

Joanna Zdanowska

Uniwersytet Zielonogórski

ORCID 0000-0001-7921-8974

j.zdanowska@wpa.uz.zgora.pl

Pozasądowa kompensacja szkody medycznej

Słowa kluczowe: zdarzenie medyczne, szkoda, kompensacja

Streszczenie. W celu ułatwienia pacjentom dochodzenia roszczeń w Polsce w 2012 r. przyjęto pozasądowy system kompensacji szkód powstałych z tytułu zdarzenia medycznego oparty na działaniu wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Jednakże ich rozbudowana struktura oraz nieefektywność wywołały konieczność wypracowania nowych rozwiązań prawnych. Zgodnie z wprowadzonymi we wrześniu 2023 r. zmianami kompetencje w zakresie ustalania wystąpienia zdarzenia medycznego przejął Rzecznik Pacjenta, a rekompensata szkody następuje z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Celem pracy jest analiza, porównanie i ocena rozwiązań obowiązujących w poprzednim i obecnym polskim systemie prawnym w zakresie pozasądowej kompensacji szkody wynikającej ze zdarzenia medycznego w kontekście poprawy skuteczności uzyskania świadczenia, jego wysokości oraz czasu trwania postępowania. Analiza prawnoporównawcza wykazała, że problemem praktycznym nowych rozwiązań może okazać się definicyjne, nieprecyzyjne ujęcie zdarzenia medycznego. Nadto ustawodawca nadal ogranicza możliwość dochodzenia rekompensaty tylko do następstw świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu. Zastrzeżenia budzi też wprowadzenie limitu wysokości świadczeń jako rozwiązanie zbliżone do już istniejącego oraz wyłączenie zakładów ubezpieczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych i oparcie go w głównej mierze na odpisie z przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Natomiast pozytywnie należy ocenić przyjęcie w nowym systemie kompensacji zasady *no fault* oraz ustalenie w miejsce spadkobierców katalogu osób mogących wystąpić do Rzecznika z wnioskiem o kompensację szkody w razie śmierci pacjenta.

Extrajudicial compensation for medical damages

Keywords: medical event, damage, compensation

Summary. In order to treat a patient who came to Poland in 2012, under an out-of-court compensation system, for a medical event. It was based on the effect of provincial inspectors in deciding on a disease event. Their extensive structure and inefficiency in providing new legal solutions. Other sources show that 2023 are available for determining health effects from the Patient Ombudsman, as well as side effects from the Medical Event Compensation Fund. The aim of the work is to analyze, summarize and evaluate the law: legal basis, amount and duration of the proceedings. The analysis showed that the problem was definition. Moreover, it still limits the possibility of investigation only in the hospital. There are also reservations about the introduction of an amount limit as a solution similar to the one already introduced and for use from the Medical Event Compensation Fund. Instead, the introduction of the no-fault principle in the new compensation system should be taken

into account, as well as clarifying the list of persons who can be entered into the Ombudsman with consequences for compensation of damages in the event of the patient's death in the place of heirs.

Wprowadzenie

Wraz z pojawiającymi się w różnych krajach już od lat 60. XX w. postulatami o potrzebie wprowadzenia odpowiedzialności gwarancyjnej państwa za niezawinione szkody wyrządzone podczas leczenia zaczęto poszukiwać rozwiązań odmiennych od tradycyjnie rozumianych zasad odpowiedzialności cywilnej¹. Konieczność taką implikował intensywny rozwój technologii medycznych oraz metod diagnozy i terapii, który z jednej strony miał wymiar bezsprzecznie pozytywny, ale z drugiej prowadził do powstawania coraz poważniejszych szkód dla zdrowia i życia jednostek². To z kolei przekładało się na wzrost liczby roszczeń odszkodowawczych i ujawniało niewydolność państwowego wymiaru sprawiedliwości. Procesy dotyczące szkód medycznych były (i nadal są) skomplikowane i przewlekłe³. Dodatkowym utrudnieniem była konieczność wykazania winy sprawcy szkody. Ze względu na brak fachowej wiedzy poszkodowani niejednokrotnie nie byli w stanie udowodnić zaniedbań organizacyjnych w placówkach ochrony zdrowia czy braku należytej staranności lekarza. Nawet wprowadzenie szczególnych rozwiązań procesowych, w tym koncepcji winy bezimiennej (anonimowej), nie zawsze pozwalało na kompensację szkody⁴. Nadto model odpowiedzialności oparty na winie nie obejmował tzw. wypadków medycznych (*medical accidents*), czyli zdarzeń zachodzących niezależnie od winy lekarza lub zakładu leczniczego, niemających związku z pierwotnym stanem zdrowia poszkodowanego i niemieszczących się w pojęciu ryzyka, jakie przyjmował na siebie pacjent, wyrażając zgodę na poddanie się określonym procedurom medycznym⁵. W piśmiennictwie wielu krajów wskazywano, że poszkodowani w wypadkach medycznych nie powinni znajdować się w gorszej sytuacji niż przykładowo osoby poszkodowane w wypadkach komunikacyjnych⁶. Ze względu

¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 8, Toruń 2007, s. 373.

² K. Bączyk-Rozwadowska, *Koncepcja no fault compensation a polski system kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych*, [w:] A. Olejniczak, J. Haberk, A. Pyrzyńska, D. Sołowska, *Współczesne problemy prawa zobowiązań*, Warszawa 2015, s. 69; za: P. Cane, *Atiyah's Accident Compensation and the Law*, London–Dublin–Edinburgh 1993, s. 402; P. Zepos, [w:] *International Encyclopedia of Comparative Law*, red. A. Tunc, Tübingen 1978, s. 30.

³ W Polsce w latach 2001–2009 procesy lekarskie trwały średnio około 4 lat, za: M. Tennenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 10, s. 40.

⁴ K. Bączyk-Rozwadowska, *op. cit.*, s. 69–70.

⁵ M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, „Prawo Asekuracyjne” 2002, nr 2, s. 13.

⁶ M. Nesterowicz, *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej)*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 2, s. 5.

na powyższe potrzeba utworzenia systemu alternatywnego wobec tradycyjnie rozumianej odpowiedzialności cywilnej opartej na winie stawała się coraz bardziej pilna i uzasadniona.

Pierwszym państwem, w którym wprowadzono pozasądowy system kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu była Nowa Zelandia. Wszedł on w życie 1 kwietnia 1972 r. na mocy *The Accident Compensation Act*⁷ (ACA). System ma charakter kompleksowy, obejmujący uszczerbki powstałe z różnych przyczyn. Pojęcie szkody medycznej zostało tak skonstruowane, aby objąć możliwością kompensacji wszystkie szkody wyrządzone przy leczeniu, czyli zarówno te możliwe do przewidzenia oraz zapobieżenia im, jak i nieprzewidywalne⁸. Ustawodawca ograniczył jednak możliwość kompensacji wyłącznie do szkód majątkowych. Nowozelandzki model kompensacji szkód jest oparty na zasadzie *no-fault*. Jego cechą charakterystyczną jest brak konieczności wykazywania winy sprawcy. Wystarczające jest udowodnienie powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zdarzeniem ją powodującym. Wypłata świadczenia na rzecz poszkodowanego następuje w ramach *Accident Compensation Corporation* finansowanej z podatków i składek.

W Europie pierwsze regulacje dotyczące pozasądowej kompensacji szkód wyrządzonych w związku z leczeniem zostały opracowane i uchwalone w Szwecji w 1975 r., a następnie w Finlandii w 1978 r., Norwegii w 1988 r., Danii w 1992 r. oraz Islandii w 2000 r., tworząc tzw. model skandynawski⁹. Oparty został on (z modyfikacjami w poszczególnych krajach) na założeniu, że szkody powstałe w wyniku leczenia powinny podlegać kompensacji niezależnie od winy sprawcy i być objęte zakresem odpowiedzialności ubezpieczyciela¹⁰. Nieco inne rozwiązanie przyjęto w 2002 r. w ustawodawstwie francuskim. System kompensacji oparto na dualizmie podstaw odpowiedzialności na zasadzie winy i ryzyka oraz gwarancyjnej odpowiedzialności państwa.

Prawna ochrona pacjenta, który doznał szkody w związku z leczeniem, jest od wielu lat również w Polsce przedmiotem zainteresowania różnych gałęzi prawa, w szczególności cywilnego, administracyjnego, ubezpieczeniowego i zabezpieczenia

⁷ *Accident Compensation Act 1972* (1972, No 43), http://www.nzlii.org/nz/legis/hist_act/aca19721972n43231/ [dostęp: 29.09.2023]. System był wielokrotnie nowelizowany i obecnie funkcjonuje na podstawie przepisów *Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act 2001* (Public Act 2001, No 49) (IPRCA), <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2001/0049/22.0/DLM100100.html> [dostęp: 15.07.2024].

⁸ A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, „Scottish Government Social Research” 2010, s. 17.

⁹ K. Bączyk-Rozwadowska, *op. cit.*, s. 72.

¹⁰ E. Bagińska, *Alternatywne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu – analiza porównawcza*, [w:] *System prawa medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021, s. 73.

społecznego¹¹. Nadto istnieje system pozasądowego dochodzenia roszczeń. Jednak ze względu na to, że okazał się on nieefektywny, w 2023 r. ustawodawca wprowadził znaczące zmiany w jego funkcjonowaniu.

Celem pracy jest analiza, porównanie i ocena rozwiązań obowiązujących w poprzednim i obecnym polskim systemie prawnym w zakresie pozasądowej kompensacji szkody wynikającej ze zdarzenia medycznego w kontekście poprawy skuteczności uzyskania świadczenia, jego wysokości oraz czasu trwania postępowania.

1. Dotychczasowe założenia polskiego pozasądowego systemu kompensacji szkód medycznych

W Polsce od 2012 r. istnieje alternatywna wobec drogi sądowej możliwość dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę poniesioną przez pacjenta w następstwie tzw. zdarzenia medycznego. Powyższe rozwiązanie po raz pierwszy zostało wprowadzone do porządku prawnego w wyniku nowelizacji ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹² i w tak ustalonym kształcie funkcjonowało prawie 12 lat.

Postępowanie w przedmiocie kompensacji szkody medycznej charakteryzowało się szeregiem odmienności w porównaniu z tradycyjnym postępowaniem sądowym wytoczonym w drodze powództwa cywilnego i w wielu aspektach było krytykowane zarówno na etapie prac legislacyjnych, jak i po wejściu przepisów w życie.

Postępowanie prowadzone było przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Celem działania komisji było ustalenie wystąpienia zdarzenia medycznego zdefiniowanego w art. 67a ust. 1 u.p.p.¹³ jako zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego albo zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ustawodawca uznał, że tylko te zdarzenia medyczne, które powstały na skutek działania albo zaniechania sprzecznego z aktualną wiedzą medyczną oraz które wywołały określoną postać szkody na osobie mogą podlegać

¹¹ J. Jończyk, *Miedzy odpowiedzialnością lekarza a ubezpieczeniem pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3(1), s. 5.

¹² Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581, dalej u.p.p.; ustawa z 28.04.2011 r. 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. z 2011 r., Nr 113, poz. 660.

¹³ Art. 67a u.p.p. uchylony przez art. 1 pkt 10 ustawy z 16.06.2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r., poz. 1675).

kompensacji, czym zawęził jej zakres¹⁴. Jednocześnie nie zawarł wymogu wskazania w postępowaniu przed komisją konkretnego członka personelu medycznego, który dopuścił się takiego działania, odwołując się tym samym do koncepcji winy anonimowej uznanej na gruncie prawa cywilnego¹⁵.

Co istotne, ustawodawca ograniczył podmiotowo możliwość prowadzenia postępowania przed wojewódzką komisją wyłącznie do zdarzeń będących następstwem świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej¹⁶. Bez znaczenia pozostawało, czy placówki te działają w sferze publicznej, czy niepublicznej¹⁷.

Powyższe rozwiązanie, w zakresie dotyczącym wyłącznie szpitali, było przedmiotem krytyki w doktrynie już na etapie tworzenia projektu nowelizującego ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zdaniem Eugeniusza Kowalewskiego, Marcina Śliwki i Moniki Wałachowskiej model kompensacji szkód powinien mieć charakter powszechny, obejmować swoim zakresem szkody wyrządzane przez wszystkich świadczeniodawców. Z punktu widzenia poszkodowanego pacjenta nie jest istotne, w jakiej placówce została wyrządzona szkoda. Uprawnienie do uzyskania odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być współzależne od właściwości podmiotu ponoszącego odpowiedzialność. Nadto może stanowić przejaw naruszenia art. 32 Konstytucji RP poprzez nierówne traktowanie obywateli przez władze publiczne¹⁸.

W założeniu ustawodawcy system kompensacji szkód miał mieć charakter ubezpieczeniowy, jednakże ustawodawca z obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych szybko się wycofał. Spowodowało to liczne kontrowersje dotyczące klasyfikacji ubezpieczenia jako obowiązkowego czy dobrowol-

¹⁴ M. Białkowski, *Uwagi do polskiego systemu pozasądowej kompensacji szkód medycznych na tle nowozelandzkiego Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act*, „Studia Prawnicze KUL” 2021, nr 3, s. 13.

¹⁵ M. Pytlarz, *Wina anonimowa jako podstawa odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1-2, s. 140-143; M. Bieszczad, *Znaczenie koncepcji winy organizacyjnej i winy anonimowej przy dochodzeniu roszczeń cywilnoprawnych przez pacjentów*, „Palestra” 2019, nr 6, <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/6-2019/artukul/znaczenie-koncepcji-winy-organizacyjnej-i-winy-anonimowej-przy-dochodzeniu-rozszcen-cywilnoprawnych-przez-pacjentow> [dostęp: 15.07.2024].

¹⁶ Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy za szpital uważa się zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

¹⁷ E. Kowalewski, *Ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 98.

¹⁸ E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4 (41/12), s. 24-25.

nego¹⁹. Wątpliwości budził również charakter prawny ubezpieczenia w kontekście zakwalifikowania go jako ubezpieczenia osobowego czy majątkowego. W doktrynie przeważający jest pogląd, iż stanowiło ono ubezpieczenie o charakterze osobowym. Zdaniem Eugeniusza Kowalewskiego i Władysława Wojciecha Mogińskiego chroniło bowiem zdrowie i życie pacjentów, czyli dobra *par excellence* osobiste, a zatem wyraźnie widoczny jest element osobowy. Autorzy podnoszą jednocześnie, że ubezpieczenie to zawierało pewne cechy ubezpieczenia majątkowego. Pacjentowi przysługiwało bowiem odszkodowanie i zadośćuczynienie. Należne były one nie w pełnej wysokości, ale jako ryczałt, niemniej mający charakter odszkodowawczy²⁰.

2. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

W stanie prawnym sprzed nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w 2023 r. legitymacja do wszczęcia postępowania o ustalenie istnienia zdarzenia medycznego przysługiwała pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu w razie zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercom (art. 67b ust. 1 u.p.p.). Stosując dyrektywy wykładni językowej, można było przyjąć, że w przypadku osób pozbawionych zdolności do czynności prawnych lub posiadających tę zdolność ograniczoną, uprawnionym do złożenia wniosku o wszczęcie postępowania w przedmiocie ustalenia istnienia zdarzenia medycznego był zarówno pacjent, jak i jego przedstawiciel ustawowy, przy czym tylko jeden z nich mógł wystąpić z wnioskiem²¹. Niemniej istotniejsze znaczenie praktyczne miało dopuszczenie do kręgu osób uprawnionych spadkobierców. Należy zgodzić się z poglądem krytycznym prezentowanym przez Mirosława Nesterowicza i Monikę Wałachowską oraz Michała Białkowskiego, że takie rozwiązanie znacząco różni się od zasady przyjętej na gruncie prawa cywilnego (art. 446 Kodeksu cywilnego), uprawniającej do kompensacji krzywdy najbliższych członków rodziny, z którymi łączyła zmarłego szczególna więź²². Powyższe roz-

¹⁹ Zob. J. Preis, *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2, s. 139 i n.

²⁰ E. Kowalewski, W.W. Mogiński, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1, s. 11-12; zob. szerzej: A. Huras-Darkowska, *Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2021, 20, z. 4, s. 213-224.

²¹ M. Tenenbaum-Kulig, *op. cit.*, s. 46.

²² M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 27-28; M. Białkowski, *Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza” 2012, nr 1, s. 143-144.

wiązanie dawało bowiem możliwość wszczęcia postępowania przed komisją osobom fizycznym i prawnym spoza rodziny lub osób bliskich, w tym m.in. fundacjom i innym osobom prawnym, gminie ostatniego miejsca zamieszkania czy Skarbowi Państwa²³. W takich przypadkach trudno było jednak mówić o zakresie i rozmiarze doznanych krzywd oraz pogorszeniu sytuacji życiowej będących przesłankami przyznania odszkodowania i zadośćuczynienia w związku ze śmiercią pacjenta.

Ponieważ pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń miał być odpowiedzią na potrzebę przyspieszenia i ułatwienia otrzymania rekompensaty przez poszkodowanego pacjenta lub spadkobierców, ustawodawca przewidział 4-miesięczny termin na wydanie orzeczenia w przedmiocie ustalenia istnienia zdarzenia medycznego przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W razie stwierdzenia wystąpienia zdarzenia ubezpieczyciel szpitala zobowiązany był do przedstawienia w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia, za pośrednictwem komisji, propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia. Podmiot składający wnioski w terminie 7 dni zobligowany był do złożenia oświadczenia o przyjęciu propozycji lub jej odmowie. Odrzucenie propozycji rekompensaty dawało możliwość skierowania sprawy na drogę sądową. Sąd nie był związany ustaleniami komisji i prowadził odrębne postępowanie dowodowe.

Jak wynika z analizy dokumentacji dokonanej w ramach kontroli przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2018 r. w 279 sprawach skierowanych do komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zakończonych w latach 2014–2017, w tym 260 zakończonych wydaniem orzeczenia, w 116 sprawach (tj. 67,8%) – spośród 171 zakończonych wydaniem orzeczenia w I instancji bez zasięgania opinii biegłego, orzeczenie wydane zostało w ustawowym terminie do czterech miesięcy, a w 55 sprawach (32,2%) – po czterech miesiącach. Najdłuższy czas wydania orzeczenia (spośród 116) – w różnych komisjach – wynosił od 6,4 do 22,3 miesiąca, a średni od 3,3, do 4,8 miesiąca. W przypadku 89 spraw zakończonych w I instancji z uwzględnieniem opinii biegłych, orzeczenia w ustawowym terminie czterech miesięcy wydano tylko w siedmiu przypadkach (7,9%). Najdłuższy czas w różnych komisjach wynosił od 9,2 do 32,6 miesiąca, a średni – od 4,0 do 10,2 miesiąca²⁴. Zawarte wyżej dane wskazują, że w praktyce system kompensacji szkód medycznych rzadko kiedy gwarantował możliwość uzyskania świadczenia w ustawowym terminie, szczególnie wówczas, gdy do wydania orzeczenia przez komisję niezbędne było pozyskanie opinii biegłego. Na jego nierealność wpływ miało również za-

²³ M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asuracyjne” 2011, nr 3, s. 23.

²⁴ Informacja o wynikach kontroli NIK „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów”, KZD.430.005.2018, Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD, s. 31, https://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,kzd-p_18_057_201807311343341533044614~01,typ,kk.pdf [dostęp: 16.07.2024].

stosowanie w odpowiednich przepisów k.p.c., w szczególności w zakresie postępowania dowodowego i doreczeń (por. art. 67o u.p.p.)²⁵. Należy dodać, że termin do rozpatrzenia sprawy przez wojewódzką komisję był uznany w literaturze za termin instrukcyjny. Jego przekroczenie wynikające z uzasadnionych podstaw nie powodowało więc ujemnych konsekwencji dla postępowania²⁶.

Warto wskazać, że przyjęte rozwiązanie dotyczące ostatniego etapu postępowania przed komisją zostało poddane krytyce w doktrynie. Zwracano uwagę, iż powyższa konstrukcja wprowadziła swoistą nierówność stron. Ubezpieczycielowi przyznano bowiem uprawnienie do jednostronnego ustalenia wysokości świadczenia, natomiast wnioskodawcy nie wyposażono w żadne narzędzia pozwalające na jego modyfikację. Również wojewódzka komisja nie miała żadnych kompetencji w zakresie ustalania lub zmiany wysokości proponowanego odszkodowania i zadośćuczynienia²⁷. Prowadziło to niejednokrotnie do składania propozycji świadczenia o znacznie zaniżonej wartości, nieadekwatnej do doznanej szkody i krzywdy²⁸. W konsekwencji takich zachowań świadczenia nie były przyjmowane przez osoby występujące z wnioskiem do komisji. Ukazywało to nieefektywność systemu przejawiającą się w braku realizacji podstawowych założeń, tj. pewnej i szybkiej ścieżki uzyskania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego oraz odciążenia sądów, gdyż znaczna część spraw i tak trafiała na drogę sądową.

3. Kompensacja szkody w świetle nowych rozwiązań prawnych

Nieefektywność systemu kompensacji szkód medycznych, w kształcie funkcjonującym od 2012 r., zrodziła konieczność wypracowania nowych rozwiązań prawnych, czego efektem było dokonanie zmian legislacyjnych. Z dniem 6 września 2023 r. weszły w życie przepisy znowelizowanej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku

²⁵ J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2021, nr 3-4, s. 144.

²⁶ K. Krupa-Lipińska, *Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym*, [w:] *System prawa medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021, s. 951; *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 1201.

²⁷ K. Świątek, *Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawnopównawcza*, „Studia Prawa Publicznego” 2023, nr 1(41), s. 117.

²⁸ Jak wynika ze Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r., pacjentom proponowane były kwoty w wysokości nawet 1 zł odszkodowania/zadośćuczynienia. W 2019 r. do komisji wpłynęło 861 wniosków o ustalenie zdarzenia, odbyło się aż 2828 posiedzeń, a wydano 302 orzeczenia o zdarzeniu medycznym i 494 o jego braku. Tylko w 25 sprawach doszło do przyjęcia przez pacjenta (lub spadkobiercę pacjenta) przedstawionej propozycji, zob. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r., s. 90, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2021-rok> [dostęp: 15.07.2024].

Praw Pacjenta wprowadzające nowe zasady kompensacji szkód poniesionych w wyniku leczenia²⁹.

Model kompensacji został wpisany w szersze działania mające na celu podniesienie bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości usług medycznych. Ustawodawca oparł go na zasadzie *no fault*, czyli uzyskanie rekompensaty nie wymaga udowodnienia winy podmiotu leczniczego.

Dla celów realizacji nowych założeń zdarzenie medyczne zostało zdefiniowane jako zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego, zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo 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 (art. 3 ust. 1 pkt 11 u.p.p.). Przyjęta definicja poprzez zastosowanie określenia wysokiego prawdopodobieństwa w uniknięciu zdarzenia może prowadzić do trudności w ocenie, czy doszło do zdarzenia medycznego. Nadto nadal pozostaje problem właściwego zdefiniowania pojęcia aktualnej wiedzy medycznej.

Ustawodawca zdecydował się na likwidację Komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych³⁰. Postępowanie w przedmiocie przyznania świadczenia kompensacyjnego jest prowadzone przed Rzecznikiem Praw Pacjenta. Wniosek w tym zakresie może złożyć 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. Zmiana katalogu uprawnionych podmiotów poprzez jego doprecyzowanie była postulowana od dawna i należy ją oceniać pozytywnie. Pozwala bowiem na eliminację podmiotów, z którymi nie łączyła zmarłego szczególna więź.

Należałoby się natomiast zastanowić, czy ustawodawca prawidłowo wskazał jako stronę postępowania w przedmiocie kompensacji wyłącznie wnioskodawcę, czyli pacjenta, a w razie jego śmierci osoby wskazane powyżej. Pominięty został podmiot leczniczy, w którym udzielane było świadczenie zdrowotne. Choć nie jest on wprost zobowiązany do naprawienia szkody, to jednak postępowanie dotyczy również jego praw i interesów.

Nowy system kompensacji szkód medycznych obejmuje tylko zdarzenia medyczne będące następstwem udzielania lub zaniechania udzielenia świadczeń opie-

²⁹ Ustawa z 16.06.2023 r.o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz.U z 2023 r., poz. 1675.

³⁰ Likwidacja Komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nastąpiła z dniem 1 lipca 2024 r.

ki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³¹ w szpitalu. Kompensacja szkód doznaje więc dwóch zasadniczych ograniczeń – dotyczy tylko pacjentów, którym świadczenia zdrowotne udzielane są w szpitalu oraz finansowane ze środków publicznych. Wyłączeniu ulegają zatem pacjenci innych placówek medycznych, co było już krytykowane w poprzednim modelu, ale również pacjenci szpitali, jeśli uzyskali świadczenia finansowane z innych źródeł.

Zgodnie z art. 67x u.p.p. przy Rzeczniku Praw Pacjenta działa Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych powołany w celu wydawania w toku postępowania opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego konsekwencji. Opinia powinna być sporządzona w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku. Biorąc pod uwagę, iż w skład Zespołu wchodzi co najmniej 20 członków, w tym co najmniej 15 wykonujących zawód lekarza, opinie wydawane są w składzie trzyosobowym, a Zespół rozpatruje sprawy z obszaru całego kraju, istnieją obawy, iż wskazany termin może nie być możliwy do dotrzymania. Może się okazać, że podobnie jak w przypadku trudności w uzyskiwaniu opinii biegłych przez Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, brak możliwości terminowego wydania opinii będzie skutkował przewlekłością tych postępowań. Tym bardziej że wielość kryteriów oceny zdarzenia medycznego wymaga dokonania wieloaspektowej analizy.

Wskazać też należy, że w porównaniu do poprzedniego modelu kompensacji szkody, skróceniu do 3 miesięcy uległ termin na wydanie przez Rzecznika Praw Pacjenta decyzji administracyjnej w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego. Bieg terminu wstrzymuje konieczność przedłożenia niezbędnych dokumentów, informacji lub wyjaśnień. Decyzja Rzecznika może być zaskarżona do Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Natomiast jej rozstrzygnięcie będzie można poddać kontroli sądu administracyjnego.

W przypadku wydania decyzji o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego pacjent, w terminie 30 dni od jej uprawomocnienia, obowiązany jest do złożenia oświadczenia o jego przyjęciu lub rezygnacji. Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne, mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku (art. 67zc ust. 2 u.p.p.).

³¹ Ustawa z 27.08. 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz. U. 2024, poz. 146.

Podobnie jak w poprzednim stanie prawnym, ustawodawca wskazał maksymalną wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia w odniesieniu do jednego wnioskodawcy. Przy ustalaniu jego wysokości należy wziąć pod uwagę okoliczności, które zostały podzielone na trzy grupy: charakter następstw zdrowotnych zdarzenia medycznego, uciążliwość leczenia oraz pogorszenie jakości życia.

Zgodnie z nowymi przepisami wypłata świadczenia kompensacyjnego następuje z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Jest to fundusz celowy, którego dysponentem jest Rzecznik Praw Pacjenta. Środki Funduszu pochodzą w głównej mierze z odpisu z przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, a także innych źródeł określonych ustawowo. Tym samym od udziału w kompensacji wyłączone zostały zakłady ubezpieczeń oferujące polisy odpowiedzialności cywilnej dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Podsumowanie

Zmiana zasad kompensowania szkód powstałych w wyniku zdarzeń medycznych była konieczna i uzasadniona. Analiza prawno-porównawcza wykazała, że problemem praktycznym nowych rozwiązań prawnych może okazać się definicyjne, nieprecyzyjne ujęcie zdarzenia medycznego. Zastosowanie pojęcia aktualnej wiedzy medycznej było krytykowane od dawna, a konieczność określenia wysokiego prawdopodobieństwa w uniknięciu zdarzenia oraz wieloaspektowość definicji może prowadzić do trudności w ocenie, czy doszło do zdarzenia medycznego.

Nadto nadal ustawodawca nie dokonał rozszerzenia podmiotowego, ograniczając tym samym możliwość dochodzenia rekompensaty z tytułu zdarzenia medycznego tylko do następstw świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu. Co więcej, zastrzegł możliwość kompensacji szkód powstałych w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych do finansowanych wyłącznie ze środków publicznych. Takie podejście nie daje pacjentom poczucia gwarancji równego traktowania.

Zapewnienie efektywności wprowadzonemu modelowi, opartemu na trybie administracyjnym, jest zależne w dużej mierze od możliwości pozyskania opinii Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych stanowiącej podstawę wydania decyzji przez Rzecznika Praw Pacjenta. Obawę może budzić wydolność Zespołu w kontekście konieczności rozpatrywania spraw z obszaru całego kraju oraz krótkiego terminu na sporządzenie opinii. Odnosząc się *per analogiam* do doświadczeń dotyczących działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, można stwierdzić, iż niemal nagminne przekraczanie terminu na wydanie orzeczenia było spowodowane właśnie trudnościami z pozyskaniem opinii biegłych, pomimo iż komisje działały na obszarze województwa, a na wydanie orzeczenia miały 4 miesiące.

Natomiast wprowadzenie limitu wysokości świadczeń stanowi rozwiązanie zbliżone do już istniejącego. Zakres kwotowy zawarty w ustawie oraz sposób kalkulacji zaproponowany w projekcie rozporządzenia określającego szczegółowy sposób ustalania wysokości przyznawanych kwot³² pozwalają uznać, iż nadal wysokość możliwego do uzyskania świadczenia kompensacyjnego przyznanego w ramach alternatywnego systemu kompensacji zdarzeń medycznych jest niższa aniżeli możliwość uzyskania kwot z tego tytułu w postępowaniu cywilnym. Warunkować może to niejednokrotnie odmowę przyjęcia rekompensaty.

Wśród rozwiązań ocenianych negatywnie należy wskazać również wyłączenie zakładów ubezpieczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych i oparcie go w głównej mierze na odpisie z przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Na aprobatę natomiast zasługuje przyjęcie w nowym systemie kompensacji zasady *no fault* oraz ustalenie w miejsce spadkobierców katalogu osób mogących wystąpić do Rzecznika z wnioskiem o kompensację szkody w razie śmierci pacjenta.

Podsumowując, ze względu na niskie koszty postępowania i krótki czas rozpatrywania wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego możliwość otrzymania rekompensaty na nowych zasadach może wydawać się korzystna dla pacjentów. Wybór tego sposobu uzyskania świadczenia zależy jednak od tego, w jaki sposób Rzecznik będzie interpretował definicję zdarzenia medycznego, na ile terminowo będzie działał w zakresie wydawania decyzji administracyjnych oraz jak będzie stosował kryteria ustalania wysokości świadczenia.

Literatura

- Bagińska E., *Alternatywne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu – analiza porównawcza*, [w:] *System prawa medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Koncepcja no fault compensation a polski system kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych*, [w:] A. Olejniczak, J. Haberko, A. Pyrzyńska, D. Sokołowska, *Współczesne problemy prawa zobowiązań*, Warszawa 2015.
- Białkowski M., *Uwagi do polskiego systemu pozasądowej kompensacji szkód medycznych na tle nowozelandzkiego Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act*, „*Studia Prawnicze KUL*” 2021, nr 3.
- Białkowski M., *Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „*Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza*” 2012, nr 1.

³² B. Chmielowiec, T. Młynarski, *Miesięcznik Ubezpieczeniowy: Nowy model kompensacji szkód medycznych*, <https://www.gov.pl/web/rpp/miesiecznik-ubezpieczeniowy-nowy-model-kompensacji-szkod-medycznych> [dostęp: 18.07.2024].

- Bieszczad M., *Znaczenie koncepcji winy organizacyjnej i winy anonimowej przy dochodzeniu roszczeń cywilnoprawnych przez pacjentów*, „Palestra” 2019, nr 6, <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/6-2019/arttykul/znaczenie-koncepcji-winy-organizacyjnej-i-winy-anonimowej-przy-dochodzeniu-roszczek-cywilnoprawnych-przez-pacjentow>.
- Chmielowiec B., Młynarski T., *Miesięcznik Ubezpieczeniowy: Nowy model kompensacji szkód medycznych*, <https://www.gov.pl/web/rpp/miesiecznik-ubezpieczeniowy-nowy-model-kompensacji-szkod-medycznych>.
- Farrell A.M., Devaney S., Dar A., *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, „Scottish Government Social Research” 2010.
- Huras-Darkowska A., *Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2021, 20, z. 4.
- Informacja o wynikach kontroli NIK. Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów, KZD.430.005.2018, Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD, https://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,kzd~p_18_057_201807311343341533044614~01,typ,kk.pdf.
- Jończyk J., *Między odpowiedzialnością lekarza a ubezpieczeniem pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3(1).
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Kowalewski E., Mogiński W.W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1.
- Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4 (41/12).
- Kowalewski E., *Ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Krupa-Lipińska K., *Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym*, [w:] *System prawa medycznego*, t. 5: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. 8, Toruń 2007.
- Nesterowicz M., *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej)*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 2.
- Nesterowicz M., *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, „Prawo Asekuracyjne” 2002, nr 2.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Preis J., *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2.
- Pytlarz M., *Wina anonimowa jako podstawa odpowiedzialności deliktowej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1-2.
- Sadowska J., *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2021, nr 3-4.
- Serwach M., *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3.
- Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2021-rok>.
- Świątek K., *Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawnoporównawcza*, „Studia Prawa Publicznego” 2023, nr 1(41).
- Tenenbaum-Kulig M., *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4 (41/12).

Akty prawne

Accident Compensation Act 1972 (1972, No 43), http://www.nzlii.org/nz/legis/hist_act/aca19721972n43231/.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 146.

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581.

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799.

Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. 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. z 2011 r., nr 113, poz. 660.

Ustawa z 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2023 r., poz. 1675.