PRACE NAUKOWE
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
RESEARCH PAPERS
of Wrocław University of Economics

319

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce

Nowe wyzwania

Redaktorzy naukowi

Maria Węgrzyn
Marek Łyszczak
Dariusz Wasilewski

Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiejkolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp 9

Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej) 13

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych 26

Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy 35

Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych 45

Marzena Pytlarz: Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu)..... 54

Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym..... 65

Bogusław Stankiewicz: Współczesne wyzwania rynku dla przesiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg" S.A.) 76

Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej 84

Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze

Dorota Korenik: Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego) 97

Joanna Śmiechowicz: Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego 109

Joanna Wiśniewska: Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012..... 119

Aleksandra Szewieczek: Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej 130
Justyna Kujawska: Efektywność zmian finansowania szpitali..... 147
Agnieszka Bem: Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego 158
Marta Cholewa-Wiktor: Nowoczesne metody zarządzania szpitalem 168
Magdalena Jaworzyńska: Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej 177
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy 185
Marcelina Walczak: Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach..... 194
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim 218

Summaries

Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: The conversion of independent public healthcare units into capital companies (against the background of the act on medical activities)..... 25
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change..... 34
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Evolution of regulation in healthcare − theoretical framework of analysis 44
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations 53
Marzena Pytlarz: Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec)..... 64
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks 75
Bogusław Stankiewicz: Modern market challenges for business of spa (case study − "Kołobrzeg spa S.A.")..... 83
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics 93

Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities by health care entities

Dorota Korenik: Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities 108
Joanna Śmiechowicz: Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation..... 118
Joanna Wiśniewska: Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012 129
Aleksandra Szewieczek: Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity 146
Justyna Kujawska: Efficiency of hospital founding changes 157
Agnieszka Bem: Organization and financing of medical rescue 167
Marta Cholewa-Wiktor: Modern methods of hospital management 176
Magdalena Jaworzyńska: Valuation of medical procedures in health care system 184
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities 193
Marcelina Walczak: Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries..... 217
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship 226

PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU
RESEARCH PAPERS OF WROCŁAW UNIVERSITY OF ECONOMICS nr 319 • 2013

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce
Nowe wyzwania
ISSN 1899-3192

Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński
Uniwersytet w Białymstoku

NOWY SPOSÓB KOMPENSACJI SZKÓD MEDYCZNYCH – UWAGI O CHARAKTERZE MATERIALNO-PRAWNYM I PROCESOWYM

Streszczenie: Wejście w życie 1 stycznia 2012 roku przepisów dotyczących nowego sposobu kompensacji szkód medycznych sprawiło, iż pacjenci uzyskali nowy sposób zaspokajania roszczeń z tytułu szkody wyrządzonej przy leczeniu. Autorzy omawiają przesłanki ustalenia zdarzenia medycznego, wysokość ewentualnego odszkodowania i zadośćuczynienia, a także niektóre zasady postępowania przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Autorzy prezentują krytyczne stanowisko wobec nowych uregulowań prawnych, wskazując na niskie kwoty kompensacji oraz brak indywidualnego podejścia do pacjenta jako „ofiary" zdarzenia medycznego. Krytykę budzą także niespójne i nieprecyzyjne przepisy dotyczące sposobu procedowania przed wojewódzką komisją w celu ustalenia istnienia zdarzenia medycznego.

Słowa kluczowe: zdarzenie medyczne, pacjent, kompensacja, wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.06

1. Wstęp

Nowelizacja[1] ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[2], która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., wprowadziła nowy sposób kompensacji szkód medycznych. W przypadku ustalenia, że doszło do wystąpienia tzw. zdarzenia medycznego, ubezpieczyciel szpitala jest zobowiązany do przedstawienia wnioskodawcy[3] propozycji wypłaty zryczałtowanej kwoty[4] tytu-

[1] Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r., DzU z 2011, nr 113, poz. 660. Dalej „ustawa nowelizująca".

[2] DzU z 2012, poz. 159, tekst jedn. ze zm. Dalej „ustawa o prawach pacjenta".

[3] Wnioskodawcą może być sam pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego lub całkowicie ubezwłasnowolnionego, spadkobiercy pacjenta, który w wyniku zdarzenia medycznego poniósł śmierć.

[4] Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, DzU z 2013, poz. 750.

łem odszkodowania i zadośćuczynienia. Postępowanie toczy się przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i dotyczy wyłącznie szkód wyrządzonych w szpitalach.

W związku z przyjęciem nowego trybu ustawodawca dokonał także odpowiednich zmian w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[5]. Wszystkie podmioty lecznicze prowadzące działalność w rodzaju świadczenia szpitalnego mają obowiązek – zgodnie z dyspozycją art. 17 ust. 1 pkt 4b ustawy[6] – zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Zaproponowana jednak na początku 2012 r. przez ubezpieczycieli składka z tytułu tego rodzaju ubezpieczenia okazała się dla wielu szpitali zbyt wysoka[7]. W związku z tym ustawodawca wprowadził odpowiednie zmiany w art. 25 ustawy o działalności leczniczej, dodając przepisy (ust. 1a-1f) precyzujące górną sumę ubezpieczenia, sposób jej obliczania[8] oraz przesunął obowiązek ubezpieczenia.

Powstanie alternatywnego – w stosunku do obowiązującego – sposobu postępowania[9] prowadzi do zmiany uwarunkowań prawnych prowadzenia działalności leczniczej przez szpitale. Propozycja ustawodawcy w obecnym kształcie warta jest zatem przedstawienia i porównania z tradycyjnym modelem postępowania przed sądem powszechnym zarówno z perspektywy przepisów prawa cywilnego materialnego, jak i procesowego. Przy tym autorzy pragną naświetlić tylko niektóre zagadnienia – istotne z punktu widzenia pozycji prawnej szpitala jako podmiotu uczestniczącego w postępowaniu przed komisją ds. zdarzeń medycznych, ewentualnie jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do zapłaty stosownej rekompensaty[10].

---

[5] DzU z 2013r. nr 217, tekst jedn. ze zm. Dalej „ustawa o działalności leczniczej".

[6] Jakkolwiek kwestia, jaki jest to rodzaj ubezpieczenia: obowiązkowego czy dobrowolnego, jest sporna, zob. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne" 2012, nr 1, s. 13-17.

[7] Na przykład Szpitalowi Bielańskiemu w Warszawie przy 600 łóżkach zaproponowano składkę w wysokości aż 400 tys. zł. Za: M. Marklowską-Dzierżak, *W gąszczu absurdalnych przepisów*, „Gazeta Lekarska" 2012, nr 4, s. 14-15.

[8] Przepis art. 25 ust. 1a-1f został dodany przez art. 1 pkt 9 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. zmieniającej ustawę o działalności leczniczej, DzU z 2012 r., poz. 742.

[9] Wnioskodawca nie może w postępowaniu przed sądem powszechnym domagać się kompensacji szkód wynikających ze zdarzenia medycznego, jeśli przyjmie propozycję i złoży oświadczenie o zrzeczeniu się roszczeń, mogących wynikać ze zdarzeń medycznych w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku (art. 67k, ust. 6).

[10] Zagadnienia te doczekały się już kilkunastu publikacji; zob. zbiór artykułów w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011.

2. Przesłanki dochodzenia roszczeń w postępowaniu przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych a zasady odpowiedzialności cywilnej szpitala

W porównaniu z przepisami prawa cywilnego materialnego nowy tryb kompensacji istotnie ogranicza rodzaje zdarzeń prawnych, z którymi można powiązać obowiązek odszkodowawczy. Przepisy kodeksu cywilnego[11] dotyczące odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych nie określają w sposób kazuistyczny zachowań bezprawnych, z którymi można i należy wiązać odpowiedzialność danego podmiotu prawa. Zgodnie z ogólną formułą art. 415 KC: „Kto z winy swej wyrządził szkodę, ten zobowiązany jest do jej naprawienia". Jakkolwiek w dalszej części tytułu VI księgi III KC odnajdujemy przepisy, które doprecyzowują przesłanki odpowiedzialności danego podmiotu prawa (w tym podmiotu prowadzącego szpital)[12], to należy podkreślić, iż zachowanie kwalifikowane jako czyn niedozwolony, o ile dojdzie do ziszczenia przesłanek przewidzianych dla danego rodzaju odpowiedzialności, może powodować przypisanie obowiązku odszkodowawczego[13]. Tymczasem przepis art. 67a ustawy o prawach pacjenta wskazuje, iż nowy tryb kompensacji stosuje się wyłącznie do: zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy (jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenia albo opóźniła niewłaściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby); leczenia, w tym wykonywania zabiegu operacyjnego; zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Zwraca uwagę oryginalny sposób prezentacji przesłanek ustalenia istnienia zdarzenia medycznego[14]. Ustawodawca rozpoczyna bowiem od następstw w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia oraz śmierci. Wszystkie te następstwa wywołują powstanie określonych szkód, tj. uszczerbków w dobrach prawnie chronionych, czy to w postaci majątkowej (poniesienia określonych kosztów leczenia lub rehabilitacji), czy to niemajątkowej (poczucia krzywdy). Przy tym warto wskazać, iż zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (potraktowane tu jako odrębne

---

[11] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., DzU z 2014, nr 121, tekst jedn. ze zm. Dalej „KC".

[12] Na gruncie przepisów KC podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność na podstawie art. 430, 429, ewentualnie art. 416 KC, zob. wyrok SN z dnia 13 maja 2005 r., I CK 662/04, lex nr 3001781, a także M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2007 (wyd. VIII), s. 334 i n.

[13] Zob. szerzej A. Śmieja, w: A. Olejniczak (red.), *System Prawa Prywatnego*, t. 6. *Prawo zobowiązań – część ogólna*, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2009, s. 336-337.

[14] Na problemy związane z wykładnią art. 67a ustawy o prawach pacjenta wskazuje m.in. 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 wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011 s. 22 i n.; zob. też krytyczne uwagi E. Kowalewskiego, W.W. Mogilskiego w: E. Kowalewski, W.W. Mogilski, wyd. cyt., s. 10-11.

następstwo) może wywoływać rozstrój zdrowia, a nawet uszkodzenie ciała (np. trwałe uszkodzenie wątroby na skutek zarażenia pacjenta wirusem HCV). W związku z tym jedno z wyodrębnionych przez ustawodawcę następstw jest jednocześnie przyczyną innych wyróżnionych w cytowanym przepisie. Literalna wykładnia przepisu art. 67a ustawy o prawach pacjenta wskazywałaby, że samo już zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (bez wystąpienia następstw w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia) determinuje przyjęcie istnienia zdarzenia medycznego[15]. Opisywane wyżej następstwa mają pozostawać w adekwatnym związku przyczynowym (choć ustawodawca pojęciem tym bezpośrednio się nie posługuje[16]) z postępowaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną w zakresie diagnozy, terapii czy zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Zauważmy, że to postępowanie – ujemnie ocenione z perspektywy wiedzy medycznej – nie pojawia się w przepisie na pierwszym miejscu (jako rodzaj czynu niedozwolonego), ale z woli ustawodawcy znajduje się po wyeksponowaniu skutków tego typu postępowania. Jak się wydaje, był to celowy zabieg ustawodawcy[17]; opisane skutki zadecydują o tym, czy pacjentowi należy się (i w jakiej wysokości) ryczałtowe odszkodowanie i zadośćuczynienie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego[18] określa maksymalne kwoty świadczeń w odniesieniu do następujących elementów: stopnia pogorszenia zdrowia (poziomu uszkodzenia ciała), stopnia pogorszenia jakości życia (tu ustawodawca wymienia dwa elementy szczegółowe: konieczność zapewnienia opieki osób trzecich oraz utratę zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości nauki) oraz w odniesieniu do uciążliwości leczenia lub innej krzywdy pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym. Te poszczególne składowe są skojarzone z maksymalnymi kwotami świadczeń, które w sumie nie mogą przekroczyć 100 000 zł. Waga stopnia pogorszenia zdrowia została oceniona na 60% tej sumy (a zatem maksymalne świadczenie tytułem odszkodowania

---

[15] Co nasuwa jednak wątpliwości z punktu widzenia treści cytowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia. Zgodnie bowiem z tabelą zamieszczoną w § 3: brak stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu lub stwierdzenie uszczerbku na zdrowiu poniżej progu 10% stanowi 0% z 60 000 zł, czyli 0 zł. Następstwo w postaci zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym nie może mieć zatem charakteru przemijającego, ocenionego na mniej niż 10%. Taryfikator wynagrodzenia szkód modyfikuje zatem przesłanki ustawowe, co z punktu widzenia prawidłowości legislacji budzi uzasadnione wątpliwości.

[16] Zasadą jest, że tylko szkoda prawnie relewantna (pozostająca w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem) może zostać naprawiona. W regulacji polskiej nie przyjęto wzorem innych państw wysokiego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia określonego skutku. Szerzej na temat innych modeli kompensacji szkód medycznych: K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Dom Organizatora, Toruń 2007, s. 199 i n.

[17] Tak też E. Kowalewski, W.W. Mogilski, wyd. cyt., s. 11. Autorzy słusznie wskazują, że skoro zdarzeniem medycznym jest następstwo, powstaje problem z ustaleniem czasu wystąpienia zdarzenia medycznego.

[18] Rozporządzenie cytowane w przyp. 4.

i zadośćuczynienia może wynieść 60 000 zł[19]), pogorszenie jakości życia w postaci zapewnienia opieki osób trzecich zostało wycenione na 10% tej sumy (pacjent może otrzymać maksymalnie z tego tytułu kwotę 10 000 zł), pogorszenie jakości życia poprzez utratę zdolności zarobkowej lub brak możliwości nauki stanowi 5% (co oznacza wypłatę maksymalnie 5000 zł), uciążliwość leczenia lub inna krzywda wyceniona zastała na 25% (a zatem na kwotę maksymalnie 25 000 zł)[20]. Przedstawione tu rodzaje uszczerbków mogą być sumowane, ale powtórzmy ogólna suma wypłacona poszkodowanemu nie może przekroczyć maksymalnej kwoty 100 000 zł (art. 67k, ust. 7, pkt 1 ustawy).

W przypadku śmierci pacjenta ubezpieczyciel określa wysokość świadczenia po analizie uzasadnienia orzeczenia wojewódzkiej komisji oraz dokumentacji złożonej przez wnioskodawcę. Na tej podstawie ustala zakres, intensywność i rozmiar doznanej krzywdy lub pogorszenie sytuacji podmiotu składającego wniosek. W tym przypadku wysokość świadczenia nie może przekroczyć 300 000 zł, przy czym wysokość zadośćuczynienia maksymalnie może wynieść 100 000 zł, a odszkodowania 200 000 zł.

Prezentowane tu kwoty świadczeń, zwłaszcza za trwały uszczerbek na zdrowiu i związaną z tym krzywdę, w porównaniu z tymi zasądzanymi przed sądami powszechnymi są relatywnie niskie[21]. Zwraca uwagę też brak roszczenia o rentę, które w przypadku utraty całkowitej lub częściowej zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększenia się potrzeb, ewentualnie zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość jest ważnym elementem składowym roszczeń poszkodowanego pacjenta. Renta jest świadczeniem periodycznym (wypłacanym zwykle miesięcznie nawet do końca życia poszkodowanego[22]), a jej wysokość zależy od okoliczności danego przypadku. Tymczasem – według przyjętych w rozporządzeniu kwot – wysokość świadczenia w razie pogorszenia jakości życia z powodu utraty zdolności zarobkowej lub braku możliwości nauki wynosi zaledwie 5000 zł (jest to kwota maksymalna!).

---

[19] Jeżeli uszczerbek zostaje oceniony jako długotrwały (mogący ulec zmniejszeniu) i wynosi on od 10% do 50% poszkodowanemu przysługuje świadczenie od 6000 do 30 000 zł. W razie stwierdzenia przez biegłego uszczerbku trwałego (od 50% do 100%) kwota świadczenia wynosi odpowiednio od 30 000 do 60 000 zł. Z tym że gdy uszczerbek wynosi więcej niż 80% ustala się kwotę świadczenia w wysokości maksymalnej dla danej grupy (charakterystycznej dla uszczerbku długotrwałego lub trwałego).

[20] Ustawodawca szczegółowo określa w tabeli rodzaje uciążliwości leczenia. Na przykład leczenie ambulatoryjne trwające do 30 dni zostało wycenione na 5% (ponieważ procent ten odnosimy do 25 000 zł, daje to sumę zaledwie 1250 zł), dodatkowy zabieg operacyjny – 10%, a specjalistyczna terapia przeciwbólowa dłuższa niż 14 dni – 20%. Procenty te można zsumować, a uzyskany w ten sposób wynik należy odnieść do maksymalnej kwoty 25 000 zł.

[21] Potwierdza to analiza wyroków orzecznictwa Sądu Najwyższego. Kwoty zwłaszcza zadośćuczynień systematycznie rosną, zob. orzecznictwo w sprawach medycznych w: M. Safjan (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 227-335.

[22] Chyba że poszkodowany zażąda kapitalizacji renty w postaci jednorazowego odszkodowania (art. 447 KC), możliwe jest też przyznanie renty tymczasowej (art. 444 § 3 KC).

Podobne wnioski nasuwają się przy porównaniu zasad zasądzania świadczeń z powodu śmierci pacjenta do tych określonych w art. 446 KC. W tym wypadku maksymalna kwota świadczenia na rzecz spadkobierców wynosi 300 000 zł, nastąpiło zatem potrojenie kwoty świadczenia w stosunku do tej wypłacanej bezpośrednio poszkodowanemu[23]. Należy jednak pamiętać, że wskazana kwota odnosi się do uszczerbku zarówno majątkowego, jak i niemajątkowego wszystkich spadkobierców. Ustawodawca nie zauważył, że w ten sposób zróżnicował sytuację prawną uprawnionych. Jeśli po zmarłym pacjencie pozostał jeden tylko spadkobierca, wówczas jego sytuacja przedstawia się ze względu na wskazane limity najkorzystniej, jeśli zaś mamy kilku spadkobierców, wtedy kwota rekompensaty jest do podziału[24]. Krytyczne uwagi budzi także przyjęcie spadkobierców (ustawowych i testamentowych) jako osób uprawnionych do rekompensaty, podczas gdy KC posługuje się zupełnie inną siatką pojęciową[25].

W ten sposób doszło do drastycznego ograniczenia zasady pełnego wynagrodzenia szkody, o której mowa w art. 361 § 2 KC. W związku z tym pojawia się pytanie, w jaki sposób pacjenci będą korzystali z nowego trybu kompensacji. Sam fakt istotnego skrócenia czasu oczekiwania na wydanie orzeczenia ustalającego istnienie zdarzenia medycznego[26] w porównaniu z czasem rozpatrzenia sprawy przed sądem powszechnym, jak się wydaje, nie będzie wystarczającym czynnikiem, przesądzającym o wyborze drogi kompensacji. Relatywna krótkość terminów rozpatrywania spraw przed komisją może sprzyjać potraktowaniu nowego trybu jako swoistego „przedsądu", który jedynie ma przynieść wnioskodawcy odpowiedź na pytanie, czy roszczenie powoda ma szansę w sądzie[27]. Teza ta tym bardziej wydaje się prawdopodobna, jeśli zwrócimy uwagę na istotę rozpatrywanego przez komisją zagadnienia; czy szkoda, na którą powołuje się pacjent, jest wynikiem postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

---

[23] Co wzbudziło uzasadnioną krytykę w doktrynie, zob. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, wyd. cyt., s. 26.

[24] Powstaje zagadnienie podziału pomiędzy spadkobierców kwoty rekompensaty; czy jej podział ma być zgodny z wysokością udziału wyrażoną ułamkiem w spadku czy też stosownie do okoliczności, które ustalił ubezpieczyciel. Przychylając się do tej drugiej koncepcji, należałoby postulować, aby ubezpieczyciele imiennie wskazywali, któremu spadkobiercy, jaka kwota świadczenia przysługuje. W innym przypadku może powstać spór między spadkobiercami. Przedstawiony problem potwierdza nieadekwatność przyjęcia koncepcji spadkobierców jako podmiotów uprawnionych do rekompensaty w przypadku śmierci pacjenta.

[25] KC posługuje się pojęciem najbliższego członka rodziny (art. 446 § 3 i 4 KC); osoby, względem której ciążył na zmarłym ustawowy lub dobrowolny obowiązek alimentacyjny (przy zasądzaniu renty na podstawie art. 446 § 2 KC), oraz osoby, która poniosła koszty leczenia i pogrzebu (art. 446 § 1 KC).

[26] Generalnie ustawodawca przewiduje termin 4 miesięcy na ustalenie istnienia zdarzenia medycznego (zob. art. 67j, ust. 2 ustawy o prawach pacjenta).

[27] Zob. też U. Drozdowska, *Wpływ nowego systemu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych na funkcjonowanie szpitali i systemu opieki zdrowotnej*, [w:] E. Nojszewska (red.), *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 228-241.

Pomimo deklaracji[28], że nowy system przewiduje odpowiedzialność bez winy (*no fault*), należy uznać, że niezgodność z aktualną wiedzą medyczną powoduje konieczność oceny zdarzenia medycznego z punktu widzenia tzw. obiektywnego elementu winy, tj. bezprawności postępowania[29]. Jak wiadomo, w procesach sądowych to właśnie porównanie ustalonego stanu faktycznego z modelowym standardem postępowania w danym przypadku jest często przyczyną przewlekłości postępowania[30]. Z punktu widzenia podmiotów odpowiedzialnych za szkodę (szpitali) wymóg ten nie spowoduje istotnych zmian w zasadach ich odpowiedzialności. Pogorszenia sytuacji prawnej należy upatrywać raczej w regulacjach prawnych dotyczących przesunięcia obowiązku wypłaty świadczeń z ubezpieczyciela na podmiot prowadzący szpital. Zgodnie ze znowelizowanym art. 67k ust. 10 ustawy o prawach pacjenta przepisy dotyczące ubezpieczyciela stosuje się do podmiotu leczniczego w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia[31], w razie wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej, pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego[32], a także w razie niezawarcia w ogóle umowy ubezpieczenia.

3. Wybrane aspekty procesowe dochodzenia roszczeń przed wojewódzką komisją ds. zdarzeń medycznych

Ustawa o prawach pacjenta wprowadziła odrębny model postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Rodzi się zatem pytanie, jaki to jest tryb oraz czy umożliwia on zapewnienie sprawnego postępowania przed komisją? W uzasadnieniu do projektu ustawy można przeczytać, iż postępowanie przed komisją jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego[33]. Wydaje się jednak, iż taki charakter tego postępowania nie jest w praktyce możliwy do zrealizowania. Przede wszystkim, jak to słusznie zauważa M.P. Ziemiak, decydują o tym następujące czynniki: wybór po-

---

[28] Druk sejmowy nr 3488 dostępny pod adresem http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD?OpenDocument (stan na dzień 28.11.2012).

[29] Kwestia zasady odpowiedzialności w nowym reżimie kompensacji jest dyskusyjna; wskazuje się nawet na zasadę ryzyka; A. Wnęk, K. Policha, *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" 2011, nr 11, s. 108.

[30] Zob. A. Przybycień, P. Szewczyk, *Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych*, „Edukacja Prawnicza" 2012, nr 1, dodatek specjalny, s. VIII.

[31] Suma ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 300 000 zł w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia. Jest ona uzależniona od liczby łóżek w szpitalu (w odniesieniu do 1 łóżka ma wynosić nie mniej niż 1000 zł), zob. art. 25 ust. 1ai 1b ustawy o działalności leczniczej.

[32] Zagregowana franszyza integralna oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela (zob. art. 25 ust. 1d pkt 1 ustawy o działalności leczniczej).

[33] Zob. przyp. 30.

stępowania alternatywnego (ADR[34]) w stosunku do postępowania sądowego jako metody rozwiązania konkretnego sporu wymaga zgody jego stron ujętej w określonej formie. Tymczasem w przypadku komisji o wyborze dochodzenia roszczeń decyduje wyłącznie i jednostronnie pacjent lub jego spadkobiercy, a ubezpieczyciel bądź podmiot leczniczy prowadzący szpital są bezwzględnie związani tym wyborem. Po drugie, w postępowaniach alternatywnych z reguły wykorzystuje się metody koncyliacyjno-pojednawcze, rezygnując z kontradyktoryjności postępowania (co jest charakterystyczne dla procedur sądowych). Natomiast do postępowania przed komisjami mają – ze względu na odesłanie do przepisów KPC[35] – zastosowanie mechanizmy, które wykorzystują kontradyktoryjność sporu (przede wszystkim chodzi o sposób przeprowadzania i ocenę dowodów – art. 227-237 KPC)[36]. Całkowitym natomiast zaprzeczeniem idei ugodowo-mediacyjnego charakteru postępowania przed komisją jest brak odesłania w art. 67o ustawy o prawach pacjenta do przepisów KPC, poświęconych mediacji czy dotyczących postępowania pojednawczego.

Kolejną kwestią, wymagającą chociażby podstawowej analizy, jest zakres odesłania do przepisów KPC, określony w art. 67o ustawy o prawach pacjenta. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu w zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a-67m do postępowania przed komisją stosuje się odpowiednio wskazane przepisy KPC[37]. Rozpoczynając od wymogów formalnych wniosku określonych w art. 67d ustawy, warto zwrócić uwagę na ust. 1 pkt 7 tego przepisu, nakładający na wnioskodawcę obowiązek zamieszczenia w uzasadnieniu wniosku „uprawdopodobnienia zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta". Jest to wymóg dalej idący niż ogólne wymogi pism procesowych, określone głównie w art. 126 KPC, a ponadto sama instytucja uprawdopodobnienia występuje w postępowaniu sądowym w specyficznych okolicznościach. Według nauki uprawdopodobnienie (*semiplena probatio*) pojmowane jako środek zastępczy dowodu w ścisłym znaczeniu, nie daje pewności, lecz wyłącznie prawdopodobieństwo twierdzenia o jakimś fakcie. Stanowi to odstępstwo od ogólnej reguły dowodzenia faktów na korzyść tej strony, której ustawa zezwala w określonym wypadku na uprawdopodobnienie faktu, zamiast na udowodnianie. Jak zauważa się w literaturze, uprawdopodobnienie z reguły nie może opierać się na samych twierdzeniach strony.

---

[34] *Alternative Dispute Resolution* – alternatywne metody rozwiązywania sporów.

[35] Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r., Kodeks postępowania cywilnego, DzU z 2014, nr 101, tekst jedn. ze zm.; dalej jako „KPC".

[36] M.P. Ziemiak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 168.

[37] Z perspektywy zasad funkcjonowania wszelkich procedur prawnych ustawa stworzyła swoistą, mocno nietypową procedurę, na podstawie której pracuje komisja; można ją określić jako *terra incognita*, a odwołanie do przepisów KPC jest w części przypadkowe i nie do końca spójne i przemyślane; A. Przybycień, P. Szewczyk, wyd. cyt., s. XI.

Przeprowadza się je za pomocą środków nieskrępowanych wymaganiami stawianymi co do formy przez przepisy KPC[38]. Ponadto ustawa o prawach pacjenta (art. 67d, ust. 5) przewiduje bardzo rygorystyczną sankcję za złożenie wniosku niekompletnego czy też nienależycie opłaconego w postaci jego zwrotu wnioskodawcy. Nie przewidziano jakiejkolwiek procedury naprawienia uchybień formalnych takiego wniosku (chociażby w oparciu o mechanizm z art. 130 KPC), co w odniesieniu do wnioskodawcy jest krzywdzące[39]. Podobnie jako niezadowalające należy ocenić niektóre z rozwiązań przyjętych w odniesieniu do kosztów postępowania. Zakres przedmiotowy kosztów postępowania przed komisją określa art. 67l ustawy[40], przede wszystkim jest to opłata w wysokości 200 złotych, którą należy uiścić przy składaniu wniosku. Mimo iż może wydawać się, że jest to kwota niewielka, to osoba, której nie stać na jej uiszczenie, nie ma możliwości (tak jak jest to w procedurach sądowych) złożenia wniosku o zwolnienie od kosztów z tej prostej przyczyny, że takiej możliwości po prostu nie przewidziano. Niezrozumiałe jest także w zakresie reguł zwrotu kosztów postępowania odesłanie tylko do art. 102 KPC (zasada słuszności), z pominięciem innych dotyczących tej materii[41]. Niekonsekwentnie uregulowano także kwestię stosowania przepisów KPC dyscyplinujących świadków oraz biegłych. O ile bowiem w odniesieniu do świadków wyłączono taką możliwość (brak odniesienia do art. 274-275 KPC) to w stosunku do biegłego przewidziano możliwość ukarania go grzywną (zastosowanie może mieć bowiem art. 287 KPC). Jednak i tu pojawia się problem, bo nie bardzo wiadomo, w jakiej wysokości ta grzywna może zostać wymierzona z uwagi na brak odniesienia do art. 163 § 1 KPC, który te kwestie reguluje.

Wątpliwości powstają także na gruncie elementów składowych orzeczenia komisji i zasad jego kontroli. Ustawa o prawach pacjenta w art. 67j ust. 1 ogranicza się jedynie do stwierdzenia, iż wojewódzka komisja po naradzie wydaje w formie pisemnej orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku wraz z uzasadnieniem. Milczy natomiast na temat elementów sentencji i uzasadnienia owego orzeczenia, a nie odsyła przy tym do odpowiedniego stosowania art. 325 i 328 § 2 KPC. Grozi zatem niebezpieczeństwo, iż każda komisja będzie ustalać odrębnie model takiego orzeczenia. Ponadto ustawodawca w zakresie kontroli orzeczenia komisji posłużył się konstrukcją ponownego wniosku o rozpatrzenie sprawy (art. 67j ust. 7 ustawy o prawach pacjenta). Nie bardzo natomiast wiadomo, co należy rozumieć przez „umotywowanie" owego wniosku, które to sformułowanie znalazło się w ustawie. Czy chodzi tu o uzasadnienie takiego wniosku, czy też o dodatkowe informacje

---

[38] T. Demendecki [w:] A. Jakubecki (red.), *Komentarz do art. 243 KPC*, Lex el/2012. Podkreślić należy, że ustawa nie odsyła do art. 243 KPC określającego zasady poprzestania na uprawdopodobnieniu.

[39] Tak też M. P. Ziemiak, wyd. cyt., s. 173-175.

[40] Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, DzU nr 294, poz. 1740.

[41] Chodzi tutaj o art. 98 § 1 KPC odnoszący się do zwrotu kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia swoich praw i celowej obrony.

wskazujące na wyjątkowość wniosku składanego w konkretnej sprawie? Nie może ujść także uwagi, iż ponowne rozpoznanie wniosku następuje przez tę samą komisję (mimo że w zmienionym składzie – art. 67j ust. 8 ustawy o prawach pacjenta), czyli jest to środek o charakterze niedewolutywnym. Jest to o tyle istotne, że dewolutywność powoduje rozpoznanie odwołań od orzeczeń wydanych w I instancji przez organ wyższego rzędu, co eliminuje naturalne ryzyko powiązań koleżeńskich i świadomość, że jest się ciągle dla siebie nawzajem podmiotem kontrolującym[42]. W przypadku postępowania przed komisją takiej dewolutywności nie ma, co więcej nie przewidziano możliwości sądowej kontroli orzeczeń przez nią wydawanych.

4. Podsumowanie

Powstanie nowego trybu dochodzenia roszczeń przez pacjentów pociągnęło za sobą poważne zmiany w stanie normatywnym. Powstał nowy model kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu, w którym stosowanie odgórnych taryf i tabel do określenia wysokości świadczenia przekreśla dotychczasowe zindywidualizowane podejście do kwestii zakresu kompensacji w ramach odpowiedzialności cywilnej. Okoliczności konkretnego przypadku ustępują procentowym wyliczeniom poniesionego uszczerbku. Nowy model nie respektuje zasady pełnego wynagrodzenia szkody, o której mowa w art. 361 § 2 KC, a przyznawane przez komisje kwoty są relatywnie niskie. Będzie to sprzyjać potraktowaniu nowego trybu jako swoistego „przesądu", który jedynie ma przynieść wnioskodawcy odpowiedź na pytanie, czy roszczenie powoda ma szanse w sądzie. Wątpliwości też budzi samo ujęcie zdarzenia medycznego, według którego jedno z wyodrębnionych przez ustawodawcę następstw (zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym) jest jednocześnie przyczyną innych (uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia). Z punktu widzenia szpitala zwraca uwagę kwestia dodatkowego ubezpieczenia się. Nowe regulacje prawne przewidują bowiem obowiązek wypłaty świadczeń przez podmiot prowadzący szpital (przede wszystkim w razie braku ubezpieczenia). Krytykę budzi także sposób procedowania przed komisją w celu ustalenia istnienia zdarzenia medycznego, a zwłaszcza brak dewolutywności oraz możliwości sądowej kontroli orzeczeń przez nią wydanych.

Literatura

Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Dom Organizatora, Toruń 2007.

Drozdowska U., *Wpływ nowego systemu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych na funkcjonowanie szpitali i systemu opieki zdrowotnej*, [w:] *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, red. E. Nojszewska, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.

Jakubecki A. (red.), *Komentarz do art. 243 KPC*, Lex el/2012.

[42] A. Przybycień, P. Szewczyk, wyd. cyt., s. XII.

Kowalewski E., Mogilski W.W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne" 2012, nr 1.
Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011.
Marklowska-Dzierżak M., *W gąszczu absurdalnych przepisów*, „Gazeta Lekarska" 2012, nr 4.
Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Dom Organizatora, Toruń 2007 (wyd. VIII).
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 wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011.
Olejniczak A. (red.), *System Prawa Prywatnego*, t. 6. *Prawo zobowiązań – część ogólna*, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2009.
Przybycień A., Szewczyk P., *Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych*, „Edukacja Prawnicza" 2012, nr 1, dodatek specjalny.
Safjan M. (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
Uzasadnienie do projektu nowelizacji ustawy, druk sejmowy nr 3488, http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD?OpenDocument (stan na dzień 28.11.2012 r.)
Wnęk A., Policha K., *Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" 2011, nr 11.

NEW WAY OF MEDICAL DAMAGE COMPENSATION – SUBSTANTIVE AND PROCEDURAL LAW REMARKS

Summary: The New Polish extra-judicial system of compensation coming into force on January 1st 2012 gave the patients a new legal instrument to obtain compensation of damage which happened during treatment. The authors discuss the premises of the medical treatment evaluation, the possible amounts of compensation and some rules of procedures before the medical events commission. The authors criticize the new laws, indicate the very low sums of compensation and the lack of individual approach to a patient as a victim of medical event. The rules for procedure of evaluation of existence of medical event are criticized for their incoherence and lack of precision.

Keywords: medical event (medical treatment), patient, compensation, medical event commission.