

KAROLINA ŚWIĄTEK*

Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawno-porównawcza**

Wprowadzenie

W systemach prawnych funkcjonują różne tzw. alternatywne modele kompensacji szkód medycznych, czyli takie rozwiązania prawne, które umożliwiają pacjentom poszkodowanym szkodami medycznymi dochodzenie roszczeń lub uzyskiwanie odszkodowania bez konieczności wytaczania powództwa w postępowaniu sądowym na drodze cywilnoprawnej, często także bez konieczności wykazywania winy sprawcy. Polski model koncentrujący się na działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych uznawany jest za nieefektywny. Przyjęte rozwiązania prawne nie realizują celów założonych na etapie wprowadzania regulacji prawnej. Niewłaściwa prawna konstrukcja polskiego modelu, w tym zidentyfikowane w niniejszym artykule problemy zauważane w doktrynie zostały rozpoznane także przez organy władzy publicznej odpowiedzialne za ochronę zdrowia. Efektem podjętych przez nie działań jest przygotowanie projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który zakłada m.in. likwidację wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i wprowadzenie innych rozwiązań legislacyjnych w omawianym obszarze. Artykuł obejmuje analizę funkcjonującego w Polsce modelu oraz próbę wskazania jego wad, zawiera również charakterystykę wybranych,

* Karolina Świątek, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, e-mail: karswi18@st.amu.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-7514-3343>.

** Publikacja powstała przy współfinansowaniu z projektu „Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza”.

alternatywnych modeli kompensacji szkód medycznych funkcjonujących w innych porządkach prawnych oraz przybliżyć założenia projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Celem pracy jest ukazanie możliwych kierunków zmian legislacyjnych, a także zweryfikowanie, czy zmiany proponowane w projekcie ustawy uwzględniają formułowane w doktrynie wnioski *de lege ferenda* oraz czy są wzorowane na rozwiązaniach przyjętych w innych państwach.

1. Ogólna charakterystyka oraz ocena polskiego pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń w postępowaniu o ustalenie zdarzenia medycznego

Obowiązujący w Polsce prawny model dochodzenia roszczeń za szkody medyczne na drodze pozasądowej jest modelem oferującym postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych¹. Postępowanie to zostało uregulowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta², na mocy 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 Komunikacyjnych³.

Alternatywność polskiego modelu polega na zagwarantowaniu pozasądowego postępowania w celu dochodzenia roszczeń za konkretny rodzaj szkód, tj. następstw zdarzeń medycznych. W prawie odszkodowawczym przesłankami odpowiedzialności są przede wszystkim szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem szkodzącym a szkodą. Dodatkowo w przypadku odpowiedzialności ukształtowanej na zasadzie winy – przesłanką odpowiedzialności jest także wina sprawcy szkody. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że wina jest podstawową przesłanką odpowiedzialności lekarza. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zostało ukształtowane w wielu aspektach odmiennie od tradycyjnego postępowania na drodze sądowej. Problem przyczynowości w postępowaniu o ustalenie zdarzenia medycznego stał się przedmiotem badań w doktrynie⁴. Abstrahując jednak od problemu związku przyczynowości

¹ Dalej także „wojewódzka komisja”.

² Ustawa z dnia 6 XI 2008 r. (tekst jedn. Dz.U. 2022, poz. 1876), dalej „u.p.p.”.

³ Tekst jedn. Dz.U. 2011 Nr 113, poz. 660, dalej także „ustawa wprowadzająca”.

⁴ Na ten temat zob. E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka*

wego, wskazać należy, że przepisy u.p.p., regulujące postępowanie przed wojewódzką komisją, nie nakładają na poszkodowanego ciężaru udowodnienia winy sprawcy zdarzenia. Odmiennie niż w przypadku dochodzenia roszczeń na zasadach ogólnych w postępowaniu alternatywnym poszkodowany zobowiązany jest jedynie do uprawdopodobnienia zdarzenia szkodzącego. Na poszkodowanego nie nałożono także ciężaru udowodnienia wysokości szkody – w postępowaniu przed wojewódzką komisją konieczne jest przedstawienie przez wnioskodawcę propozycji wysokości odszkodowania, jednak jedynym wymogiem co do propozycji jest utrzymanie jej wysokości w granicach „maksymalnej wysokości świadczenia” określonej w ustawie.

Zgodnie z art. 67i ust. 1 u.p.p. celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. W rozumieniu u.p.p. zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy⁵, leczenia⁶ lub zastosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego⁷ lub wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro lub wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro⁸. Jak zauważa M. Białkowski, zestawiając obecnie obowiązującą definicję zdarzenia medycznego z wypracowaną na gruncie orzecznictwa i nauki prawa definicją „błędu medycznego”, uznać należy, że pojęcia te są ze sobą zbieżne⁹.

cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 229–257.

⁵ Jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby.

⁶ W tym wykonania zabiegu operacyjnego.

⁷ W rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 IV 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117/1).

⁸ W rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 IV 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylenia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz. Urz. UE L 117 z 5 V 2017, str. 176 ze zm.).

⁹ Zob. M. Białkowski, *Kompensacja szkody powstałej przy leczeniu*, Poznań 2017, s. 436 i n. (rozprawa doktorska), https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/20802/1/2017_05_09_Doktorat_Micha%20Bia%20kowskiego_ostateczna_5.pdf.pdf (dostęp: 25 X 2022).

Inni autorzy zauważają jednak, że zdarzenia medyczne nie zawsze mieszczą się w ramach tradycyjnego pojęcia błędu medycznego. Przykładowo, zdaniem tych autorów za błąd medyczny nie można uznać zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym czy też doprowadzenia do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci pacjenta na skutek zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego¹⁰. Zgodnie z art. 67a ust. 2 u.p.p. przepisy dotyczące postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się jedynie do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Rozwiązanie to stało się przedmiotem krytyki w piśmiennictwie. W doktrynie zaprezentowano stanowisko, zgodnie z którym model kompensacji szkód medycznych powinien mieć charakter powszechny i obejmować swoim zakresem szkody wyrządzone przez wszystkich świadczeniodawców, ponieważ z punktu widzenia pacjenta nie ma znaczenia przez jakiego świadczeniodawcę szkoda została wyrządzona¹¹. Jak podkreślono – uprawnienie do uzyskania odszkodowania i zadośćuczynienia nie powinno być uzależnione od właściwości podmiotu ponoszącego odpowiedzialność¹². W związku z tym słusznie postuluje się, aby rozszerzyć pozasądowy tryb dochodzenia odpowiedzialności za szkody medyczne na uszczerbki doznane przez pacjentów w toku leczenia poza szpitalem¹³.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może złożyć poszkodowany pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci poszkodowanego – jego spadkobiercy. Włączenie spadkobierców do kręgu podmiotów uprawnionych do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego jest szeroko krytykowane w piśmiennictwie. Wskazuje się, że przyjęcie takiego rozwiązania całkowicie odbiega od zasad kompensacji krzywdy na gruncie prawa cywilnego, w którym co do zasady uprawnieni do zadośćuczynienia są najbliżsi zmarłego,

¹⁰ 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. 26.

¹¹ Ibidem, s. 24.

¹² Ibidem.

¹³ E. Bagińska, *Alternatywne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu – analiza porównawcza*, w: *System prawa medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 103.

których łączyła ze zmarłym szczególna więź¹⁴. Zauważa się w związku z tym, że takie odstępstwo prowadzić może do nieracjonalnych sytuacji, w których świadczenia dochodzić będzie osoba niezwiązana emocjonalnie ze zmarłym (niedoznająca krzywdy po jego śmierci) czy nawet gmina będąca wyłącznym spadkobiercą zmarłego¹⁵.

Na mocy art. 67d ust. 1 pkt 9 u.p.p. podmiot składający wniosek zobowiązany jest do przedstawienia w nim propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. W praktyce obowiązek ten okazuje się niemalże bezcelowy, gdyż pozostałe przepisy ustawy nie zobowiązują ubezpieczyciela czy podmiotu leczniczego ani do uwzględnienia, ani do zbadania zasadności wysokości propozycji przedstawionej przez podmiot składający wniosek, a wojewódzkie komisje nie są uprawnione do orzekania o wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. W konsekwencji przedstawienie propozycji świadczenia przez wnioskodawcę rzadko wywołuje istotne dla wnioskodawcy skutki. Przedstawienie we wniosku propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia okazuje się znaczące w sytuacji, w której ubezpieczyciel albo kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, nie przedstawia swojego stanowiska w sprawie. Zgodnie z art. 67d ust. 6 u.p.p. nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. W sytuacji, w której ubezpieczyciel albo kierownik podmiotu leczniczego przedstawia stanowisko w sprawie, przedstawiona przez wnioskodawcę we wniosku propozycja wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia staje się w istocie bez znaczenia, ze względu na opisanych powyżej. Postępowanie przed wojewódzką komisją ma doprowadzić do ustalenia, czy doszło do zdarzenia medycznego. Po przeprowadzeniu postępowania wojewódzka komisja, nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku, wydaje pisemne,

¹⁴ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: *Kompensacja szkód...*, s. 27 i n.; M.P. Ziemiak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, w: *Kompensacja szkód...*, s. 170 i n.

¹⁵ K. Bączyk-Rozwadowska, *Koncepcja no fault compensation a polski system kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych*, w: *Współczesne problemy prawa zobowiązań*, pod red. J. Haberk, A. Olejniczaka, A. Pyrzyńskiej, D. Sokołowskiej, Warszawa 2015, s. 83 i n.

zawierające uzasadnienie orzeczenie o zaistnieniu zdarzenia medycznego albo o braku takiego zdarzenia¹⁶. Kolejnym etapem jest przedstawienie podmiotowi składającemu wniosek przez ubezpieczyciela podmiotu leczniczego albo przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, jeżeli szpital nie posiada ubezpieczenia, propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia – na mocy art. 67k ust. 2 u.p.p.¹⁷ Propozycja nie może być wyższa niż określona w ustawie maksymalna wysokość świadczenia. Ponadto ubezpieczyciel przy ustalaniu wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia musi kierować się szczegółowymi warunkami i zakresem ustalania wysokości świadczenia oraz jego wysokością w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, co reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego¹⁸. Rozporządzenie to określa jedynie maksymalne kwoty świadczenia, nie określając kwot minimalnych.

Art. 67k ust. 5 u.p.p. nakłada na podmiot składający wniosek zobowiązanie do złożenia ubezpieczycielowi, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, oświadczenia o przyjęciu albo o odrzuceniu propozycji. W przypadku przyjęcia propozycji świadczenia, na mocy art. 67k ust. 6 u.p.p. podmiot składający wniosek zobowiązany jest także do złożenia oświadczenia 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. W przypadku odrzucenia propozycji świadczenia możliwe jest

¹⁶ Orzeczenie to doręcza się podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi podmiotu leczniczego. Podmioty te mogą następnie złożyć umotywowany wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

¹⁷ Do złożenia takiej samej propozycji zobowiązany jest podmiot leczniczy prowadzący szpital w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia zawartą z ubezpieczycielem albo w przypadku niezawarcia przez podmiot leczniczy takiej umowy.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 VI 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. 2013, poz. 750), dalej „rozporządzenie w sprawie ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego”.

skierowanie sprawy do rozpoznania na drodze sądowej, a sąd cywilny nie będzie związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji co do ustalenia zaistnienia zdarzenia medycznego.

Ukształtowanie ostatniego etapu postępowania przed wojewódzką komisją budzi w doktrynie wiele zastrzeżeń, w tym m.in. co do zapewnienia równości stron postępowania. Zauważa się, że ustawa przyznaje ubezpieczycielowi (lub podmiotowi leczniczemu) kompetencję do jednostronnego ustalania wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia w propozycji kierowanej do wnioskodawcy¹⁹. Wnioskodawcy z kolei nie przyznano żadnego narzędzia pozwalającego na weryfikację przedstawionej propozycji ani innych instrumentów ochrony praw. Rola wojewódzkiej komisji w postępowaniu sprowadza się jedynie do ustalenia, czy doszło do zdarzenia medycznego. Wojewódzka komisja nie ma żadnego wpływu na wysokość świadczenia proponowanego podmiotowi składającemu wniosek – nie ma uprawnień do kształtowania wysokości świadczenia ani uprawnień do weryfikacji przedstawionej przez ubezpieczyciela (podmiot leczniczy) propozycji. Brak takich uprawnień często skutkuje przedstawianiem przez ubezpieczycieli (podmioty lecznicze) skrajnie niskich propozycji świadczenia. Działalność wojewódzkich komisji jest stale monitorowana przez Rzecznika Praw Pacjenta. Jak wynika ze sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r. – w postępowaniach przed wojewódzkimi komisjami niejednokrotnie dochodziło do składania propozycji świadczenia w wysokości 1 zł²⁰. Jest to wynikiem zarówno wadliwego prawnego ukształtowania ostatniego etapu postępowania, jak i braku określenia w u.p.p. oraz rozporządzeniu w sprawie ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego minimalnych kwot świadczenia za poszczególne rodzaje zdarzeń medycznych. Niskie propozycje świadczeń doprowadzają z kolei do tego, że pacjenci bardzo rzadko decydują się na ich zaakceptowanie. W 2019 r. wojewódzkie komisje wydały łącznie 302 orzeczenia o zaistnieniu zdarzenia medycznego, a jedynie w 25 sprawach wnioskodawcy zaakceptowali

¹⁹ K. Krupa-Lipińska, *Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym*, w: *System prawa medycznego...*, s. 952 i n.

²⁰ 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: 19 IX 2022).

przedstawione propozycje odszkodowania/zadośćuczynienia²¹. Niemniej jednak nawet ustalone w ustawie maksymalne kwoty świadczenia są stosunkowo niskie, co także jest przedmiotem krytyki w doktrynie²².

Ustawodawca w sposób wadliwy uregulował także konsekwencje związane z akceptacją przez pacjenta przedstawionej mu propozycji świadczenia. Przyjmując propozycję, pacjent jednocześnie zrzeka się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za szkody, które ujawniły się do momentu złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, co zdaniem M. Świdorskiej nasuwa wątpliwości co do zgodności takiego uregulowania z zagwarantowanym w art. 45 Konstytucji RP prawem do sądu²³. Wskazuje się również, że aktualne ukształtowanie prawnego modelu dochodzenia roszczeń przez pacjentów na drodze pozasądowej podważa rzeczywistość alternatywności tego modelu²⁴. Konieczność zrzeczenia się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń powoduje zagrożenie, że doznana przez niego szkoda lub krzywda nie zostanie w pełni skompensowana, zwłaszcza że polski model kompensacji szkód medycznych na drodze pozasądowej nie zakłada dążenia do pełnej kompensacji szkody. Dodatkowo, jak zauważa K. Bączyk-Rozwadowska, model ten ma charakter fakultatywny i zarazem wyłączny, ponieważ poszkodowany ma możliwość wyboru pomiędzy drogą sądową a tzw. trybem komisyjnym, z zastrzeżeniem, że akceptacja świadczeń w systemie alternatywnym wyłącza roszczenie o odszkodowanie uzupełniające na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego²⁵. W takiej sytuacji istnieje ryzyko, że poszkodowany zdarzeniem medycznym uzyska w postępowaniu przed wojewódzką komisją środki, które tylko częściowo pokryją doznaną szkodę, a poszkodowany pozostanie bez możliwości dochodzenia pozostałej części odszkodowania przed sądem. W związku z powyższym w literaturze postuluje się, aby w przypadku nieuzyskania pełnej kompensacji możliwe było dochodzenie pozostałej części odszkodowania na zasadach ogólnych²⁶.

²¹ Ibidem.

²² Zob. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, op. cit., s. 25 i n.

²³ M. Świdorska, *Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami odszkodowawczymi*, w: *Kompensacja szkód wynikłych...*, s. 225.

²⁴ Zob. m.in. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, op. cit., s. 29; K. Krupa-Lipińska, op. cit., s. 955.

²⁵ K. Bączyk-Rozwadowska, *Koncepcja no fault compensation...*, s. 79.

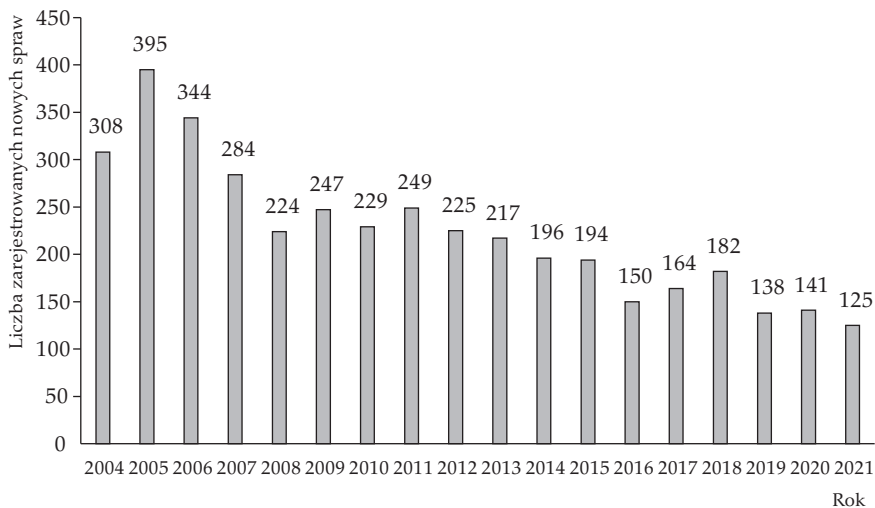
²⁶ Tak M. Nesterowicz, M. Wałachowska, op. cit., s. 30.

Mimo że przepisy u.p.p. przewidują w określonych okolicznościach możliwość złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji, to jednak stwierdzić należy, że zapewnione w ustawie środki zaskarżenia są niewystarczające dla ochrony interesów poszkodowanych zdarzeniami medycznymi. Przykładowo – skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem może być oparta wyłącznie na naruszeniu przepisów proceduralnych. Zauważyć należy, że niemożliwe jest natomiast oparcie skargi na zarzutach uchybień w zakresie prawa materialnego, np. w przedmiocie zasadności merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy²⁷. Z kolei wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy służy jedynie ponownemu zbadaniu, czy doszło do zdarzenia medycznego, czy też nie, co jest niewystarczające np. w sytuacji, w której poprawnie orzeczono o istnieniu zdarzenia medycznego, natomiast na dalszym etapie postępowania przedstawiono rażąco zaniżoną propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Zdaniem E. Bagińskiej, zastosowane w u.p.p. rozwiązania prawne nie zapewniają nawet minimalnego stopnia ochrony wnioskodawcy, która mogłaby wyrażać się np. w uprawnieniu do weryfikowania przez wojewódzką komisję wysokości odszkodowania zaproponowanego przez ubezpieczyciela (albo podmiot leczniczy prowadzący szpital)²⁸.

Wadliwa konstrukcja prawna polskiego prawnego alternatywnego modelu kompensacji szkód medycznych doprowadziła do jego skrajnej nieefektywności. W uzasadnieniu ustawy wprowadzającej polski model do systemu prawnego wskazano, że założeniem projektu jest zmniejszenie obciążenia sądów powszechnych postępowaniem w sprawie odszkodowań za błędy medyczne. Zakładano, że liczba pozwów składanych do sądów powszechnych zmniejszy się maksymalnie o ok. 70%. Wykresy 1 i 2 przedstawiają liczbę spraw, które w latach 2004–2021 wpływały do sądów I instancji, o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.

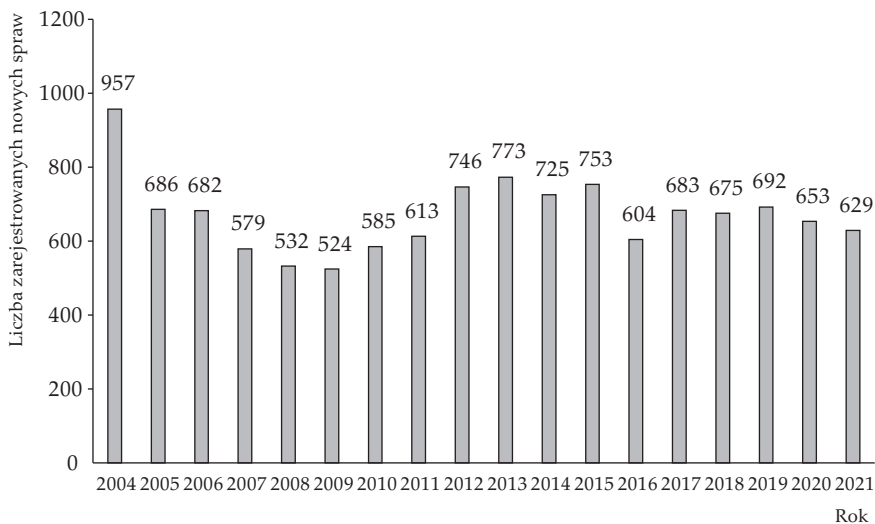
²⁷ M. Gąska, *Art. 67m, teza 1*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, pod red. L. Boska, Warszawa 2020, Legalis.

²⁸ Szerzej zob. E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, w: *Kompensacja szkód...*, s. 155 i n.



Wykres 1. Liczba nowych spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia zarejestrowanych w sądach rejonowych w latach 2004–2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości w ramach dostępu do informacji publicznej.



Wykres 2. Liczba nowych spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia zarejestrowanych w sądach okręgowych w I instancji w latach 2004–2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości w ramach dostępu do informacji publicznej.

Jak wynika z przeprowadzonych badań – nieznacznie zmniejszyła się liczba spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia wnoszonych do sądów rejonowych. W latach 2004–2011 do sądów tych wpływało w przybliżeniu średnio 285 spraw rocznie, natomiast w latach 2012–2021 liczba ta spadła do średnio ok. 168. Liczba nowych spraw w sądach rejonowych o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia zmniejszyła się zatem o ok. 40% po wejściu w życie ustawy wprowadzającej, a nie jak zakładano o 70%. Należy mieć przy tym na uwadze, że na zmniejszenie liczby spraw wnoszonych do sądów rejonowych wpływ mogą mieć różne czynniki, a nie tylko funkcjonowanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

W sądach okręgowych jako do sądów I instancji w latach 2004–2011 wpływało rocznie średnio ok. 645 nowych spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia, a w latach 2012–2021 liczba ta wzrosła do średnio ok. 693 nowych spraw na rok. Należy zauważyć również, że wzrost pozwów składanych do sądów okręgowych może mieć bezpośredni wpływ na spadek liczby spraw, które wpływają do sądów rejonowych, co dodatkowo uwidacznia bezowocność polskiego modelu. Takie statystyki zdecydowanie nie przemawiają na korzyść konstrukcji prawnej polskiego modelu dochodzenia roszczeń przez pacjentów na drodze pozasądowej i sygnalizują pilną potrzebę zmian legislacyjnych.

2. Wybrane zagraniczne prawne modele kompensacji szkód medycznych

2.1. Nowa Zelandia

Nowozelandzki prawny model kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu regulowany jest przez Accident Compensation Act 2001²⁹ (ACA). Celem ACA jest zapewnienie sprawiedliwego i trwałego systemu zarządzania szkodami osobowymi, w tym zapewnienie kompensacji szkód osobom poszkodowanym³⁰. Ustawa ta obejmuje swym zakresem różnego rodzaju szkody na osobie, w tym także szkody medyczne

²⁹ Accident Compensation Act 2001, Public Act 2001 No 49, Date of assent 19 IX 2001, Version as at 1 X 2022.

³⁰ Zob. Section 3 of Accident Compensation Act 2001.

(*treatment injuries*), które stanowią wycinek rozbudowanego systemu kompensacji szkód na osobie będących wynikiem różnego rodzaju wypadków³¹. Model nowozelandzki, z uwagi na objęcie swym zakresem bardzo dużej liczby zdarzeń, w wyniku których może powstać szkoda na osobie, określić można jako system w pełni kompleksowy³².

Chociaż Nowa Zelandia jest krajem, w którym panuje odmienny niż w Polsce system prawny – system *common law*, to niektóre rozwiązania przyjęte w nowozelandzkim modelu zasługują na uwagę polskiego ustawodawcy. Interesująca w tym zakresie jest np. definicja szkody medycznej (*treatment injury*). ACA definiuje szkodę medyczną jako szkodę doznaną przez osobę (i) oczekującą (*seeking*) leczenia od jednego lub większej liczby zarejestrowanych specjalistów ds. zdrowia (*registered health professionals*) lub (ii) otrzymującą leczenie od (lub pod nadzorem) jednego lub większej liczby zarejestrowanych specjalistów ds. zdrowia, lub (iii) osobę, która doznała zakażenia, które jest szkodą medyczną³³. Jednocześnie jest to szkoda, która powstała w wyniku leczenia i nie stanowi zwyczajnego³⁴ następstwa leczenia. Szkodą medyczną w rozumieniu nowozelandzkiej ustawy jest także szkoda doznana w wyniku leczenia prowadzonego w ramach badania klinicznego w okolicznościach szczegółowo opisanych w ustawie³⁵. Zdaniem A.M. Farrell, S. Devaney oraz A. Dar pojęcie szkody medycznej w modelu nowozelandzkim zostało skonstruowane w sposób, który zapewnia objęcie systemem całości szkód wyrządzonych przy leczeniu, tj. tak, aby możliwe było

³¹ Ustawa nowozelandzka obejmuje swym zakresem przykładowo także szkody powstałe wskutek wypadków drogowych, szkody psychiczne (*mental injuries*) powstałe na skutek przestępstw, szkody powstałe wskutek wypadków przy pracy itp.

³² Tak np. C. Brown, *Deterrence in tort and no fault: The New Zealand experience*, „California Law Review” 1985, nr 3(73), s. 976–1002.

³³ Również w tym aspekcie zauważalna jest różnica pomiędzy ustawą polską a ustawą nowozelandzką, która nie uzależnia możliwości uzyskania kompensacji szkody na drodze pozasądowej od tego, czy szkoda ta została doznana w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

³⁴ Poprzez zwyczajne następstwo leczenia należy rozumieć takie następstwo, które jest możliwe do przewidzenia przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności leczenia, w tym stan zdrowia pacjenta w momencie podejmowania leczenia oraz aktualną w momencie leczenia wiedzę medyczną.

³⁵ Ustawa nowozelandzka dodatkowo precyzuje, że szkodą medyczną nie jest szkoda na osobie, która jest całkowicie lub w znacznym stopniu spowodowana podstawowymi warunkami zdrowotnymi danej osoby, ani szkoda na osobie, która jest wynikiem nieuzasadnionego wstrzymywania się lub opóźniania zgody na poddanie się leczeniu. Również fakt, że leczenie nie przyniosło pożądanego rezultatu, nie stanowi sam w sobie szkody medycznej.

wynagrodzenie zarówno szkód możliwych do przewidzenia i zapobieżenia, jak i szkód całkowicie nieprzewidywalnych³⁶.

W ACA zdefiniowane zostało także pojęcie leczenia (*treatment*). Poprzez leczenie rozumie się udzielanie świadczeń leczniczych, diagnozowanie, profilaktykę, podejmowanie decyzji w zakresie udzielenia świadczeń albo odmowy udzielenia świadczeń, całkowity brak leczenia lub brak leczenia w odpowiednim czasie, awarię jakiegokolwiek sprzętu, urządzenia lub narzędzia wykorzystywanego jako część procesu leczenia zarówno w trakcie leczenia, jak i po leczeniu³⁷, a także stosowanie różnych systemów wsparcia (w tym polityk, procesów, praktyk i systemów administracyjnych), które są wykorzystywane przez placówkę lub osobę prowadzącą leczenie oraz bezpośrednio wspierają leczenie.

Accident Compensation Act 2001 zdecydowanie zasługuje na uwagę – słowniczek tej ustawy jest rozbudowany, przemyślany i wydaje się, że pozwala na precyzyjne ustalenie, które szkody będą szkodami medycznymi w rozumieniu tego aktu prawnego. Dodatkowo, w przeciwieństwie do polskiej ustawy, ACA nie ogranicza się jedynie do szkód wyrządzonych wskutek udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Rozwiązanie przyjęte w Nowej Zelandii, zgodnie z którym szkodą medyczną jest szkoda wyrządzona przez *registered health professional*, uznać należy za zdecydowanie bardziej trafne niż rozwiązanie przyjęte w Polsce. Pozytywnie należy ocenić także cel ustawy nowozelandzkiej, którym jest doprowadzenie do naprawienia szkody, odmiennie niż w przypadku postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, którego celem jest ustalenie, czy doszło do zdarzenia medycznego.

Wypracowany w Nowej Zelandii prawny model kompensacji szkód medycznych na drodze pozasądowej jest zaliczany do tzw. systemów *no-fault*. Cechą charakterystyczną tego typu systemów jest kompensacja szkód bez konieczności wykazywania winy sprawcy. W tych systemach co do zasady wystarczające będzie wykazanie szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zdarzeniem szkodzącym.

Prawny model kompensacji szkód na osobie opiera się na działaniu państwowej instytucji odpowiedzialnej za wypłatę świadczeń na rzecz poszkodowanych – Accident Compensation Corporation (ACC),

³⁶ A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, Scottish Government Social Research 2010, s. 17 i n.

³⁷ Obejmuje to także protezy i implanty (z wyjątkiem sytuacji, w której „awaria” protezy lub implantu jest wynikiem działania interwencyjnego lub normalnego zużycia).

finansowanej m.in. z różnego rodzaju podatków i składek. Tym, co wyróżnia model nowozelandzki, jest fakt, że co do zasady żadna osoba fizyczna nie może wszcząć postępowania niezależnie od Accident Compensation Act 2001 na podstawie jakiegokolwiek przepisu prawa lub ustawy, w jakimkolwiek sądzie w Nowej Zelandii, o odszkodowanie wynikające bezpośrednio lub pośrednio ze szkody na osobie objętej ACA lub szkody na osobie objętej ustawami poprzedzającymi ACA.

Poszkodowany pacjent, na mocy przepisów ACA może uzyskać kompensację szkody w postaci różnego rodzaju uprawnień odszkodowawczych (*entitlements*). Uprawnienia odszkodowawcze przewidziane w ACA to m.in. koszty rehabilitacji, leczenia, rehabilitacji społecznej i zawodowej, uprawnienie do kompensacji utraconych zarobków, odszkodowanie za utratę potencjalnych możliwości zarobkowych, odszkodowanie dla najbliższych zmarłego pozostających na jego utrzymaniu, ryczałtowe odszkodowanie za trwałe uszkodzenie ciała, zasiłki pogrzebowe czy zasiłki dla najbliższych osób zmarłego. ACA nie przewiduje jednak świadczenia w postaci zadośćuczynienia za krzywdę. Z początku model nowozelandzki przewidywał kompensację krzywdy, jednakże w 1999 r., ze względu na niewydolność finansową systemu, konieczna stała się rezygnacja z zapewnienia tego świadczenia. Jak zauważa K. Bączyk-Rozwadowska, pozyskanie dostatecznych środków na wypłatę świadczeń kompensacyjnych w systemach *no fault* stanowi często poważny problem, którego efektem może być kryzys finansowy. Z kolei skutkiem takiego kryzysu niejednokrotnie okazuje się konieczność ograniczenia zakresu lub/i wysokości wypłacanych świadczeń, tak jak miało to miejsce w przypadku rezygnacji z wypłacania zadośćuczynienia w modelu nowozelandzkim³⁸.

Pacjent chcący uzyskać odszkodowanie lub uprawnienie na mocy ACA powinien złożyć odpowiedni wniosek o świadczenie do ACC. Termin przewidziany na zgłoszenie żądania to 12 miesięcy od dnia, w którym szkoda doznana przez pacjenta została rozpoznana przez profesjonalistę (*health professional*) jako szkoda medyczna, lub 12 miesięcy od dnia, w którym pacjent zaczął odczuwać skutki szkody (zaczął poszukiwać leczenia, wystąpiły pierwsze objawy, wcześniejsze objawy nie dawały podstaw do stwierdzenia, że pacjent doznał szkody medycznej, i inne podobne przypadki). Większość roszczeń jest rozpatrywana

³⁸ Zob. szerzej na ten temat K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007, s. 229 i n.

w terminie 21 dni od dnia złożenia wniosku, ale jeżeli wymagane są dodatkowe informacje, termin ten nie powinien przekraczać 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Wyjątkiem są szczególnie skomplikowane sprawy, dla których termin rozpatrzenia może być przedłużony o kolejne 2 miesiące, po uprzednim zawiadomieniu wnioskodawcy. Zgłoszenia urazów leczniczych są rozpatrywane przez Treatment Injury Centre (TIC)³⁹.

Co istotne i odmienne od modelu polskiego – w Nowej Zelandii pacjenci mają prawo do odwołania od decyzji ACC. Możliwe jest złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ACC albo zwrócenie się o ocenę zasadności roszczenia do Dispute Resolution Services Ltd. (DRS) – spółki zależnej ACC. DRS po rozpatrzeniu wniosku wydaje rozstrzygnięcie, które jest wiążące dla ACC. Od orzeczeń DRS przysługuje prawo odwołania do sądu, jednak odwołanie takie można oprzeć jedynie na uchybieniach proceduralnych.

2.2. Niemcy

Niemiecki model dochodzenia roszczeń przez pacjentów charakteryzuje się typowo procesowymi podstawami prawnymi, jednak dzięki rozbudowanym systemom ubezpieczeniowym wykształcił w praktyce instytucje zbliżone do rozwiązań znanych z systemów *no-fault*. Osoby poszkodowane w wyniku błędów i zaniedbań medycznych mają możliwość korzystania z leczenia, rehabilitacji i wsparcia finansowego w ramach państwowego i prywatnego systemu ubezpieczeń i opieki. Często nie zachodzi zatem w ogóle konieczność poszukiwania rekompensaty w tradycyjnym postępowaniu sądowym. Sprawy o odszkodowanie za szkody medyczne w Niemczech toczą się właśnie w ramach wypracowanego tam systemu ubezpieczeniowego i często zamykają się w toku postępowania likwidacyjnego na poziomie ubezpieczyciela jednostki służby zdrowia lub pracownika służby zdrowia. W sytuacji, w której poszkodowany pacjent nie akceptuje propozycji ubezpieczyciela, przysługuje mu prawo do zainicjowania procesu sądowego lub skorzystania z usług ośrodka mediacji. Mediacja odgrywa w niemieckim modelu bardzo ważną rolę i jest zazwyczaj o wiele bardziej opłacalnym rozwiązaniem zarówno dla poszkodowanych (wierzycieli), jak

³⁹ Informacja o wynikach kontroli NIK *Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów*, KZD.430.005.2018, Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD, s. 82.

i dłużników, gdyż ma bezpłatny charakter, w przeciwieństwie do sporu sądowego, w przypadku którego poszkodowany ponosi ryzyko bycia obciążonym kosztami sądowymi w razie przegranej. Zasadniczo, jeżeli centrum mediacji uzna, że zaistniała szkoda, a odpowiada za nią pracownik służby zdrowia, to poszkodowany może ponownie zwrócić się do ubezpieczyciela z żądaniem zapłaty odszkodowania. Ośrodki mediacji w Niemczech cieszą się sporym zainteresowaniem i poszanowaniem, według statystyk nawet 85% spraw spornych kończy się porozumieniem zawartym na podstawie opinii ośrodka mediacji. Co więcej, w pozostałych 15% przypadków, kiedy poszkodowany występuje następnie do sądu, sąd najczęściej orzeka zgodnie z opinią ośrodka mediacji. Ich estyma wynika prawdopodobnie z tego, że są niezależnymi organizacjami, obsadzonymi przez zespoły prawników i lekarzy, a opinie w sprawie szkód sporządzają lekarze działający całkowicie pro bono. Oprócz doradzania w sprawach odszkodowań medycznych centra mediacji opracowują także kompleksowe statystyki z rozpatrywania przedstawianych im wniosków, które są corocznie gromadzone przez Federalne Stowarzyszenie Medyczne⁴⁰.

W Niemczech został utworzony także specjalny fundusz, w ramach którego roszczeń mogą dochodzić osoby zarażone wirusem HIV na skutek transfuzji krwi. Fundusz ten zapobiega kierowaniu roszczeń przeciwko centrom krwiodawstwa. Rozwiązania takie zasługują na uwagę, gdyż pokazują, iż możliwe jest stworzenie w ramach systemu prawnego różnych modeli kompensacji szkód medycznych bez konieczności kierowania spraw na drogę sądową, w zależności od rodzaju doznanej szkody. Pierwowzorem w tym wypadku jest system francuski.

2.3. Francja

Francuski model jest zdecydowanie jednym z najbardziej zróżnicowanych. Odpowiedzialność za szkody medyczne we Francji może być zarówno uzależniona od winy sprawcy, jak i być od niej niezależna, tj. oparta na zasadzie ryzyka. W obu przypadkach odpowiedzialność powiązано z obowiązkowym ubezpieczeniem OC podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych⁴¹. System francuski przewiduje także

⁴⁰ Ibidem, s. 80.

⁴¹ K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych*, w: *Kompensacja szkód...*, s. 54.

odrębne tryby dochodzenia roszczeń dla szczególnego rodzaju szkód, np. zakażenia wirusem HIV lub wirusowym zapaleniem wątroby typu B w wyniku transfuzji krwi. Do szkód nazywanych „ryzykami terapeutycznymi”, które ze względu na swoją istotę nie są objęte odpowiedzialnością cywilną stosuje się reguły gwarancyjnej odpowiedzialności państwa na zasadach słuszności (koncepcja *la solidarité nationale*). Zróżnicowanie modelu jest czynnikiem pozytywnym, wpływającym na jego kompletność, gdyż co do zasady w ramach modelu kompensowany ma być każdy rodzaj szkód medycznych, bez względu na przyczynę powstania szkody czy status prawny podmiotu odpowiedzialnego za wyrządzenie szkody⁴². Francuski system kompensacji szkód medycznych można określić systemem zamkniętym, ponieważ łączy on w sobie różne podstawy odpowiedzialności – na zasadzie winy, na zasadzie ryzyka oraz gwarancyjną odpowiedzialność państwa. Podstawy te uzupełniają się wzajemnie, tworząc alternatywny model, w którym wszystkie rodzaje szkód medycznych mogą zostać wynagrodzone.

Odpowiedzialność na zasadzie winy jest podstawą francuskiego systemu kompensacji szkód medycznych. Jednakże na szczególną uwagę w modelu francuskim zasługuje ukształtowanie odpowiedzialności na zasadzie ryzyka (w określonych przypadkach) oraz stosowanie gwarancyjnej odpowiedzialności państwa (również w określonych przypadkach).

Odpowiedzialność na zasadzie ryzyka znajduje zastosowanie w przypadku zakażeń szpitalnych (*les infections nosocomiales*) oraz w przypadku szkód wyrządzonych w związku z użyciem wadliwego produktu medycznego (*les dommages causés du défaut d'un produit de santé*). We Francji zdecydowano się na zastosowanie w tych przypadkach odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, ponieważ występujące w nich zobowiązanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest zobowiązaniem rezultatu, które mieści się w ramach szeroko pojmowanego obowiązku zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa podczas leczenia (*l'obligation de sécurité de résultat*)⁴³.

Reżim gwarancyjnej odpowiedzialności państwa (*solidarité nationale*) znajduje zastosowanie w sytuacji, w której brak jest podstaw do naprawienia szkody na podstawie reguł odpowiedzialności cywilnej.

⁴² Zob. M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu w prawie francuskim (według ustawy z dnia 4 marca 2002 r. o prawach pacjentów)*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 12(4), s. 117; K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model...*, s. 55.

⁴³ K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model...*, s. 57.

W zakres tego reżimu wchodzi tzw. ryzyka terapeutyczne (*les aléas thérapeutiques*) – mają one miejsce wtedy, gdy szkoda nastąpi w wyniku niezawinionej działalności lekarza. Naprawienie szkód należących do kategorii ryzyk terapeutycznych wymaga łącznego spełnienia stosunkowo rygorystycznych przesłanek – bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy szkodą a leczeniem (ciężar dowodu spoczywa na pacjencie), nieprzewidywalnego charakteru następstw działań medycznych oraz anormalności następstw zdarzenia z punktu widzenia pierwotnego stanu pacjenta oraz stanu wiedzy medycznej obowiązujących w chwili zajścia zdarzenia sprawczego⁴⁴.

We Francji funkcjonuje Państwowe Biuro Odszkodowań za Wypadki Medyczne (ONIAM – *Office national d'indemnisation des accidentés médicaux*). ONIAM zostało utworzone na mocy francuskiej Ustawy z dnia 4 marca 2002 r. o prawach pacjentów i jakości systemu opieki zdrowotnej⁴⁵. Jest to państwowy zakład publiczny, którego budżet jest częścią budżetu państwa i który podlega francuskiemu ministrowi zdrowia. Celem ONIAM jest zapewnienie szybkiego, bezpłatnego i polubownego systemu odszkodowań dla ofiar wypadków medycznych. W systemie francuskim kompensacja w ramach ONIAM została ograniczona do ryzyk terapeutycznych oraz szkód poważnych. Ryzykami terapeutycznymi są nieszczęśliwy wypadek medyczny lub uszkodzenie, które można przypisać biomedycznej działalności badawczej, stan jatrogenny (efekt uboczny związany z leczeniem) i zakażenie szpitalne. Natomiast do szkód poważnych zalicza się takie szkody, w przypadku których wskaźnik trwałego uszkodzenia integralności fizycznej lub psychicznej jest wyższy niż 24% lub poszkodowany został pozbawiony możliwości zarobkowania na okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy lub 6 miesięcy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy bądź poszkodowany doznał cierpienia lub niepełnosprawności w stopniu większym lub równym 50% na okres co najmniej 6 miesięcy lub 6 miesięcy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy⁴⁶.

⁴⁴ Szerzej na ten temat zob. *ibidem*, s. 61–62.

⁴⁵ La loi du 4 III 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴⁶ Wyjątkowo za szkodę poważną można uznać taką sytuację, gdy poszkodowany utracił trwale zdolność do wykonywania pracy, którą wykonywał przed wypadkiem, lub taką sytuację, gdy wypadek medyczny, schorzenie jatrogenne lub zakażenie szpitalne powoduje szczególnie poważne skutki w życiu poszkodowanego (w tym znacznie pogarsza jego warunki ekonomiczne).

Poszkodowani, chcący uzyskać świadczenie z ONIAM, powinni złożyć wniosek o odszkodowanie do odpowiedniej regionalnej komisji pojednawczej (*les commissions de conciliation et d'indemnisation*). Postępowanie przed regionalnymi komisjami jest dobrowolne, w pełni alternatywne do drogi sądowej. Jednakże, co zasługuje na aprobatę, podjęcie takiego postępowania wstrzymuje bieg terminu przedawnienia roszczeń. Postępowanie jest niemal całkowicie wolne od kosztów. Pacjenci ponoszą jedynie ewentualne koszty transportu i wysyłki dokumentacji na adres odpowiedniej komisji regionalnej. Elementem, który dodatkowo odróżnia model francuski od polskiego, jest fakt, że pacjenci w każdej chwili mogą wystąpić na drogę sądową. Rolą regionalnych komisji jest wydanie opinii na temat okoliczności, przyczyn, charakteru i rozmiaru szkody doznanej przez poszkodowanego, a także obowiązującego w danym przypadku systemu odszkodowań (jak wskazano na początku, francuski system jest niejednorodny i opiera się na różnych podstawach odpowiedzialności). Komisje przy wydawaniu opinii korzystają z ekspertyz biegłych, które są przygotowywane przy udziale poszkodowanego i sprawcy zdarzenia.

Podmiotem zobowiązanym do zapłaty świadczenia może być ONIAM lub odpowiedni zakład ubezpieczeń. Podmioty te zobowiązane są do przedstawienia poszkodowanemu propozycji świadczenia po otrzymaniu opinii regionalnej komisji – poszkodowany następnie podejmuje decyzję, czy akceptuje przedstawioną propozycję.

Ponad powyższe, ustawa francuska zapewnia poszkodowanym procedury pojednawcze będące alternatywą dla długich i zazwyczaj kosztownych procesów sądowych. Procedury te są dostępne w przypadku wszystkich rodzajów szkód medycznych, niezależnie od tego, jaki reżim odpowiedzialności znajduje do nich zastosowanie. Prowadzeniem postępowań pojednawczych zajmują się regionalne komisje pojednawcze⁴⁷. Co istotne – co do zasady w ramach postępowania pojednawczego możliwe jest uzyskanie odszkodowania, które obejmuje wszystkie elementy szkody majątkowej, a więc również w postępowaniu pojednawczym aktualna pozostaje zasada dążenia do pełnej kompensacji szkody.

W praktyce odszkodowania oferowane ofiarom wypadków medycznych we Francji w opisywanym modelu są bardzo wysokie, gdyż ustawa

⁴⁷ Szerzej na temat procedur pojednawczych zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model...*, s. 62–68.

francuska nie przewiduje maksymalnych kwot świadczenia oraz zakłada dążenie do pełnej kompensacji szkody. W 2021 r. średnia kwota odszkodowania wyniosła 142,5 tys. euro. Kwoty te znacznie przekraczają ustalone w polskiej u.p.p. maksymalne kwoty świadczenia za zdarzenia medyczne. Ze wszystkich wniosków o rozpatrzenie sprawy, które wpłynęły do regionalnych komisji, pozytywnie rozpatrzonych zostało 37%⁴⁸.

3. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Opisane i poddane analizie problemy związane z funkcjonowaniem wojewódzkich komisji zostały zauważone także przez ustawodawcę podejmującego działania zmierzające do wprowadzenia nowego, odmiennego modelu dochodzenia roszczeń za szkody medyczne na drodze pozasądowej. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta⁴⁹ zakłada likwidację wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – zamiast nich postępowanie w sprawie świadczenia kompensacyjnego prowadzi ma Rzecznik Praw Pacjenta. Przy Rzeczniku działać ma specjalny Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, którego zadaniem będzie wydawanie w toku postępowania opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków. Powołana ma zostać także Komisja Odwoławcza, która będzie właściwa do rozpatrywania odwołań od decyzji Rzecznika w przedmiocie świadczenia kompensacyjnego.

Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, o którym mowa powyżej, ma być państwowym funduszem celowym, finansowanym z różnego rodzaju źródeł szczegółowo określonych w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej. Ze środków zgromadzonych w Funduszu mają być finansowane m.in. wypłaty świadczeń kompensacyjnych, odsetki za nieterminowe wypłaty świadczeń kompensacyjnych, koszty związane z prowadzeniem postępowań w sprawie świadczenia kompensacyjnego oraz koszty obsługi i funkcjonowania Zespołu i Komisji

⁴⁸ Zob. sprawozdanie z działalności ONIAM w 2021 r. (ONIAM Rapport d'activité 2021).

⁴⁹ Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 6 X 2022 r., IX kadencja, nr z wykazu: UD 255, dalej „projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej” lub „projekt ustawy”.

Odwoławczej działających przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Zauważalne w tym zakresie jest wzorowanie się na modelach funkcjonujących w innych państwach, w tym na modelu nowozelandzkim, w którym działa Accident Compensation Corporation, czy też na modelu francuskim, w którym funkcjonuje Państwowe Biuro Odszkodowań za Wypadki Medyczne.

Rzecznik Praw Pacjenta po uzyskaniu opinii działającego przy nim Zespołu wydawać będzie decyzję administracyjną w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego. Rezygnacja z nałożenia obowiązku określenia wysokości świadczenia i kompensacji szkody na zakłady ubezpieczeń i podmioty lecznicze oraz rezygnacja z zaangażowania tych podmiotów w alternatywne postępowanie kompensacyjne jest zmianą zdecydowanie pozytywną, dzięki której pacjenci nie będą występować niejako przeciwko podmiotom, w których interesie leżał brak uzyskania przez pacjentów świadczenia lub uzyskanie przez nich świadczenia w jak najniższej wysokości. Rozwiązanie to pozwoli wyeliminować sytuacje, w których pacjenci otrzymywali propozycje świadczenia w wysokości 1 zł.

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej zakłada nowe zdefiniowanie zdarzenia medycznego jako zaistniałe w trakcie lub w efekcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, albo śmierć pacjenta, których z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia 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 zgodę (powikłanie). Niestety nowa definicja może rodzić wątpliwości interpretacyjne. Przykładowo niezrozumiałe jest, dlaczego ustawodawca odrywa od kryterium aktualnej wiedzy medycznej zastosowanie innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej. Odwołanie w definicji do zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej wydaje się zbędne, gdyż stosowanie najlepszych możliwych w danych okolicznościach metod diagnostycznych i leczniczych samo w sobie mieści się w kryterium aktualnej wiedzy medycznej. Taką konstrukcję definicji zdarzenia medycznego uznać należy za wadliwą. Ponadto samo odwołanie do kryterium aktualnej wiedzy medycznej również trudno uznać za w pełni satysfakcjonujące, gdyż jak zauważają M. Nesterowicz

i M. Wałachowska – niezgodność działań z aktualną wiedzą medyczną wskazuje na winę sprawcy⁵⁰, a to z kolei nie pozwala zakwalifikować nowego modelu kompensacji szkód medycznych za wzorowy model *no-fault*. Przykładowo ustawa nowozelandzka w definicji szkody medycznej (*treatment injury*) nie odwołuje się do kryterium aktualnej wiedzy medycznej ani innego podobnego, przy jednoczesnym zachowaniu wyłączenia w postaci powikłań.

Niestety ustawodawca nie dostrzegł potrzeby objęcia alternatywnym modelem kompensacji szkód medycznych szkód wyrządzonych poza szpitalami. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej zakłada, że przepisy rozdziału dotyczącego kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych stosowane będą do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Analiza pozostałych projektowanych zmian ukazuje, że ustawodawca dostrzegł potrzebę zmiany wymogów formalnych wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Zgodnie z projektem we wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego nie będzie trzeba wskazywać propozycji świadczenia ani uprawdopodobniać okoliczności powołanych we wniosku. Wnioskodawcy będą zobowiązani do przedstawienia uzasadnienia zawierającego wskazanie faktów, na których oparty jest wniosek, oraz dokumentacji medycznej i innych dokumentów na poparcie opisanego stanu faktycznego (albo szczegółową informację o braku takich dokumentów). Zdjęcie z wnioskodawców ciężaru uprawdopodobnienia okoliczności wskazanych we wniosku ocenić należy pozytywnie. Niemniej jednak wydawanie opinii o wystąpieniu zdarzenia medycznego, powierzone, na mocy projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, Zespołowi do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, pozostanie utrudnione z uwagi na odwołanie w definicji zdarzenia medycznego do kryterium aktualnej wiedzy medycznej. Projekt ustawy przewiduje, że Zespół będzie wydawał opinię w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku – w praktyce może się okazać, że termin ten będzie niejednokrotnie przekraczany.

⁵⁰ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, op. cit., s. 24.

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej zakłada nowy krąg osób uprawnionych do otrzymania świadczenia kompensacyjnego w przypadku śmierci pacjenta. Będą to krewni pierwszego stopnia, niepozostający w separacji małżonek, osoby pozostające w stosunku przysposobienia oraz osoby pozostające z pacjentem we wspólnym pożyciu. Zmianę tę należy zaaprobować, gdyż odpowiada ona na często formułowane w doktrynie wnioski *de lege ferenda* w związku z dotychczasowym uprawnieniem do wystąpienia z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego zastrzeżonym na rzecz spadkobierców zmarłego.

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej zakłada jeszcze inną pozytywną zmianę przystającą do standardów panujących w innych państwach, a mianowicie ustanowienie przepisów regulujących możliwość złożenia odwołania od decyzji Rzecznika w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania takiego świadczenia. Procedurę odwoławczą zapewnia swoim obywatelom także nowozelandzki system. Na ogólną próbę zasługuje również uregulowanie w projekcie ustawy minimalnych kwot świadczenia za poszczególne rodzaje zdarzeń medycznych oraz przyjęcie rozwiązania, zgodnie z którym ustalona ustawowo minimalna i maksymalna wysokość świadczenia ma co 5 lat ulegać waloryzacji. Niemniej jednak zaproponowane w ustawie maksymalne kwoty świadczenia są stosunkowo niewielkie w porównaniu z kwotami możliwymi do uzyskania w sądowym postępowaniu cywilnym. Zauważyć należy, że projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, podobnie jak u.p.p., nie zakłada dążenia do pełnej kompensacji szkody doznanej przez poszkodowanego – odmiennie wygląda to w modelu francuskim, w którym rezygnuje się z uregulowania maksymalnych kwot świadczenia na rzecz dążenia do pełnej kompensacji szkody. Określenie maksymalnych kwot świadczenia nie budziłoby sprzeciwu, gdyby ustawodawca pozostawił wnioskodawcom możliwość dochodzenia roszczeń na drodze pozasądowej po uzyskaniu świadczenia kompensacyjnego – w zakresie, w jakim świadczenie to nie kompensuje w pełni doznanej szkody. Takie rozwiązanie zapewnia model francuski. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej takiej konstrukcji nie przewiduje, pozostając przy rozwiązaniu przyjętym w u.p.p., zgodnie z którym wnioskodawca, przyjmując propozycję świadczenia kompensacyjnego, jednocześnie zrzeka się wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.

Podsumowanie

Przeprowadzona w niniejszym opracowaniu analiza ukazuje wady prawne obowiązującego w Polsce prawnego modelu kompensacji szkód medycznych na drodze pozasądowej. Przepisy u.p.p. nie zapewniają pacjentom skutecznych narzędzi ochrony własnych interesów, co skutkuje nieefektywnością modelu dochodzenia przez pacjentów roszczeń za szkody medyczne na drodze pozasądowej. Konstrukcja prawna polskiego prawnego alternatywnego modelu dochodzenia przez pacjentów roszczeń za szkody medyczne była wielokrotnie przedmiotem krytyki. W doktrynie sformułowano wiele istotnych wniosków i postulatów *de lege ferenda*, mających na celu skłonić ustawodawcę do zmian obowiązującego modelu.

Scharakteryzowane wybrane zagraniczne, alternatywne prawne modele kompensacji szkód medycznych służą ukazaniu szerszej perspektywy problemu i sposobów możliwości poddania regulacji prawnego alternatywnego modelu kompensacji szkód medycznych. Na szczególną uwagę, także polskiego projektodawcy, zasługują niektóre rozwiązania przyjęte we Francji – w szczególności brak ustawowego ustanowienia maksymalnych kwot świadczenia kompensacyjnego. Z kolei zarówno w modelu francuskim, jak i w modelu niemieckim uwagę polskiego ustawodawcy powinny zwrócić dostępne procedury pojednawcze, które umożliwiają rozwiązywanie sporów w drodze alternatywnych metod rozwiązywania sporów (*alternative dispute resolution* – ADR).

Model nowozelandzki z kolei zasługuje na wyróżnienie jako model z rodzaju *no-fault*, w szczególności w zakresie definicji szkody medycznej bez odwołania do kryteriów wskazujących na powiązanie szkody z winą sprawcy. Odwołanie do kryterium aktualnej wiedzy medycznej w definicji zdarzenia medycznego, w połączeniu ze stosunkowo niedługim czasem na wydanie opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego może prowadzić do wydłużania postępowania w przedmiocie przyznania świadczenia kompensacyjnego, a to z kolei może negatywnie wpływać na usatysfakcjonowanie wnioskodawców z pozasądowej ścieżki dochodzenia roszczeń. Wzorując się na systemie nowozelandzkim, polski ustawodawca powinien rozważyć zastosowanie definicji zdarzenia medycznego, w której nie znajdzie się odwołanie do kryterium aktualnej wiedzy medycznej. Właściwym rozwiązaniem w tym zakresie wydaje się zastosowanie odpowiednich

wyłączeń, np. w postaci normalnych następstw świadczenia zdrowotnego (powikłań).

Również inne aspekty projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej mogą wzbudzać dezaprobatę. Przykładowo, niezadowolające jest określenie w ustawie maksymalnych kwot świadczenia i brak dążenia ustawodawcy do pełnej kompensacji szkody doznanej przez poszkodowanego. W tym zakresie ustawodawca powinien rozważyć pozostawienie pacjentom możliwości dochodzenia pozostałej, nieskompensowanej na drodze pozasądowej, części odszkodowania i zadośćuczynienia na zasadach ogólnych. Uwagę ustawodawcy powinny także zwrócić wielokrotnie podnoszone w doktrynie postulaty rozszerzenia alternatywnego modelu kompensacji szkód medycznych również na szkody wyrządzone poza szpitalem.

Niemniej jednak, potrzeba zmian polskiego prawnego modelu kompensacji szkód medycznych została zauważona przez ustawodawcę, któremu w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta udało się zrealizować zdecydowaną większość postulatów formułowanych w doktrynie. Dodatkowo kształt projektu ustawy pozwala stwierdzić, iż projektowany model będzie zdecydowanie bliższy modelom zagranicznym niż dotychczasowy model oferujący postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Projektowany kształt prawnego modelu jest zdecydowanie bardziej przyjazny pacjentom i ma szansę zapewnić realną skuteczność uzyskiwania kompensacji szkody na drodze pozasądowej.

EXTRAJUDICIAL LEGAL MODELS OF MEDICAL DAMAGE COMPENSATION – A LEGAL AND COMPARATIVE ANALYSIS

Summary

The article addresses the topic of alternative legal models for pursuing out-of-court claims for medical damages, taking as its starting thesis the inefficiency of the Polish model stemming from its faulty legal construction. The purpose of the article is to conduct a legal analysis of the Polish alternative model of medical damage compensation, with particular attention to *de lege ferenda* postulates presented in the legal doctrine. In addition, in order to show the possible directions of legislative changes, the article presents the characteristics of selected foreign alternative models of medical damage compensation, including the model operating in New

Zealand, which is an example of a model that can be classified as 'no-fault', the German model and the French model.

The article culminates with an analysis of the draft of the Law on Quality in Health Care and Patient Safety to the extent that the draft provides for a new legal regulation of the alternative model for the out-of-court settlement of medical damage claims. The purpose of this analysis was to see whether the legislator has recognized the demands for change articulated in the legal doctrine, and whether the draft law on quality in health care and patient safety is inspired by solutions adopted in foreign legislation in terms of the legal construction of the alternative model of compensation for medical damages.

The analysis here confirms the initial thesis of the work and leads to the conclusion that the draft law on quality in health care and patient safety takes into account many proposals constructed in the legal doctrine in connection with regulating an alternative model for the compensation of medical damages. It is also clear that the proposed model is inspired by some solutions that have been successful in other countries. Nevertheless, the article distinguishes proposed regulations that may still raise doubts and reservations.

Keywords: medical incident – the draft law on quality in health care and patient safety – alternative model for compensation of medical damages

BIBLIOGRAFIA

- Bagińska E., *Alternatywne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu – analiza porównawcza*, w: *System prawa medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 63–103.
- Bagińska E., *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 145–163.
- Bagińska E., Krupa-Lipińska K., *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 229–257.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Koncepcja no fault compensation a polski system kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych*, w: *Współczesne problemy prawa zobowiązań*, pod red. J. Haberko, A. Olejniczaka, A. Pyrzyńskiej, D. Sokołowskiej, Warszawa 2015, s. 68–94.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 33–71.

- Białkowski M., *Kompensacja szkody powstałej przy leczeniu*, Poznań 2017 (praca doktorska), https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/20802/1/2017_05_09_Doktorat_Micha%5%82_Bia%5%82kowski_ostateczna_5_pdf.pdf (dostęp: 25 X 2022).
- Brown C., *Deterrence in tort and no fault: The New Zealand experience*, „California Law Review” 1985, nr 3(73), s. 976–1002.
- Farrell A.M., Devaney S., Dar A., *No-fault compensation schemes for medical injury: A review*, Scottish Government Social Research 2010.
- Gąska M., *Art. 67m, teza 1*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, pod red. L. Boska, Warszawa 2020, Legalis.
- Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4/41(12), s. 22–39.
- Krupa-Lipińska K., *Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym*, w: *System prawa medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, pod red. E. Bagińskiej, Warszawa 2021, s. 927–956.
- Nesterowicz M., *Odpowiedzialność cywilna, za szkody wyrządzone przy leczeniu w prawie francuskim (według ustawy z dnia 4 marca 2002 r. o prawach pacjentów)*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 12(4), s. 116–122.
- 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*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 11–32.
- Świdarska M., *Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami odszkodowawczymi*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 219–228.
- Ziemiak M.P., *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, pod red. E. Kowalewskiego, Toruń 2011, s. 165–217.

