

Małgorzata Serwach

Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych

I. Uwagi wprowadzające

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z 28 kwietnia 2011 r. (nazywana dalej: n.pr.pacj.)¹ wprowadza odrębny tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Wskazane świadczenia będą wypłacane pacjentom lub ich spadkobiercom, jeżeli na skutek wystąpienia w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital tzw. zdarzenia medycznego doszło do zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała, wywołania rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta². **O wystąpieniu zdarzenia medycznego orzekać będą komisje wojewódzkie, natomiast do wypłaty świadczenia w określonej wysokości będą zobowiązani, co do zasady, ubezpieczyciele udzielający w tym zakresie ochrony ubezpieczeniowej³.**

Biorąc pod uwagę praktyczne znaczenie nowych przepisów dla działalności szpitali, ale też konieczność wprowadzenia odpowiedniego ubezpieczenia, nazywanego powszechnie ubezpieczeniem na rzecz pacjenta, ustawodawca prze-

¹ Opubl. Dz. U. Nr 113, poz. 660. Podmiotowy, przedmiotowy, czasowy i kwotowy zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne oraz materialnoprawne wątpliwości związane ze stosowaniem nowych przepisów zostały szczegółowo omówione we wcześniejszej publikacji poświęconej tej tematyce. Zob. M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 3, s. 17 i n. Na temat systemu skandynawskiego zob. M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, Prawo Asekuracyjne 2002, nr 2, s. 17; Por. M. Nesterowicz, *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiP 2002, nr 3; B. A. Koch, *Medical Liability in Europe*, Berlin – Boston 2011, s. 537; M. Brahams, *The swedish „no fault” Compensation System for Medical Injuries*, New Law Journal 1988, vol. 138, s. 19.

² 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: (1) diagnozy, jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie lub opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; (2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego; (3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

³ Wojewódzka komisja nie będzie badać rozmiaru szkody ani kwestii adekwatnego związku przyczynowego. Rolą wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie będzie również ustalanie wysokości odszkodowania albo zadośćuczynienia.

widział dosyć długie *vacatio legis*. Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne wchodzi bowiem w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. **W konsekwencji analizowane rozwiązania będą miały zastosowanie do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć, mających miejsce po dniu wejścia w życie ustawy.** Wyjątek w tej mierze stanowią przepisy dotyczące zgłaszania kandydatów na członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych pierwszej kadencji oraz powołania ich członków, które weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy⁴.

Z punktu widzenia praktyki ubezpieczeniowej zasadnicze znaczenie ma szczegółowe przedstawienie zasad postępowania przed wojewódzkimi komisjami oraz trybu dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia w razie wystąpienia zdarzenia medycznego⁵.

II. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego

1. Postępowanie o ustalenie zdarzenia medycznego nie jest prowadzone z urzędu, lecz wszczynane na wniosek uprawnionego podmiotu. Jak wynika z treści uzasadnienia nowelizacji, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o błędach medycznych jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego. W przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia uprawnionym do złożenia wniosku jest **pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W razie śmierci pacjenta prawo żądania ustalenia zdarzenia medycznego przysługuje spadkobiercom pacjenta.** Wniosek składa się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Wniosek niekompletny⁶

⁴ Samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, adwokatury, radców prawnych oraz organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz pacjenta powinny zgłosić kandydatów na członków wojewódzkich komisji pierwszej kadencji nie później niż do 30 września 2011 r. Wojewodowie powołują członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych pierwszej kadencji nie później niż w terminie do 31 grudnia 2011 r.

⁵ Por. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, PiM 2010, nr 4, s. 22; M. Tenenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, PiM 2010, nr 4, s. 40. Zob. też E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, WU 2011, nr 1, s. 3.

⁶ Zgodnie z art. 67d ustawy wniosek musi zawierać: (1) dane pacjenta (imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość); (2) ewentualnie imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego; (3) imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli to oni są wnioskodawcami oraz wskazanie, który ze spadkobierców reprezentuje pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych; (4) adres do doręczeń; (5) dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital (firmę, adres siedziby oraz adres szpitala); (6) uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie

lub nienależycie opłacony będzie zwracany bez rozpoznania podmiotowi składającemu wniosek⁷.

Do wniosku dołącza się dowody uprawniające do rozpoznania okoliczności w nim wskazane,⁸ potwierdzenie uiszczenia stosownej opłaty oraz postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku, jeżeli z wnioskiem, o ustalenie zdarzenia medycznego występują spadkobiercy zmarłego pacjenta oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w razie złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich. Ustawodawca nie doprecyzował, że zamiast stwierdzenia nabycia spadku, uprawniony może dostarczyć poświadczenie dziedziczenia, co może prowadzić do powstania określonych wątpliwości praktycznych⁹. Podobnie, nie ma odpowiedzi na pytanie, jak należy oceniać sytuację, gdy spadkobiercy nie są w stanie przedstawić jednego pełnomocnictwa do reprezentowania pozostałych.

2. W art. 67b ust. 3 n.pr.pacj. ustawodawca przewiduje wyjątek od wprowadzonej przez siebie zasady, że postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego ma wnioskowy charakter. Mianowicie postępowanie przed wojewódzką komisją nie może toczyć się równoległe z innymi postępowaniami w tej sprawie. Dlatego nie może być wszczęte, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono już sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie albo toczy się odpowiednie postępowanie cywilne. Jeżeli postępowanie zostało już wszczęte, podlega ono umorzeniu. Jednocześnie ulega ono zawieszeniu w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny. **W razie zakończenia postępowania karnego lub postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych podejmuje się z urzędu.**

3. Złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego obwarowane jest podwójnym terminem. Może być on złożony w terminie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała,

ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej; (7) wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia czy śmierć pacjenta; (8) propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż określona w ustawowych granicach.

⁷ Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 200 złotych. Opłata podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i zostaje przekazana na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego.

⁸ Wnioskodawca nie ma obowiązku wskazania, jakie konkretnie błędne postępowanie przyczyniło się do powstania uszczerbku. Powinien jedynie uprawdzić fakt wystąpienia zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej. Ocena, czy zdarzenie medyczne faktycznie miało miejsce podlega już ustaleniom komisji.

⁹ Powstaje pytanie, jak należy traktować możliwość przedłożenia poświadczenia dziedziczenia, które może być dokonane przed notariuszem, a zarejestrowane w Rejestrze Aktów Poświadczenia Dziedziczenia wywołuje skutki prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku. Poświadczenie dziedziczenia zostało wprowadzone do kodeksu cywilnego nowelą z 24 sierpnia 2007 r., która weszła w życie 2 października 2008 r. (Dz. U. Nr 181, poz. 1287).

rozstroju zdrowia czy śmierci pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne¹⁰. Termin trzyletni ma tzw. bezwzględny charakter, po jego upływie nie można już skutecznie dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego. W przypadku śmierci pacjenta termin ten nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego¹¹. Złożenie wniosku do wojewódzkiej komisji przerywa bieg przedawnienia roszczenia cywilnoprawnego. Ustawodawca wprowadza zatem w innym akcie prawnym niż kodeks cywilny kolejną – poza aktywnością wierzyciela (wystąpienie przed sądem, sądem polubownym lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju bezpośrednio w celu dochodzenia, ustalenia, zabezpieczenia lub zaspokojenia roszczenia), aktywnością dłużnika (uznanie właściwe oraz uznanie niewłaściwe) i mediacjami – okoliczność przerywającą bieg przedawnienia. Jednocześnie nie dokonuje żadnej zmiany art. 123 k.c., nie przewiduje też, jaki jest termin przedawnienia dla roszczeń stwierdzonych orzeczeniem wojewódzkich komisji.

III. Postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego

1. Pierwszym etapem rozpoczynającym postępowanie przed wojewódzką komisją jest **ustalenie stanowiska wszystkich zainteresowanych**. Dlatego z chwilą przyjęcia kompletnego i opłaconego wniosku wojewódzka komisja przekazuje go niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz jego ubezpieczycielowi. Osoby te przedstawiają swoje zdanie w terminie 30 dni od otrzymania wniosku wraz z dowodami na jego poparcie. Nieprzedstawienie stanowiska we wskazanym terminie jest traktowane jako akceptacja treści wniosku zarówno w zakresie okoliczności w nim wskazanych, jak i proponowanej wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia. **Ustawodawca nie rozstrzygnął kwestii, jak należy oceniać sytuacje, gdy uprawnione podmioty przedstawiają przeciwne zapatrywanie w tej sprawie.** W szczególności, gdy ubezpieczyciel kwestionuje swoją odpowiedzialność, a więc prawdopodobne jest, że będzie w przyszłości odwoływał się od ewentualnego orzeczenia komisji o wystąpieniu zdarzenia medycznego lub związany takim orzeczeniem zaproponuje wnioskodawcy symboliczną kwotę. Natomiast szpital akceptuje swoją odpowiedzialność lub, przeciwnie, zachodzi sytuacja odwrotna. Poza tym, **przy krótkim 4-miesięcznym terminie przyznanym wojewódzkim komisjom na rozpoznanie sprawy, wyjątkowo długi wydaje się okres oczekiwania na stanowisko szpitala i jego ubezpieczyciela, który może zająć nawet 1/4 całego ustawowego terminu.**

2. **W toku prowadzonego postępowania członkom wojewódzkich komisji przyznano wiele uprawnień.** Przed wydaniem orzeczenia

¹⁰ Podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może go w każdym czasie wycofać aż do dnia wydania orzeczenia w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

¹¹ Na temat wątpliwości dotyczących określenia terminu dochodzenia roszczeń związanych z wystąpieniem zdarzenia medycznego zob. M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 3, s. 17 i n.

o wystąpieniu zdarzenia medycznego lub jego braku, komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień wszystkie podmioty zainteresowane wynikiem sprawy: osobę, która złożyła wniosek; kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital; osoby, które wykonywały zawód medyczny w szpitalu oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób w nim związane w okresie, w którym miało miejsce zdarzenie medyczne, jeśli tylko mogą posiadać informacje istotne dla toczącego się postępowania, a także samego ubezpieczyciela¹². Komisja rozpatrując przedstawione dowody, może ponadto przeprowadzić postępowanie wyjaśniające w szpitalu oraz żądać dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy, w szczególności dokumentacji medycznej. Dodatkowo komisja ma uprawnienie do wizytacji pomieszczeń i urządzeń placówki¹³. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, może też zasięgnąć opinii lekarza albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dyscyplinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia¹⁴. **Istotnym mankamentem przyjętego rozwiązania jest niewprowadzenie odrębnego terminu na sporządzenie opinii** oraz brak regulacji sytuacji, w której podmiot powołany do jej wydania zwleka z ekspertyzą lub nie ma możliwości szybkiego przeprowadzenia konsultacji, na skutek czego wojewódzka komisja nie jest w stanie wydać orzeczenia o zdarzeniu medycznym lub jego braku w ustawowym 4-miesięcznym terminie. Ustawodawca odwołuje się jedynie do art. 280–289 k.p.c. regulujących kwestie formy opinii, dodatkowych ustnych wyjaśnień biegłego, odmowy zeznań przez biegłego, jego wyłączenia oraz konieczności złożenia odpowiedniego przyrzeczenia. Zasadnicze znaczenie należy jednak przyznać w tej mierze art. 287 k.p.c., który za nieusprawiedliwione niestawiennictwo, za nieuzasadnioną odmowę złożenia przyrzeczenia lub opinii albo za nieusprawiedliwione opóźnienie złożenia opinii pozwala na nałożenie na biegłego grzywny.

3. Postępowanie prowadzone przez komisję wojewódzką do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest jawne¹⁵. W jej posiedzeniach, z wyjątkiem narady i głosowania nad orzeczeniem, może uczestniczyć wnioskodawca oraz przedstawiciel podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, a także jego ubezpieczyciel¹⁶. Jednym z głównych założeń, które stanowiło podstawę wprowadzonych rozwiązań jest szybkość nowego trybu. Dlatego nie może ono toczyć się dłużej niż 4 miesiące od dnia złożenia wniosku. Po jego zakończeniu komisja

¹² Wezwanie wręcza się tym podmiotom na co najmniej 7 dni przed terminem posiedzenia.

¹³ Z przeprowadzonych czynności sporządza się odpowiedni protokół, który podpisują członkowie wojewódzkiej komisji oraz osoby uczestniczące w tych czynnościach.

¹⁴ Osoby, którym komisja zleciła sporządzenie odpowiedniej opinii mogą być wyłączone z konkretnego postępowania oraz składają oświadczenie o braku konfliktu interesów na tych samych zasadach i w tych samych przypadkach co członkowie komisji (art. 67g ust. 6).

¹⁵ Oświadczenia o braku konfliktu interesów, protokoły oraz orzeczenia wraz z uzasadnieniem są przechowywane przez właściwego wojewodę przez okres 10 lat.

¹⁶ W tym celu o terminie każdego posiedzenia zawiadamia się podmiot składający wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela. Zawiadomienie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.

wydaje w formie pisemnej orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku wraz z uzasadnieniem. Orzeczenie zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności całego składu orzekającego. Skład jest 4-osobowy, co oznacza, że dopuszczalne jest orzeczenie o zdarzeniu medycznym przy głosach 3:1. Członek komisji, który nie zgadza się z większością może zgłosić zdanie odrębne, ale jest wówczas zobowiązany uzasadnić je na piśmie. Orzeczenie ogłaszane jest przez przewodniczącego składu wraz z podaniem głównych motywów rozstrzygnięcia. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem powinno być doręczone podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi nie później niż w terminie 7 dni.

4. Ustawodawca nie wskazał, jakie informacje powinno zawierać uzasadnienie orzeczenia wojewódzkiej komisji. Przewidział jedynie, że przewodniczący składu orzekającego, na posiedzeniu, w którym wydano orzeczenie ogłasza jego treść, przytaczając główne motywy rozstrzygnięcia. W terminie 7 dni od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie (art. 67j ust. 5 ustawy).

Należy jednak uznać, że w treści uzasadnienia powinno być zawarte określenie zdarzenia medycznego, konkretnego działania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną oraz faktu wystąpienia uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub śmierci pacjenta. Wydaje się, że komisja powinna też wskazać, na czym polegała przyjęta niezgodność postępowania danego podmiotu z aktualną wiedzą medyczną, ma ona bowiem istotne znaczenie dla przyjęcia odpowiedzialności szpitala. Nie musi natomiast odnosić się do wnioskowanej kwoty odszkodowania czy zadośćuczynienia.

5. W uchwalonych przez polskiego ustawodawcę przepisach brak jest jakichkolwiek regulacji normujących sytuację, w której komisja nie wyda orzeczenia w ustawowym terminie 4 miesięcy. Można się jednak zastanawiać, czy w takim przypadku nie mamy do czynienia z **możliwością wniesienia skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji.** Zgodnie z art. 67m ust. 1 n.pr.pacj. skargę można bowiem oprzeć na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją.

IV. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją

1. Kontrowersyjny charakter ma możliwość obciążenia poszczególnych podmiotów kosztami postępowania przed wojewódzką komisją, która została uzależniona od wyniku sprawy. W przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym koszty te ponosi podmiot leczniczy prowadzący szpital, ale w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego – koszty obciążają podmiot składający wniosek. Rozwiązanie to jest o tyle zaskakujące, o ile wnioskodawca może złożyć wniosek w dobrej wierze, będąc przekonany, że doszło do wystąpienia zdarzenia medycznego w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital. Przy tzw. szkodach medycznych, gdy niejednokrotnie mamy do czynienia z procesami biologicznymi, które są ściśle powiązane z konkretnym pacjentem, z jego

wcześniejszymi schorzeniami, uwarunkowaniami genetycznymi, trudno z góry wskazać, czy mamy do czynienia ze zdarzeniem medycznym. Dlatego też, w razie powstania wątpliwości (pomimo tego, że dwóch członków komisji to podmioty wykonujące zawód medyczny) komisja ma możliwość wniesienia o sporządzenie opinii w sprawie przez specjalistę w danej dziedzinie, a nawet konsultanta wojewódzkiego. Obciążenie w takim przypadku wnioskodawcy kosztami przeprowadzonego postępowania wydaje się nieprawidłowym rozwiązaniem. Może też spowodować, że pacjenci nie będą zainteresowani uproszczonym modelem dochodzenia swoich roszczeń. **Konieczność pokrycia takich kosztów może być też podstawowym przedmiotem sporów i nieporozumień pomiędzy pacjentem, komisją oraz szpitalem. Ten ostatni podmiot, który z założenia miał nie ponosić ujemnych konsekwencji wprowadzanego systemu, będzie jednak zobowiązany do uwzględnienia w swoim budżecie obowiązku pokrycia kosztów przegranych spraw przed wojewódzką komisją, pomimo zawarcia odpowiedniej umowy ubezpieczenia obowiązkowego.** Swoistego rodzaju wyjątkiem może być w przypadkach szczególnie uzasadnionych zasądzenie od strony przegrywającej tylko części kosztów albo jej nieobciążanie (art. 102 k.p.c.).

Co ciekawe, możliwe jest obciążenie kosztami przeprowadzonego postępowania także samego ubezpieczyciela, ale tylko wtedy, gdy nie przedstawi on wnioskodawcy w ustawowym terminie propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia.

2. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją rozumiane są dosyć szeroko. Składa się na nie opłata wstępna (200 zł), koszty podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez komisję, a także wynagrodzenie za sporządzenie opinii¹⁷. Wysokość kosztów postępowania wojewódzka komisja ustala w orzeczeniu¹⁸.

Aby sumy te nie były nadmierne, minister właściwy do spraw zdrowia ma określić, w drodze rozporządzenia, zryczałtowaną wysokość poszczególnych kwot, mając na celu zrównoważenie interesów pacjentów oraz szpitali. Zgodnie z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 października 2011 r. zryczałtowane koszty mają wynosić: 83,58 zł – w przypadku kosztów podróży osób wezwanych przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych; 34,50 zł – w przypadku kosztów noclegu; 153, 57 zł – w przypadku utraconych zarobków lub dochodów oraz 300 zł – w przypadku kosztów wynagrodzenia opinii. Nie zmienia to faktu, że osoba zobowiązana do pokrycia kosztów postępowania przed wojewódzką komisją nigdy nie będzie miała pewności, jaka suma będzie wskazana w konkretnym orzeczeniu. Poza tym powstają uzasadnione wątpliwości, czy określona osoba wezwana przed komisję może żądać większych kwot, jeśli wykaże, że poniosła większe wydatki lub utracone przez

¹⁷ Wydatki związane z doręczaniem wezwań i innych pism wojewódzkiej komisji oraz ze zwrotem opłat nie obciążają podmiotu składającego wniosek, podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela.

¹⁸ Kwotę stanowiącą równowartość kosztów uiszcza się na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego. Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

nią zarobki są inne niż te, które wynikają z postanowień projektowanego rozporządzenia.

Rozwiązanie ustawowe ma także jeszcze jeden mankament. Mianowicie, ustawodawca nie przewidział odrębnie, który podmiot powinien pokryć koszty postępowania przed wojewódzką komisją w sytuacji, gdy pacjent odrzuci ofertę wypłaty określonej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia przekazaną mu przez ubezpieczyciela, uznając ją za niewystarczającą. Pacjent nie ma bowiem obowiązku przyjęcia zaproponowanej mu kwoty, co wynika *expressis verbis* z brzmienia art. 67k ust. 5 n.pr.pacj. W takim przypadku **koszty te pozostaną więc kosztami szpitala (lub ubezpieczyciela), pomimo niezaspokojenia roszczeń wnioskodawcy.**

V. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, umorzenie postępowania oraz skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji

1. Postępowanie przed wojewódzką komisją może być umorzone przed wydaniem orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego lub jego braku. Ma to miejsce wtedy, gdy wnioskodawca wycofał swój wniosek, zmarł w toku postępowania lub cofnięte zostało pełnomocnictwo do reprezentowania wszystkich spadkobierców (art. 67l n.pr.pacj.).

2. Omawiane postępowanie ma też „dwiinstancyjny charakter”. Zarówno wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jak i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy¹⁹. Zostaje on przeanalizowany w terminie 30 dni od jego otrzymania. W rozpatrywaniu odwołania nie może uczestniczyć żaden członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Jeżeli żadna ze stron nie złoży wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wojewódzka komisja zawiadamia wszystkie podmioty o bezskutecznym upływie terminu do wniesienia takiego odwołania.

3. Podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą ponadto, w terminie 30 dni, wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Termin ten liczony jest od dnia bezskutecznego upływu terminu o ponowne rozpatrzenie sprawy lub od dnia otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. **W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w poszerzonym składzie 6-osobowym, co nie zmienia faktu, że jest w takim przypadku trochę „sędzią we własnej sprawie”.**

¹⁹ Uprawnienie to przysługuje w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Wojewódzka komisja zawiadamia podmioty uprawnione do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy o bezskutecznym upływie terminu.

VI. Ubezpieczenie podmiotu leczniczego prowadzącego szpital

1. Surową odpowiedzialność szpitala ma zniwelować obowiązek posiadania odpowiedniego ubezpieczenia oraz fakt, że konieczność wypłaty określonego świadczenia nie powinna obciążać podmiotu leczniczego²⁰. W zakresie odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego ubezpieczyciel jest bowiem związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji. Za jej pośrednictwem, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia o zdarzeniu medycznym, wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub od dnia otrzymania zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia takiego wniosku, ma obowiązek przedstawienia uprawnionemu propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia²¹. Propozycja ta musi się mieścić w ustawowych granicach. **Wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, wynosi bowiem 1 200 000 zł z tym, że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł, natomiast w razie śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł.** W obu przypadkach wskazana kwota odnosi się do jednego pacjenta.

Zgodnie z brzmieniem art. 67k ust. 9 n.pr.pacj. przedstawienie przez ubezpieczyciela odpowiedniej propozycji lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia nie oznacza jednak uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym. W konsekwencji **złożenie omawianej propozycji przez ubezpieczyciela nie będzie stało na przeszkodzie, aby w postępowaniu sądowym podmiot ten w ogóle kwestionował swoją odpowiedzialność**²². Takie ujęcie rodzi uzasadnione pytanie, jaki charakter ma złożona przez ubezpieczyciela i przyjęta przez uprawnionego propozycja wypłaty odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia lub odszkodowania, w szczególności, czy spełnia wymogi ugody w ujęciu kodeksu cywilnego.

2. Jeśli ubezpieczyciel nie przedstawi we wskazanym terminie propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia, będzie zobowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku. Zamiast stanowiska ubezpieczyciela wojewódzka komisja wystawia wówczas zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propo-

²⁰ Wprowadzenie nowego rodzaju ubezpieczenia spowodowało także zmiany w przepisach ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.). W przypadku orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody, prawomocnego orzeczenia sądu lub w sposób określony w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 13 ust. 1).

²¹ Nawet zatem w takiej sytuacji, gdy żadna ze stron nie chce się odwoływać od orzeczenia komisji, termin 14 dni od wydania orzeczenia pozostaje w swoistego rodzaju zawieszeniu.

²² Oczywiście w takiej sytuacji, gdy ten sam ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia OC oraz umowę ubezpieczenia na rzecz pacjenta z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital.

zycji przez ubezpieczyciela. Jednym z najbardziej zaskakujących postanowień ustawy jest art. 67k ust. 4 n.pr.pacj., zgodnie z którym zaświadczenie takie stanowi tytuł wykonawczy. Stosuje się do niego przepisy działu II tytułu I części trzeciej kodeksu postępowania cywilnego.

3. Następnie oczekuje się odpowiedzi wnioskodawcy. Podmiot ten w terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji składa ubezpieczycielowi, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. W razie przyjęcia zaproponowanej kwoty składa kolejne oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku²³.

4. Jak wynika z przeprowadzonej charakterystyki wprowadzonej regulacji, omówiony tryb postępowania, po stwierdzeniu przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniu medycznym, jest jednym z podstawowych wad ustawowego rozwiązania²⁴. **Wnioskodawca może nie przyjąć sumy zaproponowanego mu świadczenia, w konsekwencji postępowanie przed wojewódzką komisją oraz ustalenie przez nią zdarzenia medycznego nie będą miały większego praktycznego znaczenia.** Aby ubezpieczyciel nie proponował zbyt niskiej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia, ustawodawca – kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów pacjenta – przewidział delegację do wprowadzenia w drodze odpowiedniego rozporządzenia szczegółowych zasad zakresu i zasad ustalania wysokości świadczenia. Projekt tego rozporządzenia uzależnia wysokość należnego świadczenia od trzech parametrów: stopnia pogorszenia zdrowia na skutek zdarzenia medycznego (maks. 60%); pogorszenia jakości życia, na które składa się konieczność zapewnienia opieki osoby trzeciej oraz utrata zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości nauki (maks. 15%); a także uciążliwości leczenia pozostającego w związku ze zdarzeniem medycznym (maks. 25%)²⁵. Jednocześnie uzależnia wysokość świadczenia należnego spadkobiercom pacjenta od przynależności do określonej grupy spadkobierców: I grupa – 100 %; II grupa – 50% oraz III grupa – 25% ustawowej kwoty.

VII. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

1. Siedzibą wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego. W skład wojewódz-

²³ Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców będzie skuteczne wobec tych podmiotów.

²⁴ Nierozwiązane jest również, który podmiot w takim przypadku odrzucenia przez wnioskodawcę kwoty świadczenia zaproponowanej mu przez ubezpieczyciela powinien pokryć koszty postępowania przed wojewódzką komisją. Sytuacja ta nie mieści się bowiem w żadnym z przypadków określonych w hipotezie art. 67l ust. 3 n.pr.pacj.

²⁵ Projekt rozporządzenia z 25 października 2011 r. został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

kiej komisji wchodzi 16 członków, w tym 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych. Kolejnych 8 członków to osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, które przez okres co najmniej 5 lat były zatrudnione na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych, a dodatkowo posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych. O ile w przypadku osób wykonujących zawód medyczny ustawowe wymagania nie są zbyt rygorystyczne, większość takich podmiotów ma bowiem wyższe wykształcenie oraz wykonuje zawód przez okres co najmniej 5 lat, o tyle kwalifikacje prawników muszą być znacznie wyższe, skoro 5-letni okres zatrudnienia dotyczy stanowisk związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa. **Ostatnie sformułowanie budzi zresztą uzasadnione wątpliwości, jak należy interpretować pojęcie „stanowiska związanego z tworzeniem prawa”.**

2. Członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej. Nie może być na nią nałożony zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania konkretnego zawodu lub prowadzenia oznaczonej działalności gospodarczej, a także zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi (art. 39 pkt 2 lub 2a kodeksu karnego)²⁶.

Członka wojewódzkiej komisji może odwołać przed upływem kadencji organ, który go powołał w sytuacjach wskazanych w art. 67e ust. 9 ustawy. Należą do nich przypadki złożenia rezygnacji ze stanowiska, choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie powierzonych zadań, niezłożenia oświadczenia o braku konfliktu interesów, uchylenia się od wykonywania obowiązków członka wojewódzkiej komisji albo ich nieprawidłowego wykonywania, a także w przypadku skazania za przestępstwa określonego rodzaju (art. 67e ust. 4 ustawy).

Konkretny członek składu orzekającego podlega ponadto wyłączeniu w sprawach, w których jest podmiotem składającym wnioski lub pozostaje z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym, że wynik postępowania przed wojewódzką komisją ma wpływ na jego prawa i obowiązki. Dodatkowo, gdy pozostaje z podmiotem składającym wnioski w takim stosunku osobistym, że wywo-

²⁶ Członkowie składu orzekającego, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej nie mogą być: (1) właścicielami, osobami zatrudnionymi lub współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital lub z ubezpieczycielem oraz członkami organów tego podmiotu lub ubezpieczyciela; (2) członkami organów oraz osobami zatrudnionymi w podmiocie tworzącym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jeżeli podmiot ten utworzył podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który prowadzi szpital; (3) posiadaczami akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego w spółkach handlowych będących podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital oraz ubezpieczyciela.

łuże to wątpliwości co do jego bezstronności. Kolejny przypadek ma miejsce wtedy, gdy wnioskodawcą jest jego małżonek, krewny lub powinowaty w linii prostej, krewny boczny do czwartego stopnia i powinowaty boczny do drugiego stopnia. W końcu, podmiot składający wniosek nie może być związany z żadnym z członków komisji z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ani nie może być pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym takiej osoby²⁷.

3. Kandydatów na członków komisji zgłaszają samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, adwokatów oraz radców prawnych, a także organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Spośród kandydatów na członków wojewódzkiej komisji czternastu powołuje wojewoda, przy czym cztery osoby są powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa; cztery to podmioty powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa, w końcu – sześciu członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Poza wojewodą, po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta. Osoby te powinny zostać wyłonione nie później niż na 6 miesięcy przed upływem kadencji wojewódzkiej komisji, a w przypadku odwołania członka wojewódzkiej komisji przed upływem kadencji – w terminie wyznaczonym przez wojewodę²⁸. Wyjątek stanowią w tej mierze komisje pierwszej kadencji, które muszą być wyłonione do 31 grudnia 2011 r.

4. W przypadku każdego odrębnego zdarzenia medycznego wojewódzkie komisje orzekają w składzie 4-osobowym. Konkretny skład wyznacza przewodnicząca wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji. Dwóch członków składu orzekającego musi spełniać wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 1 n.pr.pacj. (osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych), natomiast dwóch członków składu orzekającego powinno spełniać wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 2 n.pr.pacj. (osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych). Odstępstwo od tej kolejności jest dopuszczalne tylko z przyczyn określonych w art. 67g ust. 2 n.pr.pacj., zgodnie z którym członek składu orzekającego podlega wyłączeniu w przypadkach w nim wskazanych. Komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, ale jej uchwały w każdym przypadku są podejmowane zwykłą większością głosów i żaden z członków komisji

²⁷ Powody wyłączenia członka składu orzekającego trwają także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

²⁸ O powołaniu na członka wojewódzkiej komisji oraz o terminach jej posiedzeń informuje się pracodawcę tej osoby. Termin pierwszego posiedzenia wojewódzkiej komisji wyznacza wojewoda.

nie może wstrzymać się od głosu. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.

5. Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat. Wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej. Członkowie składu orzekającego są zobowiązani do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta, uzyskanych w toku postępowania przed komisją, w tym także po ustaniu członkostwa. Osobom tym przysługuje wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej 430 zł za udział w posiedzeniu²⁹, zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 kodeksu pracy oraz zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia³⁰.

Sama działalność wojewódzkiej komisji jest finansowana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody. Natomiast koszty postępowania przed wojewódzką komisją ponosi ubezpieczyciel, podmiot leczniczy prowadzący szpital lub pacjent w zależności od wyniku sprawy.

W konkluzji, dokonując kompleksowej oceny przyjętego przez ustawodawcę rozwiązania, nie sposób nie zauważyć licznych jego mankamentów. Można zasugerować stwierdzenie, że jesteśmy dopiero na początku długiej drogi. Czas pokaże, w jakim kierunku ona zmierza i dokąd nas zaprowadzi. ■

The Principles and Procedure of Patient's Compensation in Medical Events

The amendment to the Act on Patients' Rights and the Patient Ombudsman and the Act on Compulsory Insurance, the Insurance Guarantee Fund and the Polish Motor Insurers Bureau of 28 April 2011 introduces a separate procedure of determining compensation in case of medical events. The benefits will be paid to patients or their inheritors, if the so-called medical event in the medical entity running a hospital resulted in biological pathogen infection, bodily injury, health disorder or patient's death. The occurrence of medical event will be decided by provincial (voivodeship) commissions, whereas the insurers providing insurance protection, in principle, will be obliged to pay compensation in a determined amount.

From the point of view of insurance practice what is essential is the presentation of rules of conduct in front of provincial commissions and the procedure of compensation in case of a medical events.

Besides, the article presents the principles of setting up the provincial commissions, their operation, the member rights in the course of investigation, appeal procedure and the possibility of appealing the voivodeship commission's decision. Moreover, the author considers the legal position of the insurer that concluded obligatory insurance for the patient with the therapeutic entity running hospital.

²⁹ Kwota ta podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej, przyjętego w ustawie budżetowej.

³⁰ Hipotetyczne wyliczenie tych kwot zawiera uzasadnienie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.