

SSN Agnieszka Piotrowska

Koblencja 2018 r.

Nowe tendencje w zakresie odpowiedzialności za szkody powstałe podczas leczenia (szkody medyczne).

I. Uwagi wstępne.

Liczba spraw dotyczących naprawienia szkód na osobie o charakterze niemajątkowym i majątkowym, wyrządzonych przez błędne diagnozy i nieprawidłowe leczenie, wskutek zakażenia pacjentów drobnoustrojami chorobotwórczymi w czasie pobytu w szpitalu, w wyniku nienależytej opieki pozabiegowej lub niewłaściwie przeprowadzonego porodu w polskich szpitalach systematycznie rośnie. Wynika to z fundamentalnego znaczenia takich dóbr jak życie, zdrowie, integralność cielesna, godność osobista człowieka, a te właśnie dobra osobiste człowieka, doznają najczęściej uszczerbku w wyniku błędów lekarskich, zaniedbań organizacyjnych lub braku należytej staranności w procesie organizacji pracy placówki medycznej. Podnosi się ponadto poziom świadomości pacjentów, wiedzy dotyczącej przysługujących im praw oraz determinacji w dochodzeniu przysługujących im roszczeń. Spory dotycząc odpowiedzialności prawnej podmiotów świadczących usługi lecznicze pozostawały i nadal pozostają domeną postępowań sądowych, co wiązało się jednakże i nadal wiąże z licznymi trudnościami dla poszkodowanych w tym zwłaszcza związanymi z koniecznością udowodnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej lekarzy i placówek medycznych, a co za tym idzie kosztownością i przewlekłością tak zwanych procesów lekarskich.

II. Model prawny odpowiedzialności szpitali za szkody powstałe w wyniku nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia

1/.Podstawy prawne tej odpowiedzialności podlegały w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat istotnym zmianom. Ewolucję tę, można, w największym skrócie, zdefiniować w sposób następujący – od modelu obowiązującego pod rządami kodeksu zobowiązań, słabo chroniącego interesy pacjentów przez model oparty na

systemie odpowiedzialności deliktowej Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszy państwowych przy wykonywaniu powierzonych im czynności, po aktualnie obowiązujący model odpowiedzialności lekarzy i szpitali oparty na ogólnych zasadach rządzących reżimem odszkodowawczym *ex delicto*.

2. Pomijając, z uwagi na objętość i przedmiot niniejszego opracowania, kwestie szczegółowe dotyczące zasad odpowiedzialności lekarzy oraz szpitali, w okresie sprzed wejścia w życie z dniem 1 stycznia 1965r., ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. - Kodeks cywilny¹, należy podnieść, że ówczesne orzecznictwo i doktryna stały na stanowisku, że w świetle art. 144 i art. 145 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933r. - Kodeks zobowiązań² zakład leczniczy nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone zawinionymi błędami lekarzy z uwagi na ich pełną samodzielność w diagnozowaniu i leczeniu oraz niezależność od kierownictwa zakładu leczniczego. Zakład leczniczy odpowiadał natomiast za szkody wyrządzone zawinionym działaniem lub zaniechaniem niższego personelu medycznego, pozostającego z placówką medyczną w stosunku zależności i podporządkowania.

3. Na gruncie regulacji zawartej w art. 417- 420 kodeksu cywilnego, Skarb Państwa odpowiadał na podstawie art. 417 k.c.³, a państwowa osoba prawna na podstawie art. 420 k.c.⁴, za szkody wyrządzone przez lekarza, zatrudnionego w państwowych placówkach medycznych, traktowanego jako funkcjonariusz państwowy, w następstwie zawinionego błędu lekarskiego w zakresie diagnozy i terapii oraz za szkody wyrządzone przez innego członka personelu medycznego⁵. Ta stabilna przez całe dekady sytuacja prawna uległa zmianie w wyniku zaistniałych w Polsce przemian ustrojowych przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku. Jednym z symptomów kształtującego się nowego ustroju była tendencja do

¹ tekst jedn. Dz.U.2018, poz.1025,

² Dz.U. nr 82, poz.5980,

³ Art.417 k.c. w brzmieniu do dnia 1.09.2004 r.- § 1. Skarb Państwa ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza państwowego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności.

§ 2. Funkcjonariuszami państwowymi w rozumieniu niniejszego tytułu są pracownicy organów władzy, administracji lub gospodarki państwowej. Za funkcjonariuszy państwowych uważa się również osoby działające na zlecenie tych organów, osoby powołane z wyboru, sędziów i prokuratorów oraz żołnierzy sił zbrojnych.

⁴ Art.420 k.c. w brzmieniu do dnia 1.09.2004r. - Jeżeli szkoda została wyrządzona przez funkcjonariusza państwowej osoby prawnej, odpowiedzialność za szkodę ponosi zamiast Skarbu Państwa ta osoba prawna.

⁵ por. wyrok SN z dnia 8.08.1968 r, I CR 301/68, niepubl., uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 15.02.1971 r, III CZP 33/70, OSNC 1971, nr 4, poz. 59

przełamania dominacji Państwa we wszystkich dziedzinach życia społecznego, w tym demonopolizacja państwowego systemu ochrony zdrowia przez wprowadzenie różnych form organizacyjno- prawnych w sferze świadczenia usług związanych z szeroko rozumianą ochroną zdrowia.

4. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶ ukształtowała fundamenty nowego systemu udzielania świadczeń medycznych. Wprowadziła w miejsce dotychczasowego pojęcia zakładu leczniczego pojęcie zakładu opieki zdrowotnej jako podstawowego ogniwa organizacyjnego w zakresie ochrony zdrowia, przewidując, tworzenie zarówno publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Po rządami nowych regulacji, nie budziło większych wątpliwości, że za szkody wyrządzone w niesamodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, prowadzonych w formie jednostek lub zakładów budżetowych przez Skarb Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, odpowiedzialność ponoszą właśnie te organy prowadzące.

Nie do końca jasna natomiast pozostawała kwestia podstaw prawnych odpowiedzialności publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej za szkody wynikłe z leczenia. Nadanie tym jednostkom osobowości prawnej implikowało przyjęcie poglądu, że ponoszą one samodzielnie, całym swoim majątkiem, odpowiedzialność za wszelkie zobowiązania, wynikające zarówno z umów, jak i czynów niedozwolonych. Z drugiej zaś strony, pozostawały one w ścisłej zależności od podmiotu je tworzącego czyli Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego. Realizowały ponadto, nałożone na nie ustawą, obowiązki w sferze publicznej ochrony zdrowia poprzez udzielanie, finansowanych ze środków publicznych, świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych.

W orzecnictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego, po wejściu w życie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, zarysowała się wyraźna tendencja do stosowania jako podstawy prawnej odpowiedzialności w odniesieniu do szkód wyrządzonych w publicznych samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej (szpitalach), 417 k.c., art.420 kc i art.420¹ k.c.⁷, w zależności od tego,

⁶ Dz. U. z 2007 r. poz. 89, z późn. zm.

⁷ Art.420¹ § 1. Jeżeli szkoda została wyrządzona przez funkcjonariusza jednostki samorządu terytorialnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, odpowiedzialność za szkodę ponosi ta jednostka samorządu

czy organem założycielskim był Skarb Państwa czy też jednostka samorządu terytorialnego. Podmiotowo odpowiadały jednak zawsze samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (szpitale) jako osoby prawne. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej została zastąpiona aktualnie obowiązującą ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸.

4. Model prawny odpowiedzialności za szkody medyczne uległ dalszym zmianom po nowelizacji kodeksu cywilnego dokonanej ustawą z dnia 17 czerwca 2004 r. o zmianie ustawy- Kodeks cywilny i niektórych innych ustaw⁹. W nowym stanie prawnym obowiązującym od dnia 1 września 2004 r., odpowiedzialność deliktowa publicznych szpitali za szkody powstałe w czasie leczenia szpitalnego, kształtuje się według ogólnych zasad tej odpowiedzialności, regulowanej przepisami kodeksu cywilnego. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej odpowiada na zasadzie ryzyka samodzielnie i całym swoim majątkiem na podstawie art. 430 k.c.¹⁰ za szkody wyrządzone w procesie leczenia z winy lekarza oraz z winy członków medycznego personelu pomocniczego przy wykonywaniu powierzonych im zadań w zakresie diagnozy i terapii oraz opieki nad pacjentem. Dla dochodzenia odszkodowania konieczne jest więc wykazanie winy konkretnego lekarza (diagnosty, operatora w sytuacji błędu lekarskiego) lub wskazanie na winę anonimową personelu medycznego w pozostałych przypadkach. Publiczny szpital odpowiada natomiast za winę własną na podstawie art. 415 k.c.¹¹ w razie wyrządzenia pacjentowi szkody na skutek zaniedbań organizacyjnych lub braku należytej staranności w procesie organizacji pracy placówki.

Prawne podstawy odpowiedzialności szpitali niepublicznych zależą od tego, czy udziela on pacjentowi świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia czy też poza systemem publicznego ubezpieczenia

terytorialnego, w której imieniu czynność była wykonywana. Przepisy art. 418, 419 i 420 stosuje się odpowiednio.

§ 2. Funkcjonariuszami jednostek samorządu terytorialnego w rozumieniu niniejszego tytułu są pracownicy samorządowi, radni, członkowie zarządów gmin wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast), członkowie zarządów powiatów i województw, a także inne osoby, do których stosuje się przepisy o pracownikach samorządowych. Za funkcjonariuszy jednostek samorządu terytorialnego uważa się także osoby działające na zlecenie organów jednostek samorządu terytorialnego oraz ich związków

⁸ tekst jedn. Dz.U.z 2018r., poz. 160.

⁹ Dz.U., nr 162, poz.1692 ze zm..

¹⁰ Art. 430. Kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

¹¹ Art. 415. Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

zdrowotnego, a więc w oparciu o umowę o leczenie (stanowiącej rodzaj umowy o świadczenie usług, o której mowa w art. 750 k.c.¹²).W tym pierwszym przypadku odpowiada według tych samych reguł odpowiedzialności deliktowej, co szpital publiczny, a więc na podstawie art. 415 k.c. lub art. 430 k.c., ponieważ w przypadku korzystania ze świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, pacjent nie zawiera umowy z prywatnym szpitalem. W drugiej sytuacji, odpowiedzialność szpitala za nienależyte wykonanie umowy o leczenie kształtuje się według zasad reżimu kontraktowego, a więc na podstawie art. 471¹³ lub art. 474 kodeksu cywilnego¹⁴. Nie wyklucza to dochodzenia przez pacjenta roszczeń odszkodowawczych na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych (art. 443 kodeksu cywilnego¹⁵), przy czym wybór rodzaju i drogi dochodzenia roszczeń odszkodowawczych należy, w razie zbiegu podstaw odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej do poszkodowanego.

III. Dochodzenie przez pacjentów roszczeń w postępowaniu sądowym

1/. W przypadku dochodzenia roszczeń o zadośćuczynienie i odszkodowanie z tytułu szkód wyrządzonych w procesie leczenia w postępowaniu sądowym, odpowiedzialność lekarza oraz zatrudniającego go szpitala jest oparta na zasadach odpowiedzialności deliktowej (z czynu niedozwolonego).

2/. Powód jest zobowiązany udowodnić przesłanki tej odpowiedzialności, a zatem wykazać wystąpienie zdarzenia powodującego szkodę (błędu lekarskiego), rodzaj i rozmiar szkody(krzywdy), winę lekarza w przypadku oparcia roszczeń na twierdzeniu o błędzie lekarskim oraz istnienie normalnego związku przyczynowego między zawinionym postępowaniem lekarza a szkodą.

¹² Art. 750. Do umów o świadczenie usług, które nie są uregulowane innymi przepisami, stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu.

¹³ Art. 471. Dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi

¹⁴ Art. 474. Dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonywa, jak również osób, którym wykonanie zobowiązania powierza. Przepis powyższy stosuje się także w wypadku, gdy zobowiązanie wykonywa przedstawiciel ustawowy dłużnika.

¹⁵ Art.443 k.c. Okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynikła, stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu czynu niedozwolonego, chyba że z treści istniejącego uprzednio zobowiązania wynika co innego.

3. Bezprawność działania lub zaniechania lekarza oznacza sprzeczność jego postępowania z przepisami prawa, w tym zwłaszcza ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁶ oraz regułami wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Chodzi w szczególności o naruszenie obowiązku wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, naruszenie spoczywających na lekarzu obowiązków : uzyskania zgody pacjenta na zabieg, informowania go o przebiegu leczenia, traktowania pacjenta z poszanowaniem jego intymności i godności osobistej, zachowania tajemnicy lekarskiej, konsultowania przypadków wątpliwych, prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej i stosowania jedynie leków i materiałów medycznych dopuszczonych do obrotu.¹⁷

3. Orzecznictwo Sądu Najwyższego i doktryna wypracowały definicje błędu lekarskiego rozumianego jako zawinione działanie lub zaniechanie lekarza w zakresie diagnozy i terapii, sprzeczne z aktualnym stanem wiedzy i stosowanymi standardami dostępnymi w danym czasie lekarzowi.¹⁸

4. Błąd diagnostyczny – wynika z niewłaściwej interpretacji objawów choroby. Polega przykładowo na nieprawidłowym rozpoznaniu jednostki chorobowej, niestwierdzeniu schorzenia faktycznie istniejącego albo stwierdzeniu choroby faktycznie nie występującej u danego pacjenta. Przyczynami tego błędu są zazwyczaj niedokładny wywiad lekarski, zaniechanie przeprowadzenia potrzebnych badań, posłużenie się niewłaściwą techniką badania, wadliwa interpretacja wyników badań, pośpiech, niedbalstwo, zaniechanie konsultacji z innym lekarzem.

¹⁶tekst jedn. Dz.U.2018r., poz.617

¹⁷ por. wyroki SN z dnia 28.08. 1972 r., II CR 296/72, OSNC 1973/5/86, z dnia 29.10.2003 r., III CK 34/02, OSP 2005/4/54,

¹⁸ por. wyroki SN z dnia 1.04.1955 r. , IV CR 39/54 , OSNCK 1957/1/7 oraz z dnia 24.10.2013 r., IV CSK 64/13, niepubl.

5. Błąd w terapii polega na zastosowaniu niewłaściwych metod leczenia, na wadliwym, niezgodnym ze sztuką medyczną przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego lub porodu, zaordynowaniu niewłaściwego leku albo w niewłaściwej dawce.¹⁹

6. Tylko błąd zawiniony przez lekarza może powodować odpowiedzialność lekarza za szkodę, bo samo działanie lub zaniechanie sprzeczne z wiedzą medyczną wyczerpuje tylko obiektywny element winy czyli bezprawność zachowania. Zachowanie lekarza musi być więc obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Nie istnieje domniemanie winy lekarza albo personelu medycznego. Obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta, której brak poszkodowany pacjent musi udowodnić.²⁰

7. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą polega na tym, że skutek musi być normalnym, zazwyczaj występującym następstwem zawinionego, wadliwego działania lub zaniechania lekarza.²¹

8. Nie stanowią błędu lekarskiego zaniedbania o charakterze organizacyjno-technicznym, nie związane ze stosowaniem przez lekarza wiedzy medycznej, za które odpowiedzialność ponosi placówka świadcząca usługi medyczne, przykładowo niezapewnienie pacjentowi bezpiecznych i aseptycznych warunków pobytu w szpitalu, wadliwy sposób organizacji dyżurów lekarskich i pielęgniarskich, wadliwa identyfikacja pacjenta, wadliwe zakwalifikowanie organu do zabiegu, pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, używanie niesprawnego lub niesterylnego sprzętu medycznego, zamiana wyników badań obrazowych i laboratoryjnych.²²

9. Ustalenie przez sąd, że doszło do błędu lekarskiego wymaga posiłkowania się wiedzą specjalistyczną, której źródłem jest opinia biegłego sądowego lekarza określonej specjalności.²³ Konieczność zasięgnięcia często kilku opinii biegłych sądowych oraz rozstrzygania przez sądy zarzutów zgłaszanych przez strony w stosunku do tych ekspertyz, to najpoważniejsze przyczyny długotrwałości i

¹⁹ por. wyrok SNz dnia 13.01. 2005 r., III CK 143/04, niepubl.

²⁰ por. wyrok SN z dnia 10.02.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012/10/95

²¹ por. wyrok Sn z dnia 11.01.1972 r., I CR 516/71, OSNC 1972/9/159

²² por. wyrok SN z dnia 17.02.1967 r, I CR 435/66, OSNC 1967/10/177

²³ por. wyrok SN z dnia 19.12. 2006 r. , V CSK 360/06, niepubl.

znaczących kosztów postępowań sądowych dotyczących spraw o roszczenia o naprawienie szkód wyrządzonych podczas leczenia.

10. W postępowaniu sądowym poszkodowany pacjent może domagać się następujących świadczeń:

a/. zasądzenia wszystkich kosztów poniesionych w związku z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia, w tym kosztów leczenia, rehabilitacji oraz- jeżeli poszkodowany stał się inwalidą- także sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu,²⁴

b/. renty z tytułu całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, z powodu zwiększenia się potrzeb powoda lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość²⁵

c/. odpowiedniej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia za krzywdę (cierpienia psychiczne i fizyczne) wywołaną uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia wyrządzoną mu w leczeniu²⁶.

IV/.Pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej w procesie leczenia

1. Nowy pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń z tytułu szkód będących następstwem tzw. zdarzeń medycznych został wprowadzony do polskiego systemu prawnego na podstawie ustawy z dnia 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 Komunikacyjnych²⁷, która z dniem 1 stycznia 2012r. dodała do ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁸ rozdział 13a zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”.

²⁴ art.444§1 k.c.

²⁵ art.444§2 k.c.

²⁶ art.445 § 1 k.c.

²⁷ Dz.U. Dz.U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660,

²⁸ tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz.1318, dalej: „u.p.p”

2. Definicja zdarzenia medycznego. Zdarzenie medyczne w rozumieniu ustawy²⁹ polega na zakażeniu pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub spowodowaniu rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci 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 lub **zastosowania produktu leczniczego** lub wyrobu medycznego.

3. Definicje poszczególnych pojęć. **Zakażenie pacjenta** polega na wnikięciu do jego organizmu i rozwoju w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego³⁰; **zakażenie szpitalne** to takie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania³¹.

Uszkodzenie ciała to naruszenie integralności fizycznej człowieka, polegające na naruszeniu ciągłości powłok ciała, naruszeniu narządów wewnętrznych lub tkanek, zaś **rozstrój zdrowia** to zakłócenie funkcjonowania organizmu ludzkiego, bez widocznego uszkodzenia powłok ciała lub poszczególnych organów³².

4. Definicja pacjenta. **Pacjentem** w rozumieniu ustawy jest osoba fizyczna zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny³³.

5. Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej zdarzeniem medycznym orzekają wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, których siedzibą jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego³⁴. W skład komisji wchodzi 16 członków,

²⁹ art.67a

³⁰ art. 2 punkt 32 ustawy z dnia 5.12. 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – tekst jedn.Dz.U.z 2013r., poz. 947

³¹ art. 2 punkt 33 ustawy wskazanej w przypisie 24

³² por. wyrok SN z dnia 19.11.2008 r., III CSK 171/08, niepubl.

³³ art. 3 punkt 4 u.p.p..

³⁴ 16 komisji wojewódzkich z siedzibami we Wrocławiu, Bydgoszczy, Lublinie , Gorzowie Wielkopolskim, Łodzi, Krakowie, Warszawie, Opolu, Rzeszowie, Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Olsztynie, Poznaniu i Szczecinie

w tym 8 lekarzy i 8 prawników, spełniających szczegółowe wymagania, wskazane w u.p.p., dotyczące wykształcenia i stażu pracy, Wojewoda powołuje 14 członków spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa, organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta. Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat. Pracami wojewódzkiej komisji kieruje przewodniczący wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu większością głosów przy obecności co najmniej 3/4 jej członków, w głosowaniu tajnym. Wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej³⁵.

6. Wszczęcie postępowania przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych:

a/. pisemny wniosek pacjenta lub w przypadku jego śmierci – jego spadkobiercy, w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, nie dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta³⁶,

b/. wymagania formalne i fiskalne wniosku- dokładne dane pacjenta, podmiotu leczniczego, wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej oraz propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż wskazana w u.p.p., maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do

³⁵ art.67c ust.1 i art.67e ust. 2,3,5,7,11 u.p.p.

³⁶ art.67c ust. 2 i art. 67 d u.p.p.

jednego pacjenta w kwocie **100 000 zł**³⁷ w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta oraz **300 000 zł**³⁸ w przypadku śmierci pacjenta³⁹,

c/. do wniosku dołącza się dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku, potwierdzenie uiszczenia opłaty od wniosku **200 zł**⁴⁰, postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku dochodzenia roszczeń z powodu śmierci pacjenta oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich⁴¹.

d/. wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia podmiotowi składającemu wniosek. Kompletny i należycie opłacony wniosek komisja przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz jego ubezpieczycielowi. Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają własne stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia⁴²

e/. postępowanie przed komisją ulega zawieszeniu w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo. W przypadku zakończenia opisanego w poprzednim zdaniu postępowania, podejmuje się z urzędu zawieszone postępowanie przed wojewódzką komisją⁴³

f/. postępowania nie wszczyna się, a wszczęte postępowanie ulega umorzeniu w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę

³⁷ równowartość około 23 255 euro

³⁸ równowartość około 69 767 euro

³⁹ art.67d ust.1,3, art.67k ust. 7 u.p.p.

⁴⁰ równowartość około 47 euro

⁴¹ art.67d ust.2 u.p.p.

⁴² art.67d ust.5i 6 u.p.p.

⁴³ art.67b ust.2 pkt 1 i ust.3 u.p.p.

o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie⁴⁴

g/. złożenie wniosku, w wyniku którego komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określony w przepisach Kodeksu cywilnego wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem. W przypadku śmierci pacjenta, termin do złożenia wniosku nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego⁴⁵.

7. Przebieg postępowania przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

a/. Komisja orzeka w składach 4 osobowych składających się z 2 lekarzy i 2 prawników, wyznaczanym przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji. Pracami składu orzekającego kieruje przewodniczący, którego wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji. Członkami składu orzekającego w konkretnej sprawie nie mogą być osoby wyszczególnione w ustawie, w jakikolwiek sposób powiązane z wnioskodawcą lub podmiotem leczniczym⁴⁶.

b/. Cel postępowania przez komisją - ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne w rozumieniu ustawy⁴⁷.

c/. W posiedzeniach składu orzekającego może uczestniczyć wnioskodawca, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego oraz przedstawiciel ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. W postępowaniu wojewódzka komisja rozpatruje dowody przedstawione przez wnioskodawcę, kierownika podmiotu leczniczego

⁴⁴ art.67b 67b ust.2 pkt 2 u.p.p.

⁴⁵ art.67c ust. 3 i 4v u.p.p.

⁴⁶ art.67f ust.1,2,3, art. 67g, u.p.p.

⁴⁷ art.67i ust.1 u.p.p.

prowadzącego szpital, z działalnością którego, wiąże się wniosek, oraz ubezpieczyciela.

Komisja może w zakresie prowadzonego postępowania żądać dokumentacji medycznej, przeprowadzać postępowanie wyjaśniające w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz dokonywać wizytacji pomieszczeń i urządzeń szpitala. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, wojewódzka komisja zasięga opinii lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny z listy albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia⁴⁸.

d/. W zakresie nieuregulowanym przepisami ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, do postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się odpowiednio wymienione w ustawie przepisy Kodeksu postępowania cywilnego, a zatem przepisy dotyczące postępowania w przypadku wniosku o wyłączenie sędziego, doręczania pism, wezwań na posiedzenia, protokołów, terminów i ich przywracania, zawieszania i podejmowania postępowania, postępowania dowodowego, przeprowadzania rozprawy, prostowania treści orzeczeń⁴⁹.

8. Orzekanie przez wojewódzką komisję do spraw zdarzeń medycznych

a/. Po zakończeniu postępowania dowodowego, po naradzie, skład orzekający komisji wydaje, w formie pisemnej, orzeczenie wraz z uzasadnieniem, w którym ustala, że doszło lub nie doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy. Wydanie orzeczenia następuje nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku uprawnionego. Zapada ono większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego. Orzeczenie wojewódzkiej komisji sporządzone w dwóch egzemplarzach podpisuje cały skład orzekający. Doręcza się je z uzasadnieniem wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi⁵⁰.

⁴⁸ art.67i ust.2,4,5,7 u.p.p.

⁴⁹ art.67o u.p.p.

⁵⁰ art.67j ust.1, 2,3,4,5,6 u.p.p.

9. Zaskarżanie orzeczeń składów orzekających wojewódzkiej komisji do spraw zdarzeń medycznych

a/. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem, wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek ten wojewódzka komisja rozpatruje w innym składzie, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania, stosując przepisy ustawy. Komisja zawiadamia podmioty uprawnione do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy o bezskutecznym upływie terminu do jego wniesienia⁵¹.

b/. Skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. W terminie 30 dni od dnia bezskutecznego upływu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub w terminie 30 dni od otrzymania orzeczenia komisji wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wnioskodawca, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji, która może być oparta wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie 6-osobowym, w którym nie mogą uczestniczyć osoby, które brały udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia⁵².

10. Postępowanie po wydaniu orzeczenia komisji ustalającego zdarzenie medyczne.

a/. Komisja ustala jedynie, że nastąpiło zdarzenie medyczne w rozumieniu ustawy, nie ustala natomiast wysokości zadośćuczynienia i odszkodowania. Orzeczenie to w zakresie ustalającym zdarzenie medyczne wiąże szpital i ubezpieczyciela. Po doręczeniu odpisu orzeczenia ubezpieczycielowi szpitala, ubezpieczyciel ma obowiązek w terminie 30 dni przedstawić wnioskodawcy propozycję dotyczące

⁵¹ art.67j ust.7,8,9 u.p.p.

⁵² art.67m ust.1 i 2 u.p.p.

wysokości kwot zadośćuczynienia i odszkodowania, maksymalnie 100 000 zł⁵³. lub 300 000 zł⁵⁴ w przypadku śmierci pacjenta. Jeśli jej nie przedstawi- jest zobowiązany wypłacić wnioskodawcy kwotę wskazaną przez niego we wniosku.. W tej sytuacji wojewódzka komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość proponowanego przez wnioskodawcę odszkodowania lub zadośćuczynienia (nie wyższa niż 100 000 zł. lub 300 000 zł w przypadku śmierci pacjenta) oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela. Zaświadczenie komisji stanowi tytuł wykonawczy.⁵⁵

b/. W terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji ubezpieczyciela, wnioskodawca składa, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, ubezpieczycielowi oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. W przypadku przyjęcia propozycji wnioskodawca składa także 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 wniosku. Zaakceptowana propozycja ubezpieczyciela stanowi tytuł wykonawczy.⁵⁶

c/. Oświadczenie wnioskodawcy o odrzuceniu propozycji ubezpieczyciela w zakresie zaproponowanego mu odszkodowania lub zadośćuczynienia, kończy postępowanie przed komisją. W takiej sytuacji, jak w również w sytuacji oddalenia przez komisję wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, zainteresowana osoba może wystąpić do sądu powszechnego z pozwem o zapłatę przeciwko szpitalowi i ubezpieczycielowi.

V. Podsumowanie

1/. W aktualnym stanie prawnym, od woli poszkodowanego pacjenta lub jego spadkobierców zależy poszukiwanie ochrony prawnej w drodze postępowania sądowego lub w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o

⁵³ równowartość około 23 255 euro

⁵⁴ równowartość około 69 767 euro

⁵⁵ art. 67k ust. 1,2,3,4 u.p.p.

⁵⁶ art.67k ust.5,6,7,8 u.p.p.

zdarzeniach medycznych. Każdy z przedstawionych sposobów dochodzenia naprawienia szkód wyrządzonych w leczeniu szpitalnym ma swoje wady i zalety.

2/. W postępowaniu przed komisją limitowana jest wysokość świadczeń. Wynosi ona maksymalnie 100 000 zł. tytułem zadośćuczynienia lub/i odszkodowania za jedno zdarzenie medyczne lub 300 000 zł w przypadku śmierci pacjenta. Ten tryb wydaje się więc przeznaczony dla kompensaty szkód na osobie wywołanych zdarzeniami medycznymi w rozumieniu u.p.p., które nie doprowadziły do trwałego kalectwa pacjenta lub utraty albo znaczącego ograniczenia zdolności poszkodowanego do pracy zarobkowej. Zaletami tego postępowania wydają się być krótki czas jego trwania (ustawa wskazuje na termin 4 miesięcy) niskie koszty tego postępowania w stosunku do kosztów związanych z postępowaniem sądowym⁵⁷ oraz brak wymagania udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności (wystarczające jest ich uprawdopodobnienie).

3/. W postępowaniu sądowym, mimo, że dłuższym i kosztowniejszym, wysokość zadośćuczynienia i świadczeń odszkodowawczych jest ustalana przez sąd, w zależności od wszystkich wszechstronnie rozważonych okoliczności sprawy i z reguły są to kwoty znacznie wyższe od kwot wskazanych w ustawie o prawach pacjenta kwoty, zwłaszcza w przypadku poważniejszych szkód na osobie. Przykładowo Sąd Apelacyjny w Krakowie zaaprobował kwotę 500.000 zł.⁵⁸ zasądzoną przez Sąd pierwszej instancji *in solidum* od pozwanego szpitala i ubezpieczyciela tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną niewłaściwą opieką na oddziale położniczym pozwanego szpitala, w wyniku czego małaletnia powódka doznała niedotlenienia okołoporodowego z następczymi skutkami w postaci mózgowego porażenia dziecięcego, upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim i padaczki lekoopornej⁵⁹. Sąd Apelacyjny w Katowicach⁶⁰ oddalił apelację pozwanego szpitala od wyroku Sądu pierwszej instancji zasądzającego na rzecz pokrzywdzonej pacjentki, u której lekarze pozwanego szpitala błędnie rozpoznali raka piersi, co doprowadziło do zbędnej operacji usunięcia obu piersi z węzłami chłonnymi

⁵⁷ opłata od wniosku wynosi 200 zł. zaś sądowa opłata stosunkowa od pozwu stanowi 5 procent dochodzonej kwoty zadośćuczynienia lub odszkodowania, nie mniej niż 30 zł. i nie więcej niż 100 000 zł.

⁵⁸ równowartość około 116 280 euro

⁵⁹ wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 15 września 2017 r., I ACa 307/17, niepubl.

⁶⁰ wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 czerwca 2016r., V ACa 723/15, niepubl.,

zadośćuczynienie w kwocie 300.000 zł⁶¹. Sąd Apelacyjny w Warszawie⁶² przyznał pokrzywdzonej pacjentce zadośćuczynienie w kwocie 1.000.000 zł.⁶³ za krzywdę polegającą na spowodowaniu trwałego kalectwa pacjentki w wyniku zakażenia szpitalnego drobnoustrojami chorobotwórczymi oraz niewłaściwie wykonanego zabiegu powodującego uszkodzenie jelit i zapalenie otrzewnej.

⁶¹ równowartość około 69 767 euro

⁶² wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 grudnia 2014 r., VI ACa 283/13, niepubl.

⁶³ równowartość około 232 558 euro

