prawo. 1987;9:40–41.

28. Zimmermann J. Prawo administracyjne. 10th ed. Warszawa: Wolters Kluwer; 2022. p. 395.
29. Nowak-Musiej A. Zarządzenie zdarzeniami niepożądanymi na świecie – gdzie jest Polska? *Menadżer zdrowia*. 2024;3–4:3–4.
30. Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Komentarz do art. 67q. In: Bączyk-Rozwadowska K, Kaczan D, Krupa-Lipińska K, et al. Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych. Warszawa: C.H. Beck; 2025. nb. 6–7.
31. Uzasadnienie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Druk nr 3259. <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259> (access: 2025.02.02).
32. Bagińska E. Komentarz do art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. In: Safjan M, Bosek L, Bagińska E, editors. System Prawa Medycznego. Tom 5. Odpowiedzialność prywatnoprawna. Warszawa: C.H. Beck, INP PAN; 2021. p. 91.
33. Nesterowicz M. Prawo medyczne. 10th ed. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”; 2013. p. 472.
34. Bagińska E. Komentarz do art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. In: Safjan M, Bosek L, Bagińska E, editors. System Prawa Medycznego. Tom 5. Odpowiedzialność prywatnoprawna. C.H. Beck, INP PAN, 2021. p. 92.
35. Widłak T. Interpretacja klauzuli aktualna wiedza medyczna w polskim prawie – zarys zagadnień epistemologicznych i metodologicznych. *GSP*. 2017;XXXVIII:613.
36. Bosek L. Komentarz do art. 67a. In: Bosek L, editor. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa: C.H. Beck; 2020. nb. 7.