

MICHAŁ BIAŁKOWSKI

Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych zostały wprowadzone przepisy dotyczące trybu i zasad ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Nowe przepisy są odpowiedzią na rosnącą ilość tzw. procesów lekarskich i potrzebę ułatwienia pacjentom albo, w przypadku ich śmierci, spadkobiercom dochodzenia roszczeń za szkody powstałe w związku z szeroko pojętym procesem leczniczym.

Celem ustawodawcy było stworzenie swoistego *sui generis* postępowania mediacyjnego. O takim charakterze i celu nowelizacji świadczyć może fakt zrzeczenia się, w przypadku przyjęcia propozycji zakładu ubezpieczeń, przez pacjenta lub jego spadkobiercę wszelkich roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie, co uniemożliwia późniejsze dochodzenie roszczeń przed sądem powszechnym. U podstaw kształtowanego systemu bez wątpienia – co wynika z Uzasadnienia projektu ustawy¹ – stała chęć poprawy sytuacji pacjentów albo ich spadkobierców, dochodzących w tzw. procesach lekarskich zadośćuczynienia lub odszkodowania. W przywołanym dokumencie wyczytać można m.in., że średni okres dochodzenia roszczeń w takich procesach sądowych, przy założeniu dwuinstancyjnego postępowania oraz nieprzekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia ani niewniesienia skargi kasacyjnej, trwa średnio 4 lata. Gdy natomiast postępowanie dotyczy błędu medycznego, czas ten wydłuża się nawet do 10 lat. Inną, oprócz czasowej, przeszkodą w dochodzeniu swoich roszczeń była wysokość opłaty od pozwu, stanowiąca 5% wartości przedmiotu sporu (art. 13 ust. 1 Ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych). Jej

¹ Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, <http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/rzecznik_praw_11102010.pdf>.

górną granicą określoną jest na 100 000 zł. Dochodząc więc np. zadośćuczynienia w wysokości 300 000 zł, powód powinien wnieść opłatę od pozwu w wysokości 15 000 zł, co niejednokrotnie stanowi wartość nieosiągalną dla powoda. W połączeniu z bardzo długim okresem oczekiwania na prawomocne orzeczenie sądu zniechęca to do dochodzenia swoich praw. Wprowadzenie do Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa) możliwości dochodzenia roszczeń w alternatywnym postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, które inicjowane jest złożeniem wniosku, od którego stała opłata wynosi 200 zł, stanowi na pewno krok naprzód (art. 67d ust. 3 ustawy). Zachętą do obrania tej drogi dochodzenia swoich praw jest także określony ustawowo czas trwania postępowania. Orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku powinno być wydane w przeciągu 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku (art. 67j ust. 2 ustawy). W świetle powołanego uzasadnienia do zmiany ustawy oraz przepisów obowiązujących od 1 stycznia 2012 roku, widoczne jest, jaki był cel ustawodawcy. Otwarte pozostaje pytanie, czy został on zrealizowany w najlepszy możliwy sposób.

By zrozumieć myśl stojącą za wprowadzoną zmianą, niezbędne jest zdefiniowanie pojęcia zdarzenia medycznego, którego wystąpienie stanowi warunek *sine qua non* dla wszczęcia postępowania przed powołanymi przez zmiany w przepisach komisjami. Ustawodawca w sposób wyczerpujący i bardzo jednoznaczny określił pole znaczeniowe tego pojęcia, umieszczając jego definicję w art. 67a ustawy. Wg tego przepisu, zdarzeniem medycznym są: zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, które są następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Można więc śmiało pokusić się o stwierdzenie, że celem ustawodawcy było objęcie zakresem zastosowania wprowadzonymi do ustawy przepisami wszelkich sytuacji, które powodować będą mogły szkodę pacjenta. Niestety definicja zdarzenia medycznego ogranicza w ust. 2 zakres jego występowania jedynie do szpitali, w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej.

W pewnym sensie przewidziane rozwiązania mają charakter powszechny, jako że odnoszą się do wszelkich szkód (tak majątkowych, jak i niemajątkowych, por. art. 67i ust. 1 ustawy) wyrządzonych pacjentom, jednak – jak wspomniałem powyżej – wątpliwości rodzi fakt ograniczenia zakresu świadczeniodawców podlegających tejże regulacji tylko do podmiotów leczniczych prowadzących szpitale. Wszak dla pacjenta nie ma znaczenia, gdzie szkoda zostanie wyrządzona, jego celem jest sprawne otrzymanie jej pełnej kompensacji. Rozwiązanie takie ogranicza możliwość korzystania ze środków przewidzianych w przepisach przedmiotowej ustawy. Pacjent, który korzystał

z usług lekarza na podstawie umowy zawartej między stronami w ramach działalności wykonywanej w prywatnym gabinecie lekarskim czy też w prywatnym laboratorium diagnostycznym, nie będzie mógł wykorzystać przewidzianej w ustawie drogi dochodzenia swoich roszczeń. Wybór takiej metody legislacyjnej został uzasadniony przez projektodawcę tym, że to w szpitalach przeprowadza się większość skomplikowanych zabiegów niosących za sobą ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego. Owszem, projektodawcy można przyznać rację, ale na pewno nie w całej rozciągłości. Przecież każdy, nawet najdrobniejszy błąd prowadzić może do sytuacji, która znajduje się w obrębie pola znaczeniowego nadanego przez ustawę pojęciu zdarzenia medycznego i prowadzić może do wyrządzenia pacjentowi szkody. Stopień komplikacji zabiegu zwiększa jedynie prawdopodobieństwo wystąpienia błędu lekarskiego, jednak nawet najprostsza ingerencja w ciało pacjenta niesie za sobą ryzyko np. jego uszkodzenia lub wywołania rozstroju zdrowia. Być może nie jest to jedyny powód, dla którego m.in. lekarze prowadzący prywatne gabinety nie zostali objęci normowaniem przedmiotowej nowelizacji. W mojej ocenie ustawodawca nie chciał nakładać na sektor drobnych prywatnych usług medycznych obowiązku zawierania umów obowiązkowego ubezpieczenia, o którym mowa w dalszej części artykułu. Przeciwnie rozwiązanie doprowadziłoby do znaczącego zwiększenia kosztów prowadzenia prywatnych gabinetów lekarskich, czemu być może ustawodawca pragnął zapobiec.

Jak piszą Eugeniusz Kowalewski, Marcin Śliwka i Monika Wałachowska w artykule *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*² oraz Małgorzata Serwach w artykule *Charakter i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*³, zaprojektowany przez ustawodawcę system przewiduje wprowadzenie szczególnej postaci ubezpieczenia bez winy (*No Fault Patient Insurance*, dalej: NFPI⁴), znanego m.in. skandynawskiemu systemowi prawnemu, w którym samo ustalenie, czy zdarzenie powodujące szkodę lub krzywdę jest zdarzeniem medycznym, powodować będzie wypłatę kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia w oznaczonych granicach. Co więcej, art. 17 ust. 1 pkt. 4 lit. b) Ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej przewiduje, że podmiot leczniczy prowadzący szpital przed rozpoczęciem wykonywania działalności leczniczej powinien zawrzeć umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przywołana ustawa ustanawia zatem nowy typ ubezpieczenia obowiązkowego, które leży u podstaw ukształtowanego sys-

2 E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010 nr 4.

3 M. Serwach, *Charakter i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011 nr 3.

4 Cf. E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011 nr 1; co do istoty tego modelu ubezpieczeniowego cf. M. Nesterowicz, *Prawo Medyczne*, wyd. 9, Toruń 2010.

temu i zabezpiecza możliwość wypłaty zadośćuczynienia lub odszkodowania na rzecz pacjenta.

Moim zdaniem, system zaproponowany przez ustawodawcę posiada wiele mankamentów. Najważniejszym spośród nich jest stosunek postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych do postępowania cywilnego i brak możliwości dochodzenia różnicy pomiędzy kwotą uzyskaną w tym postępowaniu a oczekiwaną przez poszkodowanego (pokrzywdzonego). Art. 67 i ust. 1 ustawy przewiduje, że celem postępowania przed komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowi zdarzenie medyczne, o czym komisja orzeka w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. W zakresie przewidzianym przepisami ustawy, ubezpieczyciel jest związany tym orzeczeniem i zobowiązany, aby przedstawić podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia w wysokości maksymalnie przewidzianej w ustawie. Jest to – jak wspominałem – jedynie propozycja, więc to od decyzji podmiotu składającego wniosek zależy jej przyjęcie lub odrzucenie (termin wynosi 7 dni). Na częściową krytykę zasługuje sformułowanie art. 67k ust. 6, stanowiące, że wraz z przyjęciem propozycji ubezpieczyciela, musi zostać złożone oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie z tego konkretnego zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły do dnia złożenia wniosku. Zastrzeżenie ograniczenia zrzeczenia się przez wnioskodawcę roszczeń tylko co do szkód ujawnionych do dnia złożenia wniosku należy uznać za dobre rozwiązanie, jednak wyłączenie możliwości dochodzenia kompensacji szkody w pełnej wysokości w postępowaniu przed sądem powszechnym rodzi musi uzasadnione wątpliwości. Po pierwsze dlatego, że ubezpieczyciel ograniczony jest w swojej propozycji do kwoty, której zakres w przepisach ustawy został określony – w mojej ocenie – dość nisko. Po drugie, ubezpieczyciel może dążyć do przeciągnięcia postępowania i w związku z tym zaproponować kwotę nieadekwatną, na którą, jak wie, podmiot składający wniosek się nie zgodzi. W związku z tym sprawa wkroczy na drogę postępowania cywilnego, co przedłuży czas dochodzenia odszkodowania (zadośćuczynienia) o okres bezcelowego w danym wypadku postępowania przed komisją. Co więcej, można sobie z łatwością wyobrazić sytuację, w której wnioskodawca przyjmuje zaniżoną kwotę zaproponowaną przez ubezpieczyciela, uznając, że nie stać go na długotrwały proces sądowy. W takim wypadku sytuacja ubezpieczyciela jest jeszcze dogodniejsza, gdyż pacjent albo jego spadkobierca zrzekają się roszczeń, a ubezpieczyciel nie musi ponosić kosztów postępowania sądowego. Świadczenie, które jest zobowiązany wypłacić, jest za to potencjalnie niższe od tego, które otrzymałby wnioskodawca po przeprowadzeniu postępowania sądowego. Lepszym rozwiązaniem byłoby takie ukształtowanie postępowania, gdzie kwota wypłacona przez ubezpieczyciela w przedmiotowym postępowaniu byłaby pewną sumą, którą otrzymuje w miarę szybko osoba poszkodowana (pokrzywdzona), która w przypadku braku pełnej kompensacji (lub braku uzyskania satysfakcji

nującej kwoty) dochodzić może różnicy w postępowaniu cywilnym na zasadach ogólnych. Błędem jest także nieokreślenie, jakimi dokładnie przesłankami winien kierować się ubezpieczyciel przy określaniu proponowanej kwoty.

Uzasadnienie projektu wspomina o kontrowersjach związanych z rozłączną możliwością stosowania drogi sądowej albo postępowania przed wojewódzkimi komisjami. Regulacja ta skrytykowana została na poziomie konsultacji społecznych. Uwaga ta nie została jednak przyjęta, bowiem na gruncie projektowanej ustawy podmiot składający wniosek (pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub spadkobierca pacjenta) podejmuje decyzję, czy decyduje się przyjąć zaproponowaną mu przez zakład ubezpieczeń propozycję odszkodowania albo zadośćuczynienia, czy też skieruje powództwo do sądu cywilnego. W postępowaniu przed wojewódzką komisją podmiot składający wniosek do końca rozporządza swoim prawem. Jednocześnie w myśl projektowanej ustawy, wraz z oświadczeniem o przyjęciu ww. propozycji, podmiot wnioskujący składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie albo zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za błąd medyczny. Takie stanowisko projektodawcy – w mojej ocenie, co już podkreślałem wcześniej – nie zasługuje na aprobatę.

Kolejne wątpliwości, powstające na gruncie przedmiotowych przepisów, należy odnieść do zakresu kwot, w jakich ubezpieczyciel może zaproponować kompensację szkody. Maksymalna kwota pieniężna (jaką można otrzymać w postępowaniu tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania), którą może zaproponować ubezpieczyciel, została określona w art. 67k ust. 7. Wynosi ona w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, 1 200 000 zł, z tym, że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta kwota została ograniczona w górnym zakresie do 100 000 zł, a w przypadku śmierci wynosi ona 300 000 zł. W obu tych sytuacjach jest to kwota określona dla jednego pacjenta. Po pierwsze, należy zwrócić uwagę, że sądy przyznawały już dużo wyższe świadczenia niż 100 000 zł wraz z dożywotnią rentą. Można wskazać np. wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach (prawomocny) z dnia 12 grudnia 2003 roku (911/01/5)⁵, w którym sąd orzekł na rzecz pacjenta, któremu dokonano zbędnej oczywiście operacji usunięcia odcinka jelita grubego wraz z odbytnicą, kwotę 300 000 zł zadośćuczynienia oraz 700 zł dożywotniej renty. Również Sąd Apelacyjny w Szczecinie przyznał w sumie 1 500 000 zł (wraz z odsetkami)⁶ na rzecz żołnierza, który zakaził się sepsą i stracił obie nogi. Dlatego też uważam, że maksymalne kwoty powinny zostać podniesione. Ewentualnie należałoby zmienić cel regulacji, którym obecnie jest tanie i dość sprawne uzyskanie rozsądnej kwoty bez wchodzenia na drogę postępowania sądowego. Należy odnieść się z dezapro-

5 Opubl. z głosem M. Nesterowicza, „Prawo i Medycyna” 2005 nr 2.

6 1,5 mln zł dla żołnierza chorego na sepsę, „Dziennik Gazeta Prawna” 2011, <http://www.gazeta-prawna.pl/wiadomosci/artykuly/567096,1_5_mln_zl_dla_zolnierza_chorego_na_sepse.html>.

batą do rezygnacji ustawodawcy z możliwości dochodzenia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami renty. Sformułowanie, które wcześniej zostało zaproponowane przez projektodawcę, rodziło według niektórych⁷ groźbę dowolnego wybierania przez ubezpieczycieli renty zamiast jednorazowej kwoty odszkodowania. Uważam ten pogląd za błędny – w poprzedniej wersji projektu nowelizacji ustawy, w art. 71h ust. 1 zakład ubezpieczeń przedstawiał propozycję wysokości odszkodowania lub renty. Wg przyjętych metod wykładni tekstów prawnych, spójnik ‘lub’ pełni rolę alternatywy nierozłącznej⁸. Alternatywa nierozłączna to zdanie złożone, zbudowane z dwóch zdań składowych, które wyklucza jednoczesną fałszywość jego zdań składowych, a dopuszcza ich jednoczesną prawdziwość⁹. Oznacza to, że ubezpieczyciel mógł zaproponować jednorazową kwotę odszkodowania i rentę. Mankamentem w przypadku poprzedniej propozycji był jednak brak zapisu o możliwości określenia wysokości żądanej kwoty przez osobę składającą wnioski. Obecna redakcja nowelizacji wprowadziła jako obligatoryjny składnik wniosku określenie propozycji wysokości zadośćuczynienia lub odszkodowania, odjęto więc zakładowi ubezpieczeń możliwość całkowicie dowolnego określenia wysokości wypłacanego świadczenia. W związku z treścią nowelizacji, powinien on wziąć pod uwagę propozycję pacjenta albo jego spadkobiercy. Tak sformułowany przepis, wraz z pozostawieniem możliwości dochodzenia renty obok jednorazowej kwoty zadośćuczynienia lub odszkodowania, stanowiłby w mojej ocenie lepsze rozwiązanie. Podkreślić należy jeszcze jedną pozytywną zmianę względem poprzedniego projektu, mianowicie możliwość dochodzenia zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami. Była ona w poprzedniej wersji wyłączona, co więcej, przyjęcie propozycji odszkodowania lub renty było wówczas równoznaczne ze zrzeczeniem się przez pacjenta lub jego spadkobiercę roszczeń z art. 448 Kodeksu cywilnego (dalej k.c.). Oznacza to, że nie dość, że odmówiono im możliwości dochodzenia zadośćuczynienia z tego przepisu przed komisją wojewódzką, to jeszcze przed sądem powszechnym. Oczywiście, pozostawała druga podstawa prawna dochodzenia zadośćuczynienia, mianowicie z art. 445 k.c., jednak *de facto* ograniczona do przypadków wymienionych w art. 444 § 1 k.c. (uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia). Pomimo tego, trudno było doszukać się *ratio legis* w poprzednim rozwiązaniu zaproponowanym przez projektodawcę. Wg mojej oceny obie propozycje są niepełne i nie dają możliwości całkowitego wyrównania szkód poniesionych w związku ze zdarzeniem medycznym. Uważam – jak wspomniałem powyżej – że powinna istnieć możliwość przyznania renty obok jednorazowej kwoty zadośćuczynienia (odszkodowania) w przedmiotowym postępowaniu. Niejednokrotnie dopiero przyznanie świadcze-

7 M. Tenenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2010 nr 4.

8 S. Wronkowska, *Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa*, Poznań 2005, s. 72.

9 *Loc. cit.*

nia okresowego, które ułatwia utrzymanie związane ze zwiększonymi potrzebami, daje poczucie bezpieczeństwa. Rozwiązaniem godnym wzięcia pod uwagę jest konstrukcja quasi-negocjacji, w których renta mogłaby się okazać kartą przetargową po jednej bądź drugiej stronie. Ubezpieczyciel zyskałby na tym o tyle, że nie musiałby wypłacać dużej kwoty jednorazowo, a pacjent zyskałby całkiem pokaźną kwotę oraz zabezpieczenie swoich potrzeb przez długi okres. W przypadku przyjęcia takiej konstrukcji, należałoby obwarować ją terminami na złożenie oferty i następnie odpowiedzi na nią. Na koniec rozważań dotyczących zakresu kwot, które otrzymać może osoba składająca wniosek, chciałbym podkreślić, że w razie wyczerpania wskazanej kwoty albo nie zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, to na szpitalu będzie ciążył obowiązek podania propozycji kwoty, która zostałaby pacjentowi wypłacona i wypłaty jej we własnym zakresie (por. art. 67k ust. 10)¹⁰.

Nie mniejsze wątpliwości rodzą w mojej ocenie ramy czasowe odpowiedzialności szpitala za zdarzenie medyczne. Art. 67c ust. 2 ustawy określa, że wniosek składa się w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zaistnieniu zdarzenia medycznego powodującego szkodę, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie. Nie szukając przykładów daleko, w przywołanym powyżej przypadku, w którym orzekł Sąd Okręgowy w Katowicach, pacjent dowiedział się o tym, że zabieg był oczywiście zbędny dopiero po pięciu latach (operacja miała miejsce 13 maja 1996 roku, natomiast 21 maja 2001 roku otrzymał on pismo, z którego wynikało, że zabieg był zbędny). W takim wypadku nie mógłby on dochodzić swoich roszczeń przed wojewódzką komisją. Naturalnie, pozostałaby mu droga postępowania cywilnego przed sądem powszechnym, gdyż przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody na osobie, wyrządzonej czynem niedozwolonym, zgodnie z obowiązującym obecnie art. 442¹ § 3 k.c. nie może się skończyć wcześniej niż przed upływem trzech lat od dnia dowiedzenia się o szkodzie i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia. Nie ma więc w tym przepisie klauzuli z § 1 powołanego przepisu ani też z wcześniej obowiązującego art. 442 § 1 k.c., określającego ostateczny termin przedawnienia na dziesięć lat od wystąpienia zdarzenia powodującego szkodę. Bardziej uzasadnione byłoby inkorporowanie rozwiązania z Kodeksu cywilnego w odniesieniu do przedawnienia do ustawy. Dłuższy okres przedawnienia jest jak najbardziej uzasadniony – nie dostrzegam żadnego *ratio legis* dla tak krótko ujętych terminów z art. 62c ustawy¹¹.

Odnotować należy jeszcze jeden problem wyrastający z przepisów nowelizowanej ustawy. Art. 67b ust 1 pkt. 2) umożliwia spadkobiercom w przypadku śmierci poszkodowanego dochodzenie roszczeń ze zdarzenia medycznego. Konstrukcja taka obca jest prawu cywilnemu – art. 446 k.c. nie posługuje się takim pojęciem. Zgodzić się należy

10 Cf. M. Serwach, *op.cit.*

11 Cf. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op.cit.*

z poglądami wyrażanymi w doktrynie¹², że lepszym rozwiązaniem byłoby zamienienie wyrażenia „spadkobierca” na „najbliższy członek rodziny” (rozumiany szeroko) albo „osoba bliska”. Konsekwencją ukształtowanego w ten sposób przepisu może być to, że gmina ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy albo sam Skarb Państwa będą wnosili o ustalenie istnienia zdarzenia medycznego (art. 935 k.c.) i o wypłatę określonej sumy pieniężnej. Rozwiązanie takie nie może spotkać się z aprobatą i rodzić będzie uzasadniony sprzeciw społeczny. Przecież Skarb Państwa nie poniósł żadnej szkody na swoim majątku ani tym bardziej nie można mówić tu o krzywdzie Skarbu Państwa w związku z wystąpieniem zdarzenia medycznego, którego efektem była śmierć pacjenta. Taka regulacja jest wg mnie nieodpowiednia i powinna zostać zmieniona w postulowany tu sposób.

Pozytywnie należy odnieść się natomiast do wprowadzonej w przyjętej ustawie wobec jej pierwotnego projektu zmiany, dotyczącej sposobu ponoszenia kosztów postępowania. Obecnie, zgodnie z art. 67l ust. 3 pkt. 1, podmiot składający wniosek poniesie koszty postępowania tylko w przypadku, gdy orzeczony zostanie brak zdarzenia medycznego. Poprzednia wersja projektu zakładała w art. 71h ust. 3, że ponieść on musi koszty w przypadku odrzucenia propozycji zakładu ubezpieczeń. Miało to stanowić zaporę dla bezpodstawnego wnoszenia wniosków do wojewódzkich komisji. Stanowiłoby to jednak także zaporę do wnoszenia wniosków w ogóle, gdyż wywierałoby na pacjencie lub jego spadkobiercy presję przyjęcia propozycji i – tym samym – zrzeczenia się reszty roszczeń. W niektórych wypadkach bez wątplenia zapis taki byłby przyczyną przyjęcia nieadekwatnej do poniesionej szkody propozycji ubezpieczyciela.

Zgadzam się z zapatrywaniem większości¹³ przedstawicieli doktryny oraz środowisk walczących o prawa pacjenta, negatywnie oceniających przyjętą nowelizację ustawy. Pomimo obrania dobrego kierunku zmian wydaje się, że ustawodawca zatrzymał się w pół kroku do obranego celu. Pozytywnie mogę ocenić pomysł stworzenia alternatywnej drogi dochodzenia roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych. Budowana instytucja, jak również powołane do życia komisje wojewódzkie mogą stanowić szkielet do dalszych prób zmian w polskim systemie prawnym. Na pewno znikną pewne bariery, które dotychczas uniemożliwiały sprawne dochodzenie swoich praw przed sądami w postępowaniu cywilnym. Wynosząca 200 zł opłata od wniosku zlikwiduje barierę finansową, która istniała i była istotnym problemem w przypadku opłaty od pozwu w procesie cywilnym. Ramy czasowe, w jakie ujęte zostało postępowanie, skrócą termin oczekiwania na rekompensatę doznanych szkód, bez względu na ich charakter. Pozostają

12 *Ibidem*.

13 Opinie A. Sandauer i M. Tenenbaum-Kulig dotyczą poprzedniej wersji projektu ustawy, jednak w wielu kwestiach przyjęty przez ustawodawcę projekt pozostaje zbieżny z poprzednim. Najwięcej, słusznej zresztą, krytyki w poprzednim projekcie ustawy zebrało brzmienie art. 71a ust. 2, który nakładał obowiązek powiązania krzywdy lub szkody pacjenta z winą nieumyślną osoby wykonującej zawód medyczny. Co prawda zostało to z projektu usunięte, inne jednak mankamenty wyliczone w artykule pozostały.

jednak pewne mankamenty, których nie udało się ustawodawcy wyeliminować. Brak możliwości dochodzenia różnicy między kwotą otrzymaną od ubezpieczyciela w postępowaniu przewidzianym przez ustawę a dochodzoną, która zrekompensowałaby szkody, oraz granice kwot oznaczone na dość niskim poziomie wraz z uniemożliwieniem dochodzenia renty w przedmiotowym postępowaniu skutecznie odstrasza wiele osób od skorzystania z tej drogi i wcale – wbrew nadziejom ustawodawcy – nie odciążą sądów w takim stopniu, w jakim powinny. Aby to zrobić, postępowanie powinno być inaczej ułożone. Jego cel musiałby zasadzać się na uzyskaniu od ubezpieczyciela pewnej kwoty, która zaliczałaby się na poczet kwoty dochodzonej później przed sądem powszechnym w przypadku, gdyby pacjent był niezadowolony z jej wysokości, albo na granicach ustawowych, w których mogłoby zostać zaproponowane wyraźnie podwyższone świadczenie ubezpieczyciela, wraz z możliwością dochodzenia renty. Poza tym, postulowałbym (jak wspominałem w treści artykułu) wprowadzenie możliwości negocjowania kwoty między ubezpieczycielem a pacjentem albo jego spadkobiercą, obwarowanej odpowiednimi terminami na odpowiedź. Niestety, pomimo wprowadzenia tych zmian oraz ich celu, efekt będzie najprawdopodobniej taki, że wiele osób, które skorzysta z możliwości, jakie daje im przedmiotowa nowelizacja, nie przyjmie ofert w granicach wyznaczonych przez ubezpieczycieli i w ten sposób tylko przedłuży okres dochodzenia swoich roszczeń, kierując potem sprawy na drogę postępowania sądowego.

SUMMARY

Amendments to the Patients' Rights and Patients' Spokesman Rights Act.

A few remarks on the mechanisms of awarding compensation for damage or injury caused by medical occurrences

The objective of this paper is to present the amendments to the Patients' rights and Patients' Rights Spokesman Act of 28 April 2011. The paper focuses on the drawbacks of the provisions of the Act concerning claims for compensation for damage or injury caused by medical occurrences that are put before regional medical occurrences committees. Despite the undoubtedly right direction of the amended legislation, the purpose of the amendments has not been achieved. The renouncement by applicants of all the claims when accepting the insurers offer concerning the amount of compensation, low sums of the compensation which the patient or his heir may be awarded as well as restricting the places where medical occurrences may happen only to hospitals, narrow the applicability of the amendments and warrants further work on the existing solution.

KEYWORDS: patients' rights and Patients' Rights Spokesman Act, medical occurrences, claim for compensation, medical malpractice, No Fault Patient Insurance.

