

Iwona Wrześniewska-Wal

Szkoła Zdrowia Publicznego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

ORCID: 0000-0002-8892-5985

iwrzesniewska@cmkp.edu.pl

Dochodzenie roszczeń w sprawach o błąd medyczny – uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda*

Wstęp

Spory o błąd medyczny dotyczą takich wartości, jak zdrowie i życie człowieka. Z tego względu pacjent jest specyficznym klientem podmiotów leczniczych, który oczekuje bezpieczeństwa oraz najwyższej jakości świadczonych usług. Fundamentalną gwarancją dla pacjenta jest art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej u.p.p.), który daje pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z tym przepisem koresponduje art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej u.z.l.)², który nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyta starannością. Wspomniane zasady etyki zawodowej zawarte zostały w Kodeksie Etyki Lekarskiej³.

Naruszenia powyższych przepisów wiążą się z ponoszeniem odpowiedzialności. W przypadku odpowiedzialności karnej i odpowiedzialności zawodowej ponosi ją sam lekarz, a w przypadku odpowiedzialności cywilnej może

¹ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.)

² Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.),

³ Kodeks Etyki Lekarskiej tj. z 2 stycznia 2004 r. w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r., http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf (data dostępu: 19.12.2018).

również odpowiadać podmiot leczniczy. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej Rzecznik) wprowadza również postępowanie przed komisją do spraw zdarzeń medycznych oraz postępowanie w sprawie naruszenia praw pacjenta. W celu ustalenia rodzaju odpowiedzialności analiza ryzyka w podmiocie leczniczym wymaga ustalenia pewnej terminologii. Po pierwsze należy zaznaczyć, że w polskim porządku prawnym nie ma legalnej definicji pojęcia „błędu medycznego”. Wspomniana już ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza zamiast „błędu lekarskiego” pojęcie „zdarzenia medycznego” a także posługuje się sformułowaniem „naruszenie praw pacjenta”, o którym orzeka Rzecznik Praw Pacjenta w trakcie postępowania wyjaśniającego.

Naruszenie praw pacjenta

Postępowania wyjaśniające Rzecznik prowadzi w sprawach, w których uprawdopodobnione jest naruszenie praw pacjenta. Może on działać na wniosek pacjenta, ale również z urzędu. Przy analizie ryzyka należy pamiętać, że dla pacjenta jest to postępowanie bezpłatne. Ponadto zakres podmiotowy prawa wystąpienia z wnioskiem do Rzecznika jest bardzo szeroki, mogą występować osoby fizyczne i prawne, np. organy administracji państwowej. Co istotne, również z punktu widzenia podmiotu leczniczego to fakt, że ustawa nie określa terminu, jaki upłynął od naruszenia lub dowiedzenia się o naruszeniu praw pacjenta, w jakim skierować można wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta⁴.

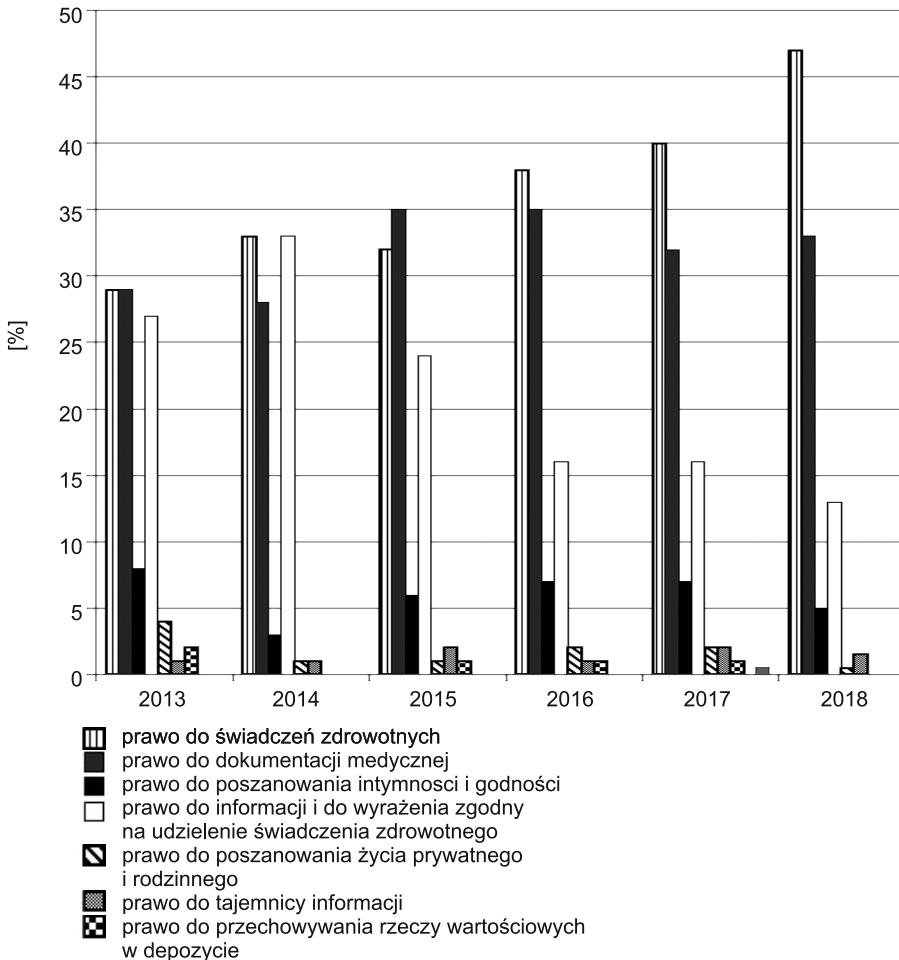
Liczba postępowań wyjaśniających w sprawie naruszenia praw pacjenta systematycznie rośnie. Postępowania mogą być prowadzone w indywidualnych sprawach pacjentów jak i dotyczyć zbiorowych praw pacjentów. W 2017 r. Rzecznik prowadził 1383 indywidualnych postępowań i stwierdził 443 naruszenia praw pacjenta⁵. Dane Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2018 pokazują, że w tym roku było prowadzonych 1517 postępowań wyjaśniających, w tym 517 to sprawy nowe, a naruszenie praw pacjenta stwierdzono w 459 przypadkach⁶. W niektórych sprawach jedno postępowanie wyjaśniające kończyło się stwierdzeniem kilku naruszeń praw pacjenta. Najczęściej naruszonym prawem jest prawo do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do dokumentacji medycznej. Wśród wszystkich praw pacjentów są takie, które naruszane są

⁴ D. Bach-Golecka, L. Bosek, P. Sobolewski, M. Śliwka, *System Prawa Medycznego*, t. 1, s. 807.

⁵ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2017. www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/.../sprawozdania.../sprawozdanie_rpp_za_2017r.pdf.

⁶ T. Młynarski, *Wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych – reforma czy likwidacja?*, VIII Kongres Prawa Medycznego, Kraków 3–4 grudnia 2019 r.

sporadycznie: prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych i prawo do opieki duszpasterskiej. W 2017 r. w przypadku prawa do opieki duszpasterskiej nie stwierdzono uchybień.



Wykres 1. Przedmiot i skala naruszeń praw pacjenta w latach 2013–2017

Źródło: Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2018; opracowanie własne.

W 2018 r. stopień przestrzegania poszczególnych praw pacjenta prezentuje się nieco inaczej niż w poprzednich latach. Jednak podobnie jak w 2017 r. najczęściej nieprzestrzegane prawa pacjenta to: prawo do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do dokumentacji medycznej, w dalszej kolejności do: informacji oraz wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a także poszanowania intymności i godności. Zmianę można zaobserwować w kategorii praw pacjenta, co do zasady przestrzeganych. W 2018 r. są to

dwa prawa: do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz do tajemnicy. Ponadto zmiana w stosunku do 2017 r. polega na tym, że nie stwierdzono wówczas uchybień wyłącznie w przypadku prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, natomiast w 2018 r. również w stosunku do: prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie oraz prawa do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych⁷.

Przepisy dotyczące postępowań w sprawie naruszeń zbiorowych praw pacjentów są wyrazem rozszerzenia katalogu publicznoprawnych instrumentów ochrony tych praw⁸. W 2017 r. Rzecznik Praw Pacjenta wszczął 81 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, spośród których w 31 przypadkach wydał decyzję o naruszeniu prawa⁹. Mniej spraw było w 2018 r., kiedy to Rzecznik wszczął 24 postępowania a wydał 21 decyzji stwierdzających, że praktyki stosowane przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych naruszały zbiorowe prawa pacjentów. W 18 przypadkach Rzecznik nakazał zaprzestania stosowania tych praktyk, a w 7 stwierdził zaniechanie stosowania praktyk, 8 postępowań umorzono¹⁰.

Orzecznictwo sądów administracyjnych – po pierwsze – podjęło próbę zdefiniowania terminu „zbiorowe prawa pacjenta”, a po drugie – niejednokrotnie potwierdza zasadność wydanej przez Rzecznika decyzji w sprawie naruszenia zbiorowych praw pacjenta. W jednym z orzeczeń powyższe praktyki miały polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej SOR), w których zamontowany był monitoring oraz brak parawanów podczas udzielania świadczeń pacjentom¹¹. Zasadność decyzji wydanej przez Rzecznika Praw Pacjenta w przedmiocie uznania praktyk za naruszające zbiorowe prawa pacjentów potwierdził wyrok NSA. W tej sprawie na oddziale rehabilitacyjnym jednego ze szpitali pobierano od pacjentów dodatkowe opłaty za korzystanie z wyposażenia placówki, tj. szafy, telewizora oraz czajnika. Ponadto szpital ten zobowiązywał również pacjentów do zabierania ze sobą leków przyjmowanych na stałe w oryginalnych opakowaniach na cały okres pobytu w podmiocie. NSA potwierdził, że szpital ma obowiązek zapewnić hospitalizowanym

⁷ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2018, www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie_2018r.pdf

⁸ D. Tykwińska-Rutkowska, *Odpowiedzialność prawna z tytułu naruszenia zbiorowych praw pacjentów w świetle orzecznictwa sądów administracyjnych (Przyczynek do dyskusji)*, [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, Warszawa 2018, s. 125.

⁹ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2017...

¹⁰ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2018...

¹¹ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 6 grudnia 2016 r. VII SA/Wa 2109/16, Legalis nr 1549342.

pacjentom wszystkie niezbędne leki, w tym także te przyjmowane na choroby przewlekłe¹².

Zgodnie z art. 51 ustawy o u.p.p. postępowanie może toczyć się w czterech kierunkach: Rzecznik może podjąć postępowanie lub nie (zawiadamiając o tym wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy), przekazać według właściwości innemu organowi lub jedynie wskazać wnioskodawcy przysługujące mu lub pacjentowi inne środki prawne. Jeżeli rzecznik podjął sprawę, to może prowadzić ją samodzielnie lub zwrócić się do odpowiednich organów o zbadanie sprawy. Jednak kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta nie obejmują uprawnień pozwalających na ocenę zastosowanego u pacjenta procesu diagnostyczno-leczniczego, w związku z tym powołuje on organy kompetentne tj. konsultantów krajowych oraz konsultantów wojewódzkich. W jednej ze spraw prowadzonych w trybie postępowania wyjaśniającego Rzecznik ustalał czy proces diagnostyczno-leczniczy u pacjentki chorej na schizofrenię niezróżnicowaną został przeprowadzony zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i z należytą starannością. W swojej opinii konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii stwierdził, że postępowanie personelu medycznego na każdym etapie opieki nad pacjentką było prawidłowe. Jednak wnioskodawczyni wniosła do tej opinii zastrzeżenia wskazując, że konsultant wojewódzki od 2008 r. wydawał opinię o leczeniu jej córki. W toku ponownego rozpoznania sprawy Rzecznik uzyskał opinię konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, która w swojej treści jednoznacznie stwierdzała, że „proces leczenia pacjentki (...) oraz postępowanie personelu medycznego ocenione zostały, jako prawidłowe. Z tego względu Rzecznik nie mógł stwierdzić naruszenia jej praw, co decydowało o utrzymaniu w mocy rozstrzygnięcia z dnia (...) lipca 2017 r.”¹³

Istotne jest to, że zgodnie z art. 4 u.p.p., w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Mimo że przepis ten nawiązuje do regulacji dotyczącej zadośćuczynienia za krzywdę związaną z naruszeniem dóbr osobistych, to samodzielny charakter tego przepisu nie budzi wątpliwości¹⁴. Zdaniem Sądu Najwyższego roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta stanowią odrębną podstawę prawną do dochodzenia przez pacjenta zadośćuczynienia w związku z zawinionym naruszeniem jego praw, określając zasady odpo-

¹² Wyrok NSA z 28 września 2018 r. II OSK 1342/18, LEX nr 2572826.

¹³ Wyrok WSA siedziba w Warszawie z 18 lipca 2018 r. VII SA/Wa 2595/17, Legalis nr 1815120.

¹⁴ R. Bryzek, *Rzecznik jak prokurator, konferencja Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta*, [w:] *Rekompensata za utratę zdrowia i życia – praktyczne aspekty dochodzenia roszczeń*, Warszawa, 19 kwietnia 2018.

wiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne¹⁵. Należy również pamiętać o wyłączeniu do dochodzenia roszczeń z art. 4 u.p.p. w przypadku kilku praw pacjenta, tj. naruszenia prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, do depozytu rzeczy wartościowych, do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy oraz do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Analizując ryzyko w podmiocie leczniczym, warto znać art. 55 u.p.p., na podstawie którego Rzecznik Praw Pacjenta, może w sprawach cywilnych dotyczących naruszeń praw pacjenta, z urzędu lub na wniosek strony żądać wszczęcia postępowania lub brać udział w już toczącym się postępowaniu. Rzecznik bierze udział w tych postępowaniach na prawach przysługujących prokuratorowi. Od momentu, kiedy Rzecznik zgłosił udział w postępowaniu, należy mu zgodnie z procedurą (art. 60 § 1 k.p.c.) doręczać pisma procesowe, zawiadomienia o terminach i posiedzeniach oraz orzeczenia sądowe. W jednej ze spraw, w której Rzecznik przyłączył się do postępowania, pozew dotyczył przyznania pacjentce zadośćuczynienia, odszkodowania oraz renty za niewłaściwie przeprowadzony zabieg oraz brak należytej opieki czego konsekwencją było zarażenie gronkowcem. Sąd Okręgowy we Wrocławiu przyznał pacjentce 500 tys. zł tytułem zadośćuczynienia, 136 tys. zł odszkodowania oraz rentę miesięczną. Od tego wyroku apelację złożyły trzy podmioty lecznicze, przeciwko którym występowała poszkodowana. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu 22 stycznia 2018 r. oddalił wszystkie apelacje. W uzasadnieniu sąd m.in. powołał się na opinię konsultanta wojewódzkiego, wydaną na potrzeby postępowania prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta¹⁶. W 2017 r. Rzecznik z ww. uprawnienia skorzystał 6 razy, w 4 sprawach cywilnych przyłączył się do postępowania, a w dwóch wniósł powództwo¹⁷. W 2018 r. Rzecznik z przedmiotowego uprawnienia skorzystał w 9 nowych sprawach – w 4 przyłączył się do toczącego się już postępowania, w 5 wniósł powództwo. W 2018 r. większość spraw dotyczyła chirurgii. W postępowaniu cywilnym wartość przedmiotu sporu (dalej WSP) w tych sprawach była od 30 tys. zł do 5 mln zł. W tym ostatnim przypadku przeprowadzono, bez wcześniejszego badania USG, zabieg usunięcia guza ślinianki, w wyniku którego u małoletniego pacjenta doszło do porażenia nerwu twarzowego¹⁸.

Jednak Rzecznik Praw Pacjenta nie posiada zdolności sądowej w sprawach o wypłatę zadośćuczynienia w imieniu rodziny zmarłego pacjenta (zdolność sądowa to występowanie jako strona w procesie cywilnym – art. 64

¹⁵ Wyrok SN z 29 maja 2007 r. V CSK 76/07, Legalis nr 87062.

¹⁶ *Rzecznik Praw Pacjenta a dochodzenie roszczeń*, „Gazeta Lekarska”, 25 stycznia 2018 r. <https://gazetalekarska.pl/?p=38531> (data dostępu: 3.12.2019).

¹⁷ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2017...

¹⁸ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2018...

ust. 1 k.p.c). Sąd Najwyższy potwierdził, że mają taką zdolność Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, prokuratura i inne organy. Zdolność sądowa musi być rozumiana inaczej niż legitymacja materialna. Sąd Najwyższy uznał, że Rzecznik Praw Pacjenta nie ma prawa do występowania o zadośćuczynienie w imieniu innych osób niż pacjent. Osoby bliskie mogą same wystąpić na drogę sądową w celu przyznania zadośćuczynienia, a inne podmioty mogą im pomagać¹⁹.

Zdarzenie medyczne

Od 2012 r. ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta umożliwiła pacjentom oraz ich spadkobiercom dochodzenie odszkodowania i zadośćuczynienie za szkody powstałe w procesie leczenia na drodze pozasądowej. Postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego²⁰. Podstawową różnicę stosunku do postępowań cywilnych jest to, że jest to system *no fault*, czyli bez orzekania o winie. Pozasądowy tryb postępowania niewątpliwie wpływa na ocenę ryzyka w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, ponieważ postępowanie przed wojewódzką komisją dotyczy jedynie zdarzeń, które miały miejsce w szpitalu. Zdaniem doktryny budzi to wątpliwości zgodności tych przepisów z Konstytucją, ponieważ różnicują one sytuacje prawną pacjenta w zależności od miejsca udzielania świadczeń²¹. Odbiegająca od klasycznych standardów procedura postępowania przed komisjami oraz charakter prawny organu rozstrzygającego sprawę powodują, że w kwestiach tych pojawia się cały wachlarz wątpliwości, z którymi muszą się zmierzyć zarządzający szpitalem²². Ze statystyk Rzecznika Praw Pacjenta wynika, że liczba wniosków składanych do komisji do spraw zdarzeń medycznych spada. W pierwszym roku działalności komisji, tj. w 2012 r., liczba spraw zgłoszonych do komisji wynosiła 432, później rosła: w 2013 r. – 1310, w 2014 r. – 1197, w 2015 r. – 1030, w kolejnych latach spadała: w 2016 r. – 986, 2017 r. – 828, a w 2018 r. – 800²³.

¹⁹ Postanowienie SN z 12 października 2018 r. V CSK 33/18, LEX nr 2577359.

²⁰ Uzasadnienie projektu ustawy z 15 października 2010 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3488, VI kadencji Sejmu RP), www.sejm.gov.pl/ (data dostępu: 15.12.2019).

²¹ A. Wołoszyn-Cichočka, *Pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichočka, M. Zdyb (red.), op. cit., s. 163.

²² I. Wrześniewska-Wal, *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego strategia ograniczenia nieprawidłowości zarządczych*, [w:] V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem*, Warszawa 2015, s. 308.

²³ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2018...

Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Skutkiem zdarzenia medycznego może być zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, które są następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie; leczenia, w tym zabiegu operacyjnego; zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego²⁴. Wojewódzka komisja ustala, czy doszło do zdarzenia medycznego opisanego we wniosku wszczynającym postępowanie²⁵. Nie ma uprawnień do ustalenia rozmiaru szkody, jaką poniósł pacjent lub w przypadku jego śmierci spadkobiercy²⁶. Ponadto ustawodawca zwraca uwagę na konieczność istnienia związku pomiędzy zdarzeniem medycznym a udzielaniem świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

Doktryna wskazuje na szeroki katalog zdarzeń nieobjętych pojęciem zdarzenia medycznego, m.in. pomyłki i niedociągnięciami o charakterze technicznym, administracyjnym lub organizacyjnym, które doprowadzają do powstania szkody u pacjenta, a także tzw. niezawinione wypadki medyczne (interwencja medyczna była przeprowadzona prawidłowo, przez uprawnioną osobę, lecz były negatywne następstwa) i ryzyka terapeutyczne. Ponadto poza zakresem pozostają sprawy związane z naruszeniem praw pacjenta, dla których ustawodawca w art. 4 u.p.p.²⁷

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa podmioty uprawnione do zainicjowania postępowania przed komisją, jak również podmioty, które mogą wziąć udział w jej posiedzeniu. Podmiotami tymi są: podmiot składający wniosek (pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta albo spadkobierca), przedstawiciel kierownika podmiotu leczniczego oraz przedstawiciel ubezpieczyciela. Po pozytywnym orzeczeniu komisji następuje faza negocjacji dotycząca kwoty, która wypłaci ubezpieczyciel szpitala lub szpital, jeśli nie jest ubezpieczony od zdarzeń medycznych. W doktrynie wątpliwości budzi ustawowe określenie maksymalnych stawek wysokości świadczenia z tytułu jednego zdarzenia medycznego dla jednego pacjenta²⁸. Zgodnie

²⁴ Artykuł 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

²⁵ J. Sadowska, *Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny” 2014, nr 2, s. 84–93.

²⁶ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód medycznych wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 30–31.

²⁷ D. Karkowska, *Rola komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, konferencja Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta*, [w:] *Rekompensata za utratę zdrowia i życia...*

²⁸ A. Wołoszyn-Cichocka, *Pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), *op. cit.*, s. 165.

z art. 67k u.p.p. w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta jest to kwota 100 000 zł, natomiast w przypadku śmierci pacjenta – 300 000 zł. Należy podkreślić, że jest to pierwsza regulacja ustawowa w polskim porządku prawnym, która wyceniła tego typu szkody.

W ramach negocjacji szpital przedstawia pacjentowi propozycję wysokości kwoty w terminie 30 dni od dnia otrzymania orzeczenia komisji o zdarzeniu medycznym a jeżeli ten termin upływie zobowiązany jest do wypłaty kwoty wskazanej przez pacjenta. W praktyce pojawiają się przypadki skrajnie niskich wysokości odszkodowań proponowanych przez podmioty lecznicze jak 1 zł²⁹. Pacjent może tę propozycję przyjąć lub odrzucić. Jednak zaakceptowanie przez pacjenta wynegocjowanej sumy jest równoznaczne ze złożeniem przez niego oświadczenia o zrzeczeniu się dalszych żądań przed sądem powszechnym³⁰. W ocenie Rzecznika nie jest to system efektywny i wymaga pilnych zmian. Pojawiają się trzy propozycje: Departament Szkód Medycznych (struktura administracyjna, fundusze jak dotychczas), Państwowy Fundusz Szkód Medycznych (na bazie dotychczasowej ustawy, fundusze publiczne), Departament Wypadkowy przy ZUS-ie (orzeka komisja ekspertów a uchybienia proceduralne analizuje sąd)³¹. Rzecznik Praw Pacjenta stoi na stanowisku, że najlepszy dla polskich pacjentów model to Fundusz Szkód Medycznych, gdzie w sposób odformalizowany, w obrębie zamkniętego katalogu osób będzie można uzyskać rekompensatę finansową³².

Błąd medyczny

Należy podkreślić, że pacjenci coraz częściej występują z roszczeniami związanymi z błędem medycznym. W latach 2015–2016 średnio 2% wszystkich spraw trafiających tylko do Rzecznika Praw Pacjenta stanowiły pytania, skargi i wnioski dotyczące roszczeń odszkodowawczych za błędy medyczne. Najczęściej pacjenci mieli zastrzeżenia do wykonanych zabiegów ortopedycznych, zabiegów i operacji okulistycznych, leczenia stomatologicznego i protetyki oraz jakości opieki okołoporodowej³³.

²⁹ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2017...

³⁰ U. Wójcikiewicz-Pociecha, *Zdarzenie medyczne a błąd medyczny – pozycja lekarza w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, <http://pociecha.com.pl/zdarzenie-medyczne-a-blad-medyczny-pozycja-lekarza-w-postepowaniu-przed-wojewodzka-komisja-do-spraw-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych> (data dostępu: 2.12.2019).

³¹ D. Karkowska, *Rola komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, konferencja Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta*, [w:] *Rekompensata za utratę zdrowia i życia...*

³² T. Młynarski, op. cit.

³³ Dochodzenie roszczeń od placówek medycznych – zgłoszenia do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2015–2016, <http://www.bpp.gov.pl/newsletter-artykuly/numer-11-2017/dochodzenie-rozszecen-od-placowek-medycznych-zgloszenia-2015-16/> (data dostępu: 2.12.2019).

Wzrosła liczba spraw cywilnych o odszkodowania kierowanych przez pacjentów w związku z błędem medycznym. W 2011 r. sądów cywilnych trafiło 1547 spraw, a w 2018 r. było ich już 2358³⁴. Błąd medyczny to każdy przypadek, gdzie lekarz postąpił niezgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, nie dołożył koniecznej staranności, przekroczył swoje kompetencje, czyli postąpił *contra lege artem* w zakresie działania lub zaniechania³⁵. Jest to kategoria obiektywna, całkowicie niezależna od indywidualnych cech bądź zdolności konkretnego lekarza oraz od okoliczności, w jakich dokonuje on świadczenia usług³⁶. W piśmiennictwie cały czas jest aktualna definicja błędu medycznego ujęta w wyroku Sądu Najwyższego³⁷, która stanowi, że błędem lekarskim jest czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

Należy pamiętać, że sam błąd nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej. Obciążenie lekarza, pielęgniarki i położnej czy innego członka personelu medycznego odpowiedzialnością za szkodę ma miejsce, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie, tzn. stanowi następstwo niedochowania należytej staranności. Jednocześnie winny być spełnione pozostałe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej przewidziane w kodeksie cywilnym³⁸.

Niezbędnym warunkiem jest łączne spełnienie trzech przesłanek:

1) powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek majątkowy lub niemajątkowy, jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach chronionych przez prawo,

2) fakt powodujący uszczerbek, tj. działanie lub zaniechanie, niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania lub inne zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek naprawienia szkody,

3) związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem, przy czym kodeks cywilny stoi na gruncie tzw. adekwatnego związku przyczynowego – art. 361 §1 k.c.³⁹ stanowi, że zobowiązany do odszkodowania odpowiada tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Naprawienie szkody polega na przywróceniu stanu sprzed wyrządzenia szkody lub rekompensacie pieniężnej. Pacjent może otrzymać jednorazowe odszkodowanie lub rentę, a w przypadku szkody niemajątkowej zadośćuczynienie pieniężne. Odszkodowanie jest to świadczenie jednorazowe i obejmuje

³⁴ T. Młynarski, op. cit.

³⁵ Z. Marek, *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 76.

³⁶ K. Bączyk-Rozwadowska, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, „Błąd Medyczny”, Warszawa, 5–6 marca 2008 r. cz. II, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=115>.

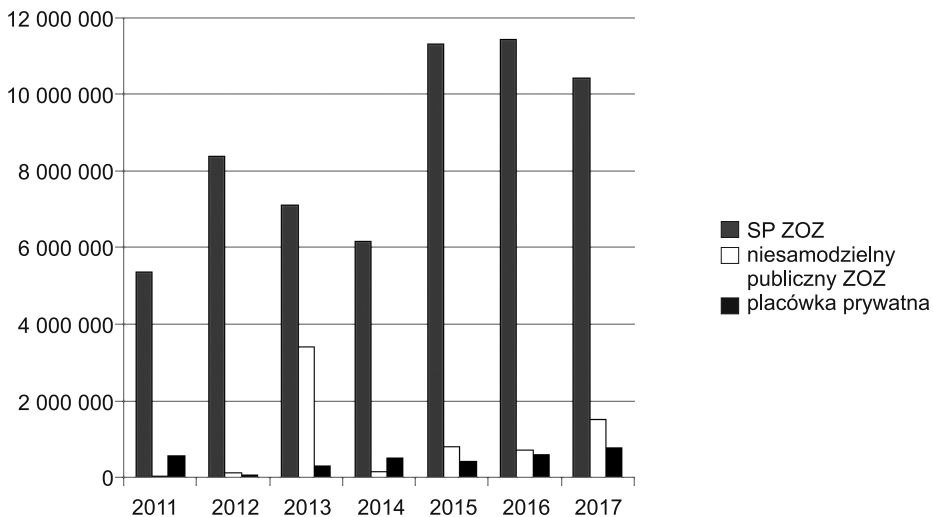
³⁷ Wyrok SN z 1 kwietnia 1955 r. IV CR 39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7.

³⁸ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 75.

³⁹ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 121 z późn. zm.).

wszelkie koszty wynikłe z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. Natomiast zadośćuczynienie ma na celu złagodzenie cierpienia fizycznych i psychicznych poszkodowanego pacjenta (np. bolesne zabiegi, cierpienie na skutek kolejnego zabiegu). Jest to świadczenie osobiste, jednorazowe i pieniężne. W doktrynie powszechny jest pogląd, że „zadośćuczynienie odnosi się do subiektywnie odczuwanych i trudno wymiernych skutków określonych zdarzeń w sferze psychiki (krzywdy), a nie samej dysfunkcji organizmu czy innego naruszenia dóbr osobistych”⁴⁰. Stąd spełnia funkcję kompensacyjną i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednak przy szkodach na osobie, zwłaszcza nieodwracalnych, pogląd o wyłącznie kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia nie jest uzasadniony⁴¹. W takich przypadkach, oprócz charakteru kompensacyjnego, zadośćuczynienie powinno spełniać funkcję represyjną wobec sprawcy.

Powyższe uwagi są o tyle istotne, że analiza orzeczeń sądów cywilnych lat 2011–2017 w sprawach o szkodę została wyrządzona przez służbę zdrowia⁴² i wyraźnie wskazuje, że wysokość zadośćuczynienia wzrasta. Ponadto większość postępowań toczy się głównie z drugiej instancji w sądach okręgowych i apelacyjnych.



Wykres 2. Kwoty zadośćuczynienia zasądzone w sądach apelacyjnych w latach 2011–2017
Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości, opracowanie własne.

⁴⁰ M. Orlicki, *Standaryzacja zadośćuczynień – szansa i zagrożenia, konferencja Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta*, [w:] *Rekompensata za utratę zdrowia i życia...*

⁴¹ M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń, 2007

⁴² Instytut Wymiaru Sprawiedliwości <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/> (data dostępu: 31.12.2018).

Sąd określając wysokość należnego zadośćuczynienia bierze pod uwagę wszelkie okoliczności sprawy, mające wpływ na wysokość doznanej krzywdy, a w szczególności takie elementy, jak: stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego (kalectwo), długotrwałość choroby, cierpienie, leczenia, rehabilitacji (bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne), wiek⁴³ i płeć poszkodowanego, poczucie bezradności życiowej i jego możliwości w przyszłości (niemożność wykonywania zawodu, uprawiania sportu, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci), a także aktualną stopę życiową społeczeństwa na obszarze zamieszkiwanym przez poszkodowanego⁴⁴. Powyższe zasady wskazują, że w sprawach dotyczących błędu medycznego standaryzacja zadośćuczynień oparta wyłącznie o klasyfikację zakresu uszkodzeń ciała jest w obecnym stanie prawnym nie jest możliwa. Z drugiej strony od dawna pojawiają się postulaty, że ustawodawca powinien zapewne określić dyrektywy wymiaru zadośćuczynień, wskazać czynniki, które powinny być brane przez sąd pod uwagę przy określaniu ich wysokości. „Całkowita swoboda sądu w określaniu zasadności roszczenia o zadośćuczynienie i jego wysokości, powoduje, że prawo nie przyczynia się do stabilizacji i zwiększenia przewidywalności relacji międzyludzkich”⁴⁵.

Utrata dobrego fachowca

Analizując ryzyko, zarządzający podmiotem leczniczym powinni również mieć na uwadze odpowiedzialność karną i zawodową, choć te postępowania toczą się przeciwko konkretnemu lekarzowi lub innemu członkowi personelu medycznego wykonującemu świadczenia na rzecz danego podmiotu. W postępowaniu karnym może zaistnieć konieczność zastosowania środka karnego z art. 41 § 1 k.k. polegającego na zakazie zajmowania określonego stanowiska albo wykonywania zawodu – np. zawodu lekarza, pielęgniarki lub położnej.

W przypadku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy pacjenci składają skargi do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Może on również podjąć działania z urzędu. Liczba skarg kierowanych do tych rzeczników w latach 2015–2018 utrzymuje się na stałym poziomie – ponad 3000 spraw rocznie⁴⁶. Jeżeli prowadzone przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej postępowanie wyja-

⁴³ M. Wałachowska, op. cit.

⁴⁴ J. Budzowska, *Zadośćuczynienie za krzywdę po śmierci poszkodowanego*, Kongres Prawa Medycznego, Kraków 4–5 grudnia 2018 r.

⁴⁵ M. Orlicki, op. cit.

⁴⁶ Sprawozdania OROZ 2015–2018, Naczelna Izba Lekarska, <https://www.nil.org.pl/struktura-nil/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosc-zawodowej/sprawozdania/oroz> (data dostępu: 14.12.2019).

śniające wskazuje, że istniała możliwość popełnienia przez lekarza przewinienia zawodowego, składa on wniosek o ukaranie do sądu lekarskiego. Postępowanie sądowe jest dwuinstancyjne: w pierwszej instancji przed Okręgowym Sądem Lekarskim, a w drugiej przed Naczelnym Sądem Lekarskim. Istnieje również możliwość złożenia nadzwyczajnego środka odwoławczego – kasacji do Sądu Najwyższego. Ustawa o izbach lekarskich w art. 83 ust. 1⁴⁷ zawiera dość szeroki katalog kar. Wśród nich są m.in. upomnienie, nagana, kara pieniężna, zawieszenie prawa wykonywania zwołu do lat 5. Powyższy katalog zawiera również kary bardzo dolegliwe tj. kara pozbawienie możliwości wykonywania zawodu lekarza i to o charakterze trwałym (art. 83 ust. 1 pkt 7 ustawy o izbach lekarskich).

Swój samorząd posiadają również inni specjaliści zatrudnieni w podmiocie leczniczym: pielęgniarki i położne, diagności laboratoryjni, farmaceuci, a od 2015 r. nowa ustawa dała również taką możliwość fizjoterapeutom.

W przypadku odpowiedzialności karnej postępowanie co do zasady wszczyna prokurator. Z analizy przeprowadzonej przez Departament Postępowania Przygotowawczego Dział do Spraw Błędów Medycznych Prokuratury Krajowej wynika, że od w 2017 r. było 5678 postępowań w prokuraturach dotyczących błędów medycznych. Oznacza to o 15% więcej postępowań niż w 2016 r. (4963 sprawy), z czego ponad 60% spraw stanowiły postępowania związane ze śmiercią pacjenta. Pacjentami w tych sprawach były głównie dzieci⁴⁸. Najwięcej spraw o błędy medyczne prowadzonych było w okręgach prokuratur regionalnych: w Gdańsku (771 spraw), we Wrocławiu (651 spraw), w Katowicach (648 spraw), Łodzi (633 sprawy), Krakowie (574 sprawy) i Warszawie (492 sprawy)⁴⁹. W roku 2018 r. prowadzono 5739 postępowań, z czego wszczętych było 2217 – w 151 przypadkach sprawa zakończyła się dobrowolnym poddaniem się karze, a 211 sprawach prokurator sporządził akt oskarżenia, co stanowi 10,6% wszystkich prowadzonych w 2018 r. spraw⁵⁰.

Podsumowanie i wnioski

Ze względu na coraz większą liczbę roszczeń kierowanym przeciwko podmiotom leczniczym, warto podjąć działania zmierzające do stworzenia procesu zarządzania sporem. Wskazówką może być zamieniające się w ostatnich

⁴⁷ Ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.).

⁴⁸ I. Kunert, *Działalność wydziałów do spraw błędów medycznych i rozwiązywanie problemów z opiniowaniem*, Kongres Prawa Medycznego, Kraków 4–5 grudnia 2018 r.

⁴⁹ Prokuratura Krajowa, prokuratura prowadzi coraz więcej spraw dotyczących błędów medycznych, aktualności 5 kwietnia 2018 r., <https://pk.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-prokuratury-krajowej/prokuratura-prowodzi-coraz-wiecej-spraw-dotyczacych-bledow-medycznych/>.

⁵⁰ T. Młynarski, op. cit.

latach orzecznictwo sądowe. Orzeczenia wskazują, po pierwsze, że sądy surowo oceniają spełnienie przez podmiot leczniczy wymogów formalnych (przestrzeganie procedur sanitarnych, kontrola i monitorowanie zakażeń szpitalnych, procedur ISO – jeśli są wdrożone – oraz dokumentacji medycznej)⁵¹. Po drugie, coraz więcej spraw sądowych dotyczy również naruszenia praw pacjenta zasądzone są coraz wyższe kwoty przede wszystkim zadośćuczynień dla pacjentów lub ich rodzin, co wiąże się z brakiem jasnych kryteriów, a tym samym standaryzacji kwot. Polski ustawodawca w przepisach dotyczących naprawienia szkody posługuje się sformulowaniem: „sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”. Podobnie dla osób bliskich po śmierci pacjenta (art. 446 § 4 k.c.): „sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”. Wskazane jest uzupełnieniem obecnie obowiązujących regulacji, a tym samym stworzenie ustawowych ram zadośćuczynień oraz dyrektyw ich wymiaru⁵². Po trzecie, ze względu na coraz większą liczbę roszczeń związanych z naruszeniem praw pacjenta warto zwrócić uwagę na działania polegające na wdrażaniu rozwiązań mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjenta, m.in. szkolenia personelu, informacje dla pacjentów. Czwarty wniosek wynika z licznych w ostatnich latach postępowań karnych i zawodowych, gdzie nie ma bezpośredniego udziału podmiotu leczniczego, tym niemniej konieczne jest monitorowanie i ewentualna pomoc dla personelu medycznego uczestniczącego w tych postępowaniach. Niekorzystne rozstrzygnięcia może spowodować, że placówka medyczna utraci dobrego specjalistę fachowca, o którego obecnie na rynku coraz trudniej. Dobre praktyki wypracowane na gruncie obecnego orzecznictwa sądowego ograniczające ryzyko błędów medycznych winny być wprowadzone w każdym podmiocie leczniczym niezależnie od jego formy prawnej.

Wykaz literatury

- Marek Z., *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Wyd. Medyczne, Kraków 2007.
- Nestorowicz M., *Prawo medyczne*, TNOiK, Toruń 2013.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód medycznych wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
- Sadowska J., *Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny” 2014, nr 2.

⁵¹ I. Wrześniewska-Wal, op. cit.

⁵² M. Orlicki, op. cit.

- Sobolewski L., *Instytucje prawa medycznego*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 1, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Tykwińska-Rutkowska D., *Odpowiedzialność prawna z tytułu naruszenia zbiorowych praw pacjentów w świetle orzecznictwa sądów administracyjnych (Przyczynek do dyskusji)*, [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichočka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Wałachowska M., *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, TNOiK, Toruń, 2007.
- Wołoszyn-Cichočka A., *Pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych – uwagi de lege lata i de lege ferenda* [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichočka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Wrześniewska-Wal I., *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego strategia ograniczenia nieprawidłowości zarządczych*, [w:] V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

Summary

Claiming medical malpractice issues – comments *de lege lata* and *de lege ferenda*

Key words: medical doctor, court, liability.

The purpose of the article is not only to show a growing number of claims related to patients' claiming their rights but above all to draw attention to the actions of medical entities that can contribute to reducing medical errors through proper risk management at the organizational and legal level.