

Małgorzata Serwach

Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne

I. Uwagi wprowadzające

1. W dniu 1 stycznia 2012 r. wchodzi w życie nowelizacja przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹. Reguluje ona szczegółowe zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku tzw. zdarzeń medycznych. Wprowadzony przez ustawodawcę nowy rodzaj odpowiedzialności, nieznan dotychczas prawu polskiemu, wzorowany jest na szwedzkim ubezpieczeniu na rzecz pacjenta. Stanowi on próbę rozwiązania problemów związanych z narastającą liczbą roszczeń osób poszkodowanych przeciwko zakładom opieki zdrowotnej. Zaproponowane przez polskiego ustawodawcę postanowienia nie tylko jednak są dalekie od szwedzkiego modelu, ale przede wszystkim budzą wiele wątpliwości interpretacyjnych. Trudno zatem stwierdzić, w jakim zakresie uchwalone w ostatnim czasie rozwiązanie zostanie przyjęte przez praktykę, a przede wszystkim przez pacjentów, do których jest kierowane.

2. Szwedzki model ubezpieczenia na rzecz pacjenta (*no fault patient insurance*) nazywany też NFPI, początkowo przyjęty jako ubezpieczenie dobrowolne, w postaci ubezpieczenia obowiązkowego funkcjonuje od połowy lat 90.² Wprowadzająca ten system szwedzka ustawa o wynagrodzeniu szkód poniesionych przez pacjentów przewiduje odpowiedzialność niezależną od winy osób udzielających świadczenia opieki zdrowotnej. Powołana regulacja dotyczy zarówno zakładów opieki zdrowotnej (publicznych, niepublicznych), jak i lekarzy oraz innych osób dokonujących czynności medycznych. Pacjentami są wszystkie osoby, którym udziela się świadczeń zdrowotnych, wobec których podejmuje się leczenie bądź wykonuje badania, bez względu na cel przeprowadzania procedur medycznych. Pacjentem jest również osoba uczestnicząca w eksperymencie

¹ Powołana ustawa została uchwalona przez Sejm RP dnia 28 kwietnia 2011 r. oraz opublikowana w Dz. U. Nr 113, poz. 660. Nazywana ona będzie w toku dalszych rozważań „ustawą”.

² Analogiczne ubezpieczenie wprowadziła następnie Finlandia w 1987 r., rok później Norwegia, a od 1992 r. system ten obowiązuje także w Danii.

mencie medycznym lub badawczym, będąca dawcą organu lub materiału biologicznego w celu transplantacji lub innych działań medycznych.

Gwarancją skuteczności wskazanego modelu jest równoczesne wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia³. Każdy świadczeniodawca ma zatem obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjenta oraz zapłaty z tego tytułu odpowiedniej składki. Wynagrodzeniu podlega sześć kategorii szkód: powstałych na skutek leczenia; wynikających z wad instrumentu lub materiału badawczego używanego do badań, zabiegów lekarskich lub nieprawidłowego ich użycia; błędnej diagnozy; infekcji powstałej w czasie badania lub zabiegów lekarskich; nieprawidłowego przepisania leku⁴ oraz wypadku powstałego w trakcie badania, zabiegu czy transportu chorego. Z zakresu ochrony wyłączone zostały szkody powstałe na skutek niezbędnego postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego, gdy niepodjęcie tego działania groziłoby pacjentowi utratą życia lub ciężkim uszkodzeniem ciała; gdy szkoda jest wynikiem choroby, na którą cierpiał pacjent, z wyjątkiem wadliwej diagnozy, która spowodowała dalszy uszczerbek. Poza zakresem ochrony pozostaje też kwestia odpowiedzialności za wykonanie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta.

3. Odwołując się do potrzeby wprowadzenia skutecznej ochrony pacjentów, ale też samych placówek medycznych przed niewypłacalnością związaną z koniecznością realizacji roszczeń odszkodowawczych, polski ustawodawca – w ramach kompleksowej reformy systemu opieki zdrowotnej – wprowadził nowatorski model odpowiedzialności za zdarzenie medyczne. Przyjęty system budzi jednak wiele zastrzeżeń, rodzi też wiele otwartych pytań. Dlatego wymaga on szczegółowego rozważenia podmiotowego, przedmiotowego, czasowego oraz kwotowego zakresu odpowiedzialności i zastosowania nowych przepisów, przeanalizowania wątpliwości praktycznych wyłaniających się na tle przyjętych rozwiązań oraz wskazania różnic w stosunku do wzorcowego modelu ubezpieczenia na rzecz pacjenta⁵.

II. Pojęcie zdarzenia medycznego

1. Ustawodawca, już w pierwszych postanowieniach ustawy, w sposób szczególny definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, rezygnując ostatecznie z wcześniej przyjętego terminu błędu medycznego (art. 67a ust.1). W odpowie-

³ Zob. szerzej na ten temat M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, TNOiK, Toruń 2007, s. 381.

⁴ Za szkody wyrządzone przez leki odpowiedzialność ponosi także ubezpieczyciel, ale na podstawie ubezpieczenia OC producenta lub importera.

⁵ Jedną z różnic polega na tym, że w przypadku braku takiego ubezpieczenia obowiązek wypłaty odpowiedniego świadczenia obciąża szpital. W modelu szwedzkim, w sytuacji nieposiadania ubezpieczenia na rzecz pacjenta – ubezpieczyciele afiliowani w Stowarzyszeniu Ubezpieczenia Pacjentów OC wspólnie odpowiadają za wypłatę odszkodowania. W chwili wypłaty odszkodowania Stowarzyszenie Ubezpieczenia Pacjentów ma prawo regresu do podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne za okres, za który nie posiadał on ubezpieczenia, do wysokości wypłaconej sumy. Ubezpieczyciele afiliowani w Stowarzyszeniu są też ustawowo zobowiązani do finansowania Rady ds. Roszczeń Pacjentów. Zob. na ten temat: <http://www.gazetalekarska.pl>

dzi bowiem na zastrzeżenia kierowane przez środowisko medyczne, którego przedstawiciele wskazywali na nieprawidłowość sformułowania „błąd medyczny”, sugerującego winę czy też negatywne postępowanie odpowiedzialnego podmiotu, na ostatnim etapie prac legislacyjnych krytykowane pojęcie zostało zamienione na sformułowanie „zdarzenie medyczne”. Zabieg ten trudno jednak uznać za udany, pojęcie „zdarzenie medyczne” jest bowiem bardzo szerokie i gdyby nie szczegółowe dookreślenie ustawowego terminu większość wypadków, które wystąpiły w placówce medycznej można byłoby zakwalifikować jako zdarzenia medyczne⁶. Ostatecznie przyjęta definicja została też, w stosunku do pierwotnej wersji, znacznie skrócona⁷.

W postanowieniu art. 67a ust. 1 ustawy przez zdarzenie medyczne rozumie się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, a także jego śmierć będącą następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie lub opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Jak wynika z literalnej wykładni przepisu, zasadniczą przesłanką decydującą o możliwości powstania odpowiedzialności za zdarzenie medyczne jest wystąpienie określonego uszczerbku na skutek działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. W powołanej definicji nie ma bezpośredniego odwołania do winy podmiotu leczniczego. Założeniem ustawy było bowiem, aby fakt wystąpienia winy konkretnego podmiotu lub jej braku nie miał, z punktu widzenia przyjętej odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, żadnego prawnego znaczenia. Wydaje się jednak, że wprowadzenie wymogu decyzji niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną powoduje, że pomimo braku konieczności wykazania winy, w praktyce większość działań będzie miała taki właśnie charakter.

⁶ „Zdarzeniem medycznym” samym w sobie jest już śmierć pacjenta lub uszkodzenie ciała czy rozstrój zdrowia, nawet jeśli wystąpiły one ze względu na chorobę lub inne naturalne schorzenie pacjenta i były wynikiem jego stanu zdrowia.

⁷ Błędem medycznym w rozumieniu projektu ustawy było nieumyślne postępowanie osoby wykonującej zawód medyczny w szpitalu, niezgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, w wyniku którego nastąpiło:

- 1) zachorowanie na chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (tj. posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty);
- 2) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu albo dziecka lub matki albo śmierć co najmniej jednego z nich – w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych tym pacjentom w związku z ciążą, porodem lub położeniem;
- 3) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, w przypadku:
 - a) nieprawidłowej diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby,
 - b) nieprawidłowego użycia sprzętu lub aparatury medycznej,
 - c) wykonania w nieprawidłowy sposób zbiegu operacyjnego.

Trudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, w której działania niezgodne z aktualną wiedzą medyczną nie przybrały chociażby postaci niedołożenia należytej staranności⁸. Poza tym możliwość zakażenia pacjenta czynnikiem chorobotwórczym będzie niejednokrotnie świadczyła o wystąpieniu tzw. winy organizacyjnej placówki. Dlatego w przyjętym rozwiązaniu nie tyle chodzi o brak elementu winy, ile o brak konieczności jej udowodnienia.

2. Na uwagę zasługuje też fakt, że ustawodawca wskazuje na możliwość wystąpienia nieprawidłowości nie tylko w samym procesie leczenia, ale też na etapie diagnozy oraz zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Niestety, pomimo rozbudowanej definicji ustawowej zdarzenia medycznego nadal mogą powstawać wątpliwości, czy konkretne sytuacje objęte są zakresem tego pojęcia. Typowym przykładem może być powstanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wywołanych posługiwaniem się niesprawnym czy przestarzałym sprzętem. Wydaje się, że w wielu przypadkach określony sprzęt może być kwalifikowany jako wyrób medyczny⁹. Poza tym, jeżeli posługiwanie się taką aparaturą nastąpiło w czasie procesu leczenia, uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia może być też interpretowane jako spowodowane nieprawidłowym leczeniem¹⁰. Przyjęta interpretacja rozszerza jednak w znaczny sposób odpowiedzialność za zdarzenia medyczne skoro wprowadzony wymóg niezgodności postępowania odpowiedzialnego podmiotu z aktualną wiedzą medyczną wskazywałby raczej na to, że ustawodawca kładzie nacisk na decyzje *stricte* medyczne. Analogiczne wątpliwości mogą się pojawić w przypadku odmowy leczenia pacjenta. Z jednej bowiem strony, przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, z drugiej strony, odmowa leczenia może stanowić działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, w szczególności w takiej sytuacji, gdy lekarz podejmie nieodpowiednią decyzję na skutek błędnej diagnozy. Wówczas można

⁸ Zakłada się bowiem, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie odpowiada za tzw. błędy nauki, ale zawsze ponosi odpowiedzialność za stosowanie niesprawdzonych lub zarzuconych metod leczenia oraz brak doksztalcania się, co w konsekwencji prowadzi do podjęcia przez niego działań sprzecznych z aktualną wiedzą medyczną.

⁹ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679), przez pojęcie wyrobu medycznego należy rozumieć wszelkie narzędzia, przyrządy, aparaty, sprzęt, materiały i inne artykuły stosowane samodzielnie lub w połączeniu z niezbędnym wyposażeniem i oprogramowaniem, przeznaczone przez wytwórców do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia skutków urazów lub upośledzeń,
- c) prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych,
- d) regulacji poczęć,

jeżeli nie osiągają swojego zasadniczego zamierzonego działania środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz mogą być przez nie wspomagane.

¹⁰ W modelu szwedzkim wyraźnie wyodrębnione zostały szkody spowodowane wadami produktów medyczno-technicznych, sprzętu i aparatury medycznej. Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta mogą być zatem wywołane przez wady produktów medyczno-technicznych lub wyposażenia szpitalnego bądź przez ich niewłaściwe wykorzystywanie przy wykonywaniu badania, sprawowaniu opieki, stosowaniu terapii itp.

mówić o diagnozie, która opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby.

III. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres podmiotowy

1. Decydujące znaczenie ma określenie podmiotowego zakresu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, w konsekwencji udzielenia odpowiedzi na pytanie: kto – wobec kogo ponosi odpowiedzialność. Przepisy nowelizującej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej. Wskazana ustawa definiuje szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9). Jak wynika z brzmienia powołanego przepisu, wprowadzona przez ustawodawcę definicja jest mało przejrzysta. Zostaje ona dodatkowo skomplikowana wprowadzeniem podziału na przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych¹¹ oraz podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami¹² oraz utrzymaniem pojęcia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹³.

2. Podmiotem uprawnionym do wystąpienia z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercy. Pacjentem jest każdy, kto korzysta ze świadczeń zdrowotnych lub zwraca się o ich udzielenie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny, m.in. przez szpital, pielęgniarkę, położną, lekarza lub inny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych¹⁴.

Wprowadzenie uprawnienia do zgłoszenia roszczenia wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia pacjentowi jako bezpośrednio poszkodowanemu jest rozwiązaniem jak najbardziej naturalnym. Natomiast postanowienie, przy-

¹¹ Zgodnie z brzmieniem art. 205 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), z dniem jej wejścia w życie, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.

¹² Zgodnie z brzmieniem art. 204 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. W terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy (czyli do dnia 1 lipca 2012 r.) kierownicy tych podmiotów mają obowiązek dostosowania ich działalności oraz statutu i regulaminu organizacyjnego do przepisów ustawy oraz dokonania zgłoszenia do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych.

¹³ Zob. art. 58 ustawy poświęcony problematyce podziału zysku w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej czy art. 59 wprowadzający obowiązek pokrycia przez sp. z o.o. ujemnego wyniku finansowego we własnym zakresie. Decydujące znaczenie mają jednak w tej mierze przepisy dotyczące likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 60–61 ustawy), jego przekształcenia w spółkę kapitałową (art. 69–82) oraz połączenia się dwóch lub więcej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej poprzez przeniesienie całego mienia do jednego z nich lub utworzenia nowego sp. z o.o. (art. 66–68 ustawy).

¹⁴ Taką definicję pacjenta wprowadza art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

znające uprawnienie do wystąpienia z odpowiednim żądaniem przez spadkobierców, jest już dosyć zaskakujące. Przewidująca odpowiedzialność za zdarzenia medyczne nowelizacja została wprowadzona do przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wskazana ustawa przyznaje szereg uprawnień pacjentowi, określając jego prawa, a także osobie bliskiej, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, a nawet jego opiekunowi faktycznemu¹⁵. W żadnym przepisie nie zostały przewidziane jakiegokolwiek uprawnienia dla spadkobierców pacjenta, nawet w przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w godności i spokoju; możliwość żądania odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. przysługuje małżonkowi, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawicielowi ustawowemu.

Analogicznie ujmują te kwestie postanowienia najnowszych aktów prawnych wprowadzonych w życie z dniem 1 lipca 2011 r., w tym ustawa o działalności leczniczej¹⁶, a także inne przepisy szczególne zawarte w takich ustawach, jak ustawa z 25 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁷ czy ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁸. Spośród wszystkich ustaw medycznych jedynie w omawianej nowelizacji wprowadzającej odpowiedzialność szpitali za zdarzenia medyczne uprawnienie do wystąpienia z żądaniem wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia zostało przyznane spadkobiercom pacjenta. Jak wiadomo, pacjent może przekazać spadek zarówno spadkobiercom ustawowym, jak i spadkobiercom testamentowym. Ustawodawca nie precyzuje, o jakiego spadkobiercę chodzi, w konsekwencji wnioskodawcą może być także spadkobierca testamentowy, który nie zawsze należy do grona członków rodziny pacjenta – spadkodawcy. Kwestia ta rodzi zresztą także wątpliwości natury *stricte* cywilistycznej. Omawiana ustawa przewiduje uprawnienie do żądania odszkodowania lub zadośćuczynienia przez spadkobierców pacjenta, podczas gdy art. 446 k.c. przyznaje prawo do

¹⁵ Osoba bliska definiowana jest jako małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Poza uprawnieniami wynikającymi z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot ten ma także prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta, gdy rokowania są niepomyślne i lekarz ogranicza zakres przekazywanych mu wiadomości. Opiekun faktyczny to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny opieki takiej wymaga. Przedstawiciel ustawowy pacjenta ma podstawowe uprawnienie do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne oraz prawo do informacji o stanie zdrowia osoby będącej pod jego pieczęcią.

¹⁶ Powołana ustawa przewiduje, że w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci należy niezwłocznie zawiadomić osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 28 ust. 1 pkt 1). Prawo wypisu „na żądanie” przysługuje pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu (art. 29 ust. 1 pkt 2), podobnie jak prawo do złożenia sprzeciwu na ewentualną sekcję zwłok (art. 31 ust. 2).

¹⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

¹⁸ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry zawiera szczegółowe postanowienia odnoszące się do prawa wyrażenia zgody przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, a przypadku badania uprawnienie to zostało przyznane także opiekunowi faktycznemu.

wystąpienia z podobnymi roszczeniami najbliższemu członkowi rodziny (§ 4, § 3) lub innym osobom bliskim (§ 2). W praktyce może dojść do tego, że spadkobiercą pacjenta będzie „osoba obca”, spoza rodziny czy osób bliskich pacjenta i to ona będzie uprawniona do złożenia wniosku do wojewódzkiej komisji oraz uzyskania świadczenia z tytułu śmierci pacjenta na skutek wystąpienia zdarzenia medycznego. W skrajnych przypadkach można sobie wyobrazić sytuację, w której fundacja lub inna osoba prawna jako spadkobiercy testamentowi, a nawet Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego jako spadkobiercy ustawowi, nabędą uprawnienie do złożenia odpowiedniego wniosku.

3. Podmiotem uprawnionym do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego oraz wydania odpowiedniego orzeczenia jest wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W analizowanym trybie aktywny udział bierze jednak jeszcze jeden podmiot – ubezpieczyciel. Co do zasady, zobowiązany do wypłaty odpowiedniego świadczenia wnioskodawcy jest bowiem ubezpieczyciel, z którym podmiot prowadzący szpital zawarł umowę obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, powstałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Sytuacja prawna ubezpieczyciela jest o tyle ciekawa, że może być on jednocześnie kontrahentem szpitala z tytułu obowiązkowej umowy ubezpieczenia OC. Wzajemny stosunek pomiędzy tymi ubezpieczeniami oraz wylaniające się na jego tle zastrzeżenia będą przedmiotem kolejnej publikacji¹⁹.

IV. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres przedmiotowy

1. Celem postępowania prowadzonego wobec szpitala jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była określona szkoda pacjenta, stanowiło zdarzenie medyczne. Jak wynika z przyjętego rozwiązania, wystąpienie zdarzenia medycznego może prowadzić zarówno do powstania szkody majątkowej, jak i niemajątkowej. W konsekwencji podmiot występujący z odpowiednim roszczeniem może żądać odszkodowania służącego naprawieniu szkody majątkowej oraz zadośćuczynienia w celu zrekompensowania tzw. krzywdy. W braku jakichkolwiek odrębnych definicji w tym względzie należy przyjąć, że szkoda majątkowa oraz szkoda niemajątkowa, nazywana też potocznie krzywdą, powinny być ujmowane w znaczeniu, jakie nadaje im nauka prawa cywilnego²⁰.

2. Nowa postać odpowiedzialności podmiotu leczniczego prowadzącego szpital będzie miała zastosowanie w przypadku zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych. Wchodząca w życie z dniem

¹⁹ Na temat „ubezpieczeniowych wątpliwości” związanych z przepisami odpowiedzialności za zdarzenia medyczne zob. przede wszystkim E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2011, nr 1, s. 59.

²⁰ Na temat szkody majątkowej oraz niemajątkowej zob. M. Serwach, (w:) E. Kowalewski, D. Fuchs, W. Mogiński, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz-Toruń 2005, s. 366.

1 stycznia 2012 r. nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie zawiera własnych definicji świadczenia zdrowotnego. Natomiast ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 3 ust. 1 pkt 6 stanowi, że świadczenie zdrowotne to świadczenie, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej²¹. Powołany przepis (analogicznie jak poprzednio obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) definiuje świadczenie zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania²². Świadczenia szpitalne ujmowane są jako wykonywane przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 pkt 11). Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godziny.

3. Dla powstania odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego drugorzędne znaczenie ma ustalenie osoby, która jest bezpośrednim sprawcą szkody. Odpowiedzialność ta jest bowiem odpowiedzialnością samego szpitala reprezentowanego w relacjach z komisją orzekającą w sprawie wystąpienia zdarzenia medycznego przez kierownika placówki. Jego odpowiedzialność będzie wchodziła w grę zarówno w takim przypadku, gdy wadliwe postępowanie czy decyzja zostały podjęte przez lekarza, pielęgniarkę, położną, jak i przez każdy inny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na terenie placówki. *De facto* nie zostało nawet doprecyzowane, że ma to być osoba wykonująca zawód medyczny. Podobnie, jak nie została zróżnicowana sytuacja szpitala w zależności od tego, czy bezpośredni sprawca szkody jest pracownikiem podmiotu leczniczego, czy też jest na tzw. kontrakcie. Tymczasem zagadnienie to może mieć zasadnicze znaczenie w przypadku przyjęcia możliwości podniesienia wobec bezpośredniego sprawcy roszczenia regresowego. Ustawodawca nie dostrzegł tego problemu przyjmując zapewne, że wszystkie świadczenia z tytułu zdarzeń medycznych będą pokrywane przez ubezpieczyciela. Natomiast w przypadku wyczerpania sumy gwarancyjnej lub braku umowy obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjenta, obowiązek wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia będzie obciążał szpital, na terenie którego doszło do powstania zdarzenia medycznego. Pomijając kwestie roszczenia regresowego w ujęciu cywilnoprawnym czy ubezpieczeniowym, prawo żądania zwrotu odpowiedniej kwoty wypłaconej za

²¹ W brzmieniu nadanym przez art. 181 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

²² Art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia te ulegają wtórnemu podziałowi na świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (art. 9 ustawy o działalności leczniczej). Działalność lecznicza może być też wykonywana w postaci ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (art. 10).

szkodę wyrządzoną przez pracownika osobie trzeciej przyznane zostało także pracodawcy (art. 120 k.p.).

Brak odpowiedniego przepisu może rodzić uzasadnione pytanie, czy placówce medycznej, która wypłaciła określone świadczenie pacjentowi, będzie przysługiwało jakiegokolwiek roszczenie regresowe wobec odpowiedzialnego podmiotu.

4. Nie jest ponadto istotne z punktu widzenia omawianej odpowiedzialności, czy mamy do czynienia z niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną działaniem czy zaniechaniem sprawcy. Należy jednak przyjąć, że dla powstania odpowiedzialności za zdarzenie medyczne pomiędzy niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną postępowaniem a szkodą pacjenta, polegającą na zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub jego śmierci, musi wystąpić związek przyczynowy.

V. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres czasowy

1. Nie mniej wątpliwości budzą przewidziane przez ustawodawcę ramy czasowe odpowiedzialności za zdarzenia medyczne. Czasowa odpowiedzialność podmiotu leczniczego prowadzącego szpital została ograniczona podwójnym terminem²³. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być bowiem złożony w terminie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne²⁴. Co ciekawe, ustawodawca uzależnia początek biegu terminu od chwili dowiedzenia się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała czy rozstroju zdrowia, ale w odniesieniu do spadkobierców nie wprowadza analogicznie chwili dowiedzenia się o śmierci pacjenta, lecz posługuje się sformułowaniem „*albo nastąpiła śmierć pacjenta*”²⁵.

W każdym razie termin 3-letni ma tzw. bezwzględny charakter, po jego upływie nie można już dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego, co oczywiście nie powoduje zamknięcia drogi postępowania przed sądem cywilnym. Innymi słowy, po jego upływie pacjent nie może już skutecznie wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego. Powstaje jednak uzasadnione pytanie, czy przewidziany przez ustawodawcę termin ma charakter terminu przedawnienia, który uznawany jest na zarzut uprawnionego, czy też wniosek złożo-

²³ Na uwagę zasługuje też fakt, że w przeciwieństwie do rozwiązań przyjętych w kodeksie cywilnym, w którym przewidziany jest termin przedawnienia określonego roszczenia, omawiana ustawa wprowadza termin złożenia wniosku.

²⁴ Podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może go w każdym czasie cofać aż do dnia wydania orzeczenia w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

²⁵ Dokładnie rzecz ujmując postanowienie to brzmi następująco: „*Wniosek wnosi się w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się... albo nastąpiła śmierć pacjenta*”.

ny po jego upływie powinien zostać, niejako z urzędu, odrzucony przez wojewódzką komisję.

Nie ma natomiast przeszkód prawnych, aby pacjent uzyskał odszkodowanie i zadośćuczynienie na drodze postępowania cywilnego, gdy nie upłynął jeszcze termin 3 lat od dnia, gdy dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia (art. 442¹ § 3 k.c.)²⁶. Wracamy jednak do sygnalizowanego wcześniej problemu, że uprawnienie to nie będzie już przysługiwało spadkobiercy, który jednocześnie nie spełnia dyspozycji art. 446 k.c. Innymi słowy, spadkobierca pacjenta, który nie należy jednocześnie do kategorii najbliższych członków rodziny zmarłego pacjenta, nie będzie mógł dochodzić zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na drodze cywilnej.

2. Najbardziej istotne jest jednak to, że w razie śmierci pacjenta ustawy termin do złożenia wniosku z tytułu wystąpienia zdarzenia medycznego nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego (art. 67c ust. 4). Wprowadzone rozwiązanie oznacza, że podmiot leczniczy prowadzący szpital nigdy nie będzie miał pewności, kiedy ustanie jego odpowiedzialność za konkretne zdarzenie medyczne. Podobna wątpliwość odnosi się do jego ubezpieczyciela. W braku odpowiedniego rozporządzenia wykonawczego, które ma ustalić szczegółowe warunki nowego ubezpieczenia, nie jest jeszcze znana definicja wypadku ubezpieczeniowego. Jeśli jednak przyjęta zostanie zastosowana w innych ubezpieczeniach obowiązkowych koncepcja wypadku jako zdarzenia objętego ubezpieczeniem (*act committed*), także ubezpieczyciel będzie miał trudności z określeniem czasowego zakresu swojej odpowiedzialności. W praktyce spadkobiercy przez wiele lat mogą bowiem nie wszczynać postępowania spadkowego, zwłaszcza w sytuacji, gdy wspólność majątku spadkowego jest dla nich korzystna. Jeszcze inne problemy pojawią się w sytuacji, gdy postępowanie spadkowe przeciąga się w czasie ze względu na konflikty pomiędzy spadkobiercami.

3. Złożenie wniosku, w wyniku którego wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określonych w przepisach kodeksu cywilnego, wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem (art. 67c ust. 3). Cytowane postanowienie budzi istotne implikacje prawne. Po pierwsze, wprowadza nową okoliczność przerywającą bieg przedawnienia roszczeń cywilnoprawnych, nie wprowadzając jednocześnie żadnej nowelizacji kodeksu cywilnego, a więc nie zmieniając brzmienia art. 123 k.c. Po drugie, samo sformułowanie ustawowe rodzi uzasadnione zastrzeżenia. Jeżeli bowiem, po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, komisja może wydać orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku (art. 67j ust. 1) niezrozumiałe jest wprowadzenie

²⁶ W przypadku osoby małoletniej, przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności (art. 442¹ § 4 k.c.).

nie możliwości przerwania biegu przedawnienia jedynie w sytuacji, gdy komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym. W takim bowiem przypadku ubezpieczyciel zobowiązany jest do złożenia wnioskodawcy propozycji wypłaty świadczenia w określonej wysokości, a jej przyjęcie przez uprawnionego oznacza zrzeczenie się wszelkich roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenia medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się od dnia złożenia wniosku (art. 67k ust. 6)²⁷. Literalna wykładnia art. 67c ust. 3 ustawy wskazywałaby, że przerwanie biegu przedawnienia następuje tylko w przypadku wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym, podczas gdy bardziej uzasadnione byłoby wprowadzenie takiego rozwiązania w razie orzeczenia o braku zdarzenia medycznego. W takim bowiem przypadku występuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia przez pacjenta na drogę sądową. Wydaje się, że nowa okoliczność przerywająca bieg przedawnienia roszczeń cywilnoprawnych powinna być wprowadzona do art. 123 k.c. poprzez nowelizację przepisów kodeksu cywilnego i odnosić się do złożenia wniosku do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych²⁸. Poza tym, jeśli przyjąć zasadność takiego rozwiązania, należałoby konsekwentnie zastanowić się nad tym, jaki jest termin przedawnienia dla roszczenia potwierdzonego przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, podobnie jak ma to miejsce w przypadku art. 125 k.c.

VI. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres kwotowy

1. Kwotę dochodzonego odszkodowania lub zadośćuczynienia uprawniony podmiot powinien wskazać we wniosku złożonym do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wysokość należnego świadczenia ma jednak ściśle ograniczone ramy ustawowe. W art. 67k ust. 7 nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustawodawca wskazał bowiem maksymalną wysokość należnych świadczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia). Wynosi ona w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową: 1 200 000 zł, z tym że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł. Natomiast w razie jego śmierci – kwota ta stanowi maksymalnie 300 000 zł. W obu przypadkach podana kwota odnosi się do jednego pacjenta. Brzmienie przepisu wskazywałoby, że mamy w tym przypadku do czynienia z wprowadzoną pośrednio sumą gwarancyjną. Tymczasem w razie wyczerpania się wskazanej kwoty lub niezawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, podmiot leczniczy prowadzący szpital związany jest orzeczeniem wojewódzkiej komisji i ma obowiązek przedstawienia własnej propozy-

²⁷ Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców jest skuteczne wobec pozostałych.

²⁸ Niezależnie od tego, czy komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, czy o jego braku. Takie sformułowanie pozwoliłoby na uniknięcie zasygnalizowanych wątpliwości.

cji wypłaty wnioskodawcy świadczenia w odpowiedniej wysokości (art. 67k ust. 10 ustawy). Jeżeli w terminie 30 dni od doręczenia mu orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie przedstawi swoich warunków, będzie zobowiązany do wypłaty kwoty wskazanej we wniosku, zawsze jednak mieszczącej się w ustawowych granicach. W konsekwencji przepisy określające maksymalną wysokość świadczenia wypłacanego na rzecz pacjenta lub jego spadkobierców mogą wyznaczać nie tylko granice kwotowej odpowiedzialności ubezpieczyciela, ale też samego podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. W jednym i drugim przypadku przedstawienie określonej propozycji lub wypłata odszkodowania albo zadośćuczynienia nie oznacza jednak uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.

2. Chwilę uwagi należy też poświęcić przewidzianym przez ustawodawcę maksymalnym kwotom należnego odszkodowania i zadośćuczynienia. Wskazane sumy dotyczą bowiem obu świadczeń jednocześnie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że kwota odszkodowania jest zazwyczaj łatwiejsza do udowodnienia i z tego względu precyzyjniej określona, służy bowiem naprawieniu szkody majątkowej, to w wielu przypadkach będziemy mieć do czynienia z ograniczeniem wysokości zadośćuczynienia służącego naprawieniu krzywdy, która z natury rzeczy ma „nieprzeliczalny” charakter. Ciekawym rozwiązaniem jest także przyznanie kwoty trzykrotnie wyższej w przypadku śmierci pacjenta jego spadkobiercom niż samemu pacjentowi jako bezpośrednio poszkodowanemu. Tendencja ta jest odwrotna niż w przypadku art. 444–448 k.c., na podstawie których bezpośrednio poszkodowanemu wypłacane są zazwyczaj sumy znacznie wyższe niż podmiotom pośrednio poszkodowanym. Wniosek ten jest wyraźnie widoczny w przypadku zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Swoistego rodzaju uzasadnieniem rozwiązania przyjętego w omawianej nowelizacji przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może być uznanie, że zaproponowana kwota dotyczy wszystkich spadkobierców i podlega podziałowi pomiędzy nimi. Liczba spadkobierców – wnioskodawców może być przy tym różna w każdym konkretnym przypadku²⁹.

3. Na zakończenie należy dodać, że kwotowe granice odpowiedzialności za zdarzenia medyczne mogą ulec kolejnym modyfikacjom. Zgodnie bowiem z delegacją z art. 67k ust. 11 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 7, oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń

²⁹ Poszczególne stany faktyczne dowodzą, że jeden wypadek może rodzić od jednego do kilku, a nawet kilkunastu roszczeń uprawnionych pośrednio poszkodowanych. Wniosek ten znajduje swoje odzwierciedlenie w ostatnich zdarzeniach o charakterze katastroficznym, począwszy od zawałenia hali targów międzynarodowych w Katowicach, a skończywszy na tzw. katastrofie smoleńskiej.

medycznych, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów pacjenta oraz warunkiem przejrzystości w ustalaniu ich wysokości. ■

Characteristics and Scope of Liability for Medical Events

On 1 January 2012 the amendment to the Act on Patient's Rights and Patient Ombudsman and the Act on Compulsory Insurance, the Insurance Guarantee Fund and the Polish Motor Insurers Bureau shall enter into force. In the above-mentioned regulations, the Polish legislator introduced an innovative model of liability for the medical event, taking into account the need for the effective protection of patients as well as medical facilities against insolvency connected with the necessity to pursue claims for damages.

The new liability provided for by the legislature, unknown to the Polish law so far, is modeled on the Swedish insurance for the benefit of the patient. It is an attempt to resolve the problem of the increasing number of claims against medical facilities and protracted lawsuits. However, the solutions prepared by the Polish legislator are not only far from the Swedish model but, above all, raise numerous interpretational doubts. Thus, the careful consideration of the subjective, material, temporal and financial scope of liability seems necessary as well as of the application of new regulations and analysis of practical doubts concerning the accepted solutions and showing differences from the model insurance for the benefit of the patient.

The aim of the present article is to define a medical event, point out who and when can make claims in case of its occurrence, determine the legal situation of all the parties (claimant, hospital, insurer). What is more, other issues are discussed, namely the maximum amounts of benefits that may be paid out and the period during which the claimant can advance a claim against hospital through the voivoveship (provincial) commission to adjudicate about medical events.