

## Kompensacja szkód za błędy medyczne

---

# Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów

**MARIA M. GOSTYŃSKA**

---

*Pozasądowy system kompensacyjny<sup>1</sup>, oparty na działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych<sup>2</sup>, miał uprościć pacjentom dochodzenie roszczeń za błędy medyczne. Ustalenia kontroli NIK wskazują jednak, że tak się nie stało, a w założeniu alternatywny do drogi sądowej system nie spełnia swojej roli.*

---

Przed wejściem w życie ustawy z 2011 r.<sup>3</sup>, w przypadku wystąpienia błędu medycznego, jedyną możliwą drogą dochodzenia roszczeń był proces sądowy z powództwa

cywilnego o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie. Obecnie można wybrać drogę cywilną przed sądem powszechnym bądź postępowanie prowadzone

---

<sup>1</sup> Ten model kompensacji szkód będących następstwem błędów medycznych jest hybrydą systemu nordyckiego i francuskiego. System nordycki przewiduje zastąpienie odpowiedzialności cywilnej szczególnej postaci ubezpieczeniem bez winy (tzw. *Ubezpieczeniem NFPI-No Fault Patient Insurance*), natomiast samo postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw zdarzeń medycznych odpowiada modelowi francuskiemu.

<sup>2</sup> Zdarzenie medyczne – zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta – będące 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 (definicja tego pojęcia wynika z art. 67a ust. 1 u.p.p.). Zdarzenie medyczne oznacza w orzecznictwie niepożądane następstwo zabiegu, spowodowane szczególnie okolicznościami objętymi tzw. ryzykiem medycznym. Pojęcie to nie odnosi się wprost do błędu ludzkiego, ale koncentruje się, w głównej mierze, na organizacji procesu leczenia i w tym zakresie wiąże się z pojęciem winy organizacyjnej. Tym samym ustalenie zdarzenia medycznego nie wpływa na odpowiedzialność zawodową i karną lekarzy (nie stanowi przesłanki determinującej przebieg postępowania dyscyplinarnego, ani postępowania karnego: ustalenie z postępowania przed wojewódzką komisją mogą stanowić dowód w sprawie, ale w żaden sposób ustalenie zaistnienia zdarzenia medycznego nie determinuje przesłanek odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny lub błąd w sztuce). Błąd medyczny dotyczy natomiast działalności osoby wykonującej zawód medyczny i odnosi się do uchybień popełnionych przez nią w procesie leczenia, a więc stanowi naruszenie reguł postępowania ocenianych w kontekście nauki i praktyki medycznej.

<sup>3</sup> Ustawa z 28.4.2011 o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2011 r., nr 113 poz. 660).



przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybór należy do poszkodowanego.

Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się jednak, czas niezbędny na ich rozpatrzenie przed komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych<sup>4</sup> jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów, o czym świadczy między innymi niewielki odsetek zaakceptowanych przez nich propozycji dotyczących kwot odszkodowania i zadośćuczynienia.

Jednocześnie w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby prowadzonych spraw dotyczących błędów medycznych. W 2016 roku prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania, tj. o blisko 46% więcej niż w 2015 roku (3394), a o ponad 23% wzrosła liczba wszczętych postępowań o tego typu przestępstwa<sup>5</sup> (tj. o 408).

Celem podjętej przez NIK kontroli<sup>6</sup> było sprawdzenie, czy działania

wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (zwanymi dalej „komisjami”) zapewniały pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynienia z tytułu zdarzenia medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową, a w szczególności: czy zgodnie z obowiązującymi procedurami ustalały one, czy doszło do zdarzenia medycznego a prawo pacjenta do otrzymania odszkodowania lub zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne zostało zagwarantowane na drodze pozasądowej. Kontrolę przeprowadzono w ośmiu urzędach wojewódzkich<sup>7</sup> pod kątem zapewnienia prawidłowego funkcjonowania wojewódzkich komisji przez powołanie odpowiednich członków tych komisji oraz ich właściwą obsługę administracyjno-organizacyjną<sup>8</sup>.

### Powoływanie członków Komisji

Składy komisji powinny być ustalone na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta (dalej u.p.p.)<sup>9</sup>. Szereg nieprawidłowości stwierdzono już na etapie

<sup>4</sup> Komisje te stanowią państwowe jednostki organizacyjne, działają przy wojewodach (ich siedzibą są urzędy wojewódzkie), są z nimi zespolone organizacyjnie a ich funkcjonowanie jest finansowane z budżetu państwa. Komisje wykonują zadania publiczne (por. wyrok NSA w Warszawie z 5.9.2014, sygn. I OSK 3062/13 oraz stanowisko Departamentu Prawnego i Orzecznictwa Kontrolnego NIK z 12.9.2018, znak: KPK.KPP.440.049.2018.EK-K).

<sup>5</sup> <https://serwisoz.pl/zarazadanie/jak-usprawnilo-procesy-o-bledy-medyczne-3807.html>.

<sup>6</sup> Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli: *Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów*, nr.ewid. 163/2018/P/18/057 KZD, Departament Zdrowia NIK, październik 2018 r.

<sup>7</sup> Dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Kontrolę w tym zakresie przeprowadzono również w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w ramach kontroli rozpoznawczej (nr kontroli R/17/004); ponieważ nie obejmowała ona pełnej I kadencji funkcjonowania komisji (tylko okres 2012 r. – 30 września 2017 r.), dlatego nie we wszystkich zestawieniach tabelarycznych i wykresach można było przytoczyć jej wyniki.

<sup>8</sup> Prowadzenie spraw związanych z działalnością danej komisji jest zadaniem wojewodów, a wykonują je pracownicy wydziałów wyznaczonych przez wojewodę, np. Wydziału Zdrowia, Wydziału Prawnego.

<sup>9</sup> Ustawa z 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318, ze zm.). Art. 67e ust. 5 pkt 1 lit. a, b, c, u.p.p. stanowi, że spośród członków wojewódzkiej komisji: 1) 14 członków powołuje wojewoda, przy czym: a) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa; b) 4 członków stanowią osoby powołane spośród

powoływania ich członków<sup>10</sup>, tj. z naruszeniem przepisów u.p.p.

Ustalono, że wojewodowie (sześciu spośród ośmiu objętych kontrolą) nierzetelnie weryfikowali wymagania stawiane członkom komisji przed powołaniem do jej składu, bez wglądu do dokumentów potwierdzających, że spełniają oni postawione warunki<sup>11</sup>. W efekcie co piąta osoba została powołana do komisji bez rzetelnie przeprowadzonej weryfikacji, nie spełniając ustawowych wymogów, co było sprzeczne z obowiązującymi normami prawnymi określonymi w u.p.p.<sup>12</sup> Skutkowało to orzekaniem przez osoby do tego nieuprawnione.

Wyniki kontroli wskazały, że w odniesieniu do 48 osób (19,7%) – spośród powołanych przez wojewodów – brakowało informacji pozwalających stwierdzić, że nie były prawomocnie skazane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe; w przypadku 49 osób (20,1%), że nie były prawomocnie

ukarane karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej; w stosunku do 47 osób (19,3%), że nie orzeczono wobec nich prawomocnie środka karnego wskazanego w art. 39 pkt 2 lub 2a ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny<sup>13</sup>. Stwierdzono również cztery przypadki powołania do składu komisji osób zgłoszonych przez instytucje do tego nieuprawnione.

Pojedyncze nieprawidłowości dotyczyły także sytuacji, gdy wojewodowie, wbrew postanowieniom u.p.p., nie odwoływali formalnie – w ogóle lub przez okres kilku miesięcy – członków komisji, którzy złożyli rezygnację z dalszego pełnienia tej funkcji, natomiast powoływali na ich miejsce nowe osoby. W efekcie liczba formalnie powołanych członków była większa w tym okresie od ustawowo określonej.

Ustalono również, że wojewodowie sporadycznie korzystali z ustawowej kompetencji odwołania członka komisji w przypadku nieprawidłowego wykonywania przez niego obowiązków lub uchylania się

---

kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa; c) 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta.

<sup>10</sup> Kadencja komisji trwa 6 lat. W okresie od 1.1.2012 do 31.12.2017 działały komisje „I kadencji” a od 1.1.2018 funkcjonują Komisje „II kadencji” (do 31.12.2023).

<sup>11</sup> Por. art. 67e ust. 3 pkt 1 i 2 u.p.p., który stanowi, że w skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym: 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych; 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych; którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.

<sup>12</sup> Art. 67e ust. 4 u.p.p. stanowi, że członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba: 1) prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe; 2) prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej; 3) wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt 2 lub 2a Kodeksu karnego.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1600.



od ich wykonywania<sup>14</sup>. Nadmienić należy, że brzmienie tego przepisu ma charakter obligatoryjny dla organu powołującego członka komisji w wypadku wystąpienia przesłanek do odwołania. Zdaniem NIK, rzetelna realizacja wspomnianego obowiązku wymaga podejmowania przez wojewodów samodzielnej inicjatywy w celu ustalenia, czy nie zachodzi konieczność odwołania członka komisji. Zaniechanie to mogło negatywnie wpływać na prawidłowość i skuteczność pracy komisji jeśli chodzi o przestrzeganie ustawowych terminów w procesie rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego.

Nadmienić należy, że z racji zapewnienia obsługi komisji i finansowania ich działalności, wojewodowie mają realną możliwość pozyskiwania informacji o funkcjonowaniu komisji oraz nieprawidłowym wykonywaniu zadań przez jej członków. Tymczasem wojewodowie w większości nie dokonywali (lub czynili to sporadycznie) analiz i ocen ich pracy.

W trakcie I kadencji, wojewodowie odwołali ze składów komisji łącznie 26 osób. Przyczyną były rezygnacje członków z pełnienia funkcji<sup>15</sup> (23 odwołania) lub nieprawidłowe wykonywanie obowiązków członka komisji<sup>16</sup> (3 odwołania).

Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta również dokonywali zmian

w komisjach odwołując swoich przedstawicieli (odpowiednio 5 i jedna osoba) i powołując na ich miejsce nowych członków. Wojewodowie byli informowani o dokonanych zmianach.

## Składy orzekające

Szereg nieprawidłowości stwierdzono przy powoływaniu składów orzekających do rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego<sup>17</sup>. Ustalono, że tylko 57,4% składów (tj. 284 spośród 495 badanych) wyznaczonych zostało zgodnie z przepisami u.p.p., w tym tylko 54,7% składów (tj. 271) wyznaczili przewodniczący komisji (w pozostałych przypadkach – ich zastępcy), mimo że ustawa o prawach pacjenta przyznaje wyłączną kompetencję przewodniczącemu komisji w zakresie wyznaczania składów orzekających, ich przewodniczących oraz terminu pierwszego posiedzenia składu orzekającego<sup>18</sup>. Ponadto tylko w przypadku 47,5% składów (tj. 235) ich członkowie złożyli „oświadczenie o braku konfliktu interesów” przed powołaniem do składu orzekającego (pozostali członkowie składali takie oświadczenia już po powołaniu)<sup>19</sup>.

Stwierdzono również przypadki (np. w komisji „zachodniopomorskiej” czy komisji „dolnośląskiej”), że składy

<sup>14</sup> Art. 67e ust. 9 u.p.p.

<sup>15</sup> Na podstawie art. 67e ust. 9 pkt 1 u.p.p.

<sup>16</sup> Na podstawie art. 67e ust. 9 pkt 6 u.p.p.

<sup>17</sup> Art. 67g ust. 4 u.p.p.

<sup>18</sup> Art. 67f ust. 2 i 3 u.p.p.

<sup>19</sup> Wymóg złożenia oświadczenia przed powołaniem do składu orzekającego wynika z art. 67g ust. 4 u.p.p. Wzór oświadczenia reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.12.2011 w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz.U. z 2011 r. nr 274 poz.1625).

Tabela 1. Zestawienie liczby posiedzeń składów orzekających w poszczególnych latach I kadencji i w I kwartale 2018 r. w komisjach na terenie województw objętych kontrolą

L.p.	Województwo	Rok						Razem I kadencja	I kwartał 2018 r.	
		2012	2013	2014	2015	2016	2017		II kadencja	
1.	Dolnośląskie	32	147	148	142	141	117	727	24	
2.	Lubelskie	10	52	63	64	77	76	342	18	
3.	Lubuskie	5	27	44	64	56	81	277	10	
4.	Łódzkie	41	161	133	191	131	145	802	18	
5.	Świętokrzyskie	36	101	53	123	89	81	483	20	
6.	Warmińsko-Mazurskie	8	104	93	119	131	117	572	30	
7.	Wielkopolskie	26	240	274	240	197	195	1172	81	
8.	Zachodniopomorskie	30	132	106	143	131	115	657	27	
9.	Mazowieckie <sup>20</sup>	57	370	492	525	688	493	2625	-	
Razem		245	1334	1406	1611	1641	1420	7657	228	

Źródło: Opracowanie własne NIK.

orzekające nie były wyznaczane według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków komisji<sup>21</sup>, a w aktach postępowania przedmiotowych spraw brakowało informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków komisji z orzekania w danej sprawie. Przewodniczącymi składów orzekających były z reguły osoby wykonujące zawód

prawniczy. Tylko w niektórych komisjach (np. „dolnośląskiej”) przewodniczącymi składów orzekających były również osoby wykonujące zawód medyczny, które deklarowały chęć przewodniczenia danej sprawie.

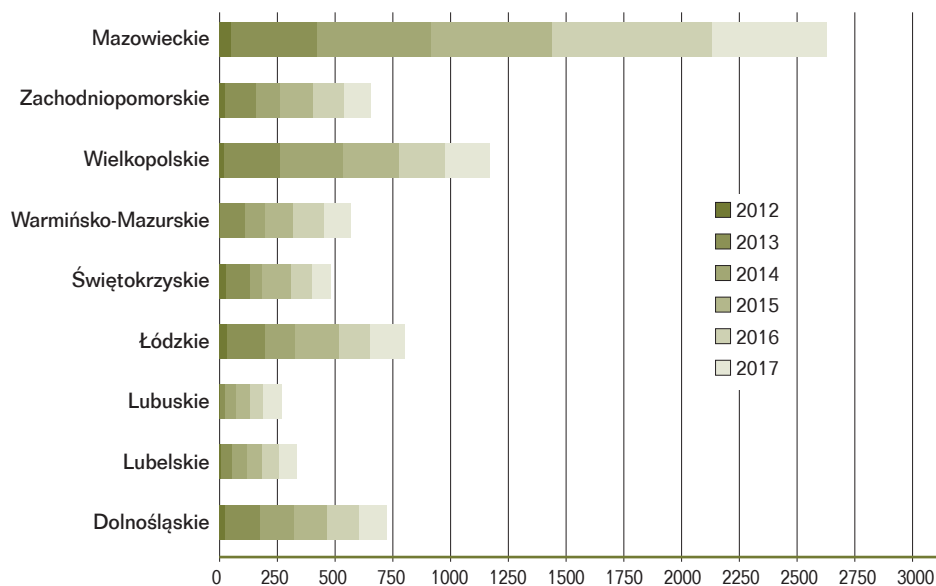
W trakcie trwania I kadencji, liczba posiedzeń składów orzekających w komisjach była bardzo zróżnicowana i to zarówno w poszczególnych latach funkcjonowania

<sup>20</sup> Kontrolę w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim przeprowadzono w ramach kontroli rozpoznawczej (dorzecznej) w tym samym zakresie (nr kontroli R/17/004), obejmowała okres 2012–2017 (do 30 września).

<sup>21</sup> Zgodnie z art. 67f ust. 1, 2, 2a, 2b i 2c u.p.p., przewodniczący komisji wyznacza skład orzekający według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków komisji; jeśli nie jest możliwe wyznaczenie składu orzekającego, to przewodniczący komisji informuje o tym niezwłocznie (nie później niż w terminie 3 dni od dnia wpływu wniosku) Rzecznika Praw Pacjenta (dalej „Rzecznik”). Rzecznik, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o braku możliwości wyznaczenia składu orzekającego z powodu wyłączenia członka komisji, wskazuje wojewódzką komisję właściwą do rozpatrzenia wniosku, mając na uwadze zapewnienie możliwie dogodnych warunków dojazdu dla uczestników postępowania. Komisja, do której wpłynął wniosek, przekazuje całość dokumentacji sprawy komisji wskazanej przez Rzecznika, niezwłocznie, nie później, niż w terminie trzech dni od dnia wskazania.



Rysunek 1. Liczba posiedzeń składów orzekających w poszczególnych latach I kadencji w podziale na kontrolowane województwa



Źródło: Opracowanie własne NIK.

danej komisji, jak i pomiędzy komisjami (wynosiła łącznie od 277 w województwie lubuskim do 2625 – w województwie mazowieckim).

Łączna liczba posiedzeń w składach orzekających na jednego członka komisji<sup>22</sup> (czyli „obciążenie” pracą<sup>23</sup> w trakcie trwania pierwszej kadencji Komisji) była również bardzo zróżnicowana. Jedną z przyczyn to różna liczba posiedzeń składów orzekających konieczna do rozpatrzenia danego wniosku o ustalenie zdarzenia

medycznego (zwykle od 2 do 5 posiedzeń, ale były sprawy, które rozpatrywano nawet na 6-9 posiedzeniach).

### Terminowość wydawanych orzeczeń

W latach 2012–2017 (I kadencja Komisji) do ośmiu komisji (objętych kontrolą) wpłynęły łącznie 2203 wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego (w tym m.in. z powodu zakażenia – 275, uszkodzenia ciała – 738, rozstroju zdrowia – 619,

<sup>22</sup> Dotyczy osób, które były członkami danej komisji przez całą I kadencję, tj. 2193 dni funkcjonowania komisji.

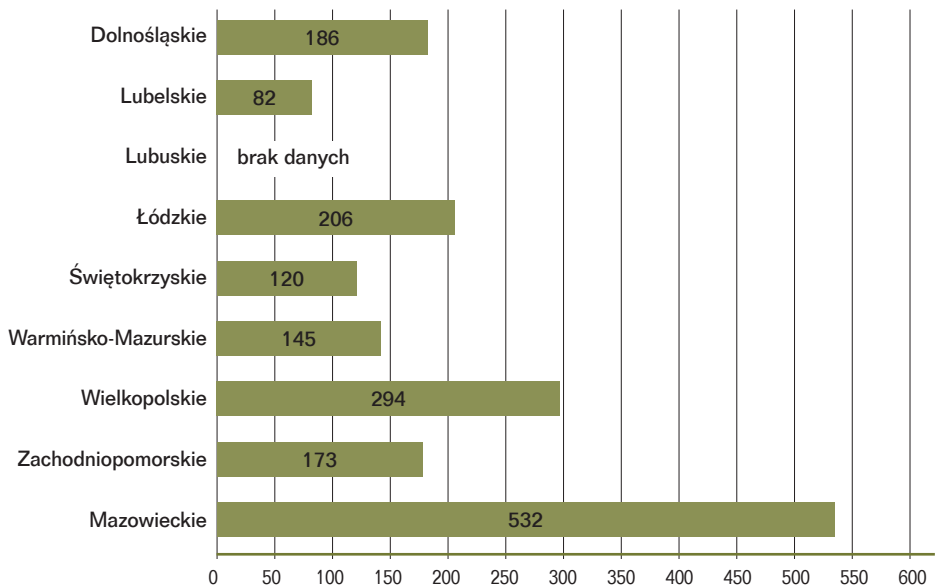
<sup>23</sup> Równomierne obciążenie pracą członków Komisji powinno wynosić 25%, ponieważ w każdej Komisji jest 16 członków, a w każdym składzie orzekającym 4 członków, czyli że każdy z nich winien orzekać w co czwartej sprawie (przy założeniu, że w każdej sprawie będzie tyle samo posiedzeń).

Tabela 2. Obciążenie pracą członków komisji I kadencji

L.p.	Województwo	Łączna liczba posiedzeń komisji I kadencji	Liczba posiedzeń jednego członka komisji			Udział w liczbie posiedzeń ogółem		
			od	do	średnio	od	do	
						%		
1.	Dolnośląskie	727	123	249	186	16,92	34,25	
2.	Lubelskie	342	70	95	82	20,47	27,78	
3.	Lubuskie	277	brak danych					
4.	Łódzkie	802	165	245	206	20,57	30,55	
5.	Świętokrzyskie	483	85	156	120	17,60	32,30	
6.	Warmińsko-Mazurskie	572	118	173	145	20,63	30,24	
7.	Wielkopolskie	1172	236	349	294	20,14	29,78	
8.	Zachodniopomorskie	657	151	195	173	22,98	29,68	
9.	Mazowieckie	2625	344	721	532	13,10	27,47	

Źródło: Opracowanie własne NIK.

Rysunek 2. Średnia liczba posiedzeń na 1 członka komisji w województwach



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Tabela 3. Sposób rozpatrzenia wniosków złożonych w latach 2012–2017

Województwo	Liczba złożonych wniosków (bez wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy)	Liczba zakończonych spraw (bez możliwości ponownego wniesienia wniosku)	Liczba wydanych orzeczeń o braku zdarzenia medycznego	Liczba wydanych orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego
Dolnośląskie	450	305	223	55
Lubelskie	204	150	101	43
Lubuskie	156	77	52	21
Łódzkie	282	225	109	96
Świętokrzyskie	128	97	51	31
Warmińsko-Mazurskie	196	129	77	33
Wielkopolskie	508	297	178	114
Zachodniopomorskie	279	176	119	38
Razem	2203	1456	910	431

Źródło: Opracowanie własne NIK.

śmierci pacjenta – 266). Rozpatrzonych i zakończonych wydaniem orzeczenia zostało jedynie 1456 wniosków (66,1%), a 453 wnioski (20,1%) zwrócono wnioskodawcom bez rozpatrzenia. Wydano 431 orzeczeń o ustalenie zdarzenia medycznego (29,6%), liczba orzeczeń o braku zdarzenia wyniosła 910(62,5%) a 115 postępowań (7,9%) zostało umorzonych.

Do ośmiu komisji wpłynęło ponadto 645 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy (w tym co najmniej 255 od pacjentów i 286 – ze szpitali<sup>24</sup>). Nadmienić należy, że w wyniku tej procedury tylko 24 orzeczenia (16,9%) zostały zmienione (w tym 10 – na korzyść pacjenta i 14 – na korzyść szpitala).

Analiza wytypowanej do kontroli dokumentacji 279 spraw zakończonych w latach 2014–2017, w tym 260 zakończonych wydaniem orzeczenia w I instancji wykazała, że 123 (47,3%) zakończyły się w ustawowym terminie 4 miesiące, a 137 spraw (52,7%) – po tym terminie (najdłuższy czas na wydanie orzeczenia w I instancji wynosił zależnie od komisji od sześciu do nawet ponad 22 miesięcy)<sup>25</sup>.

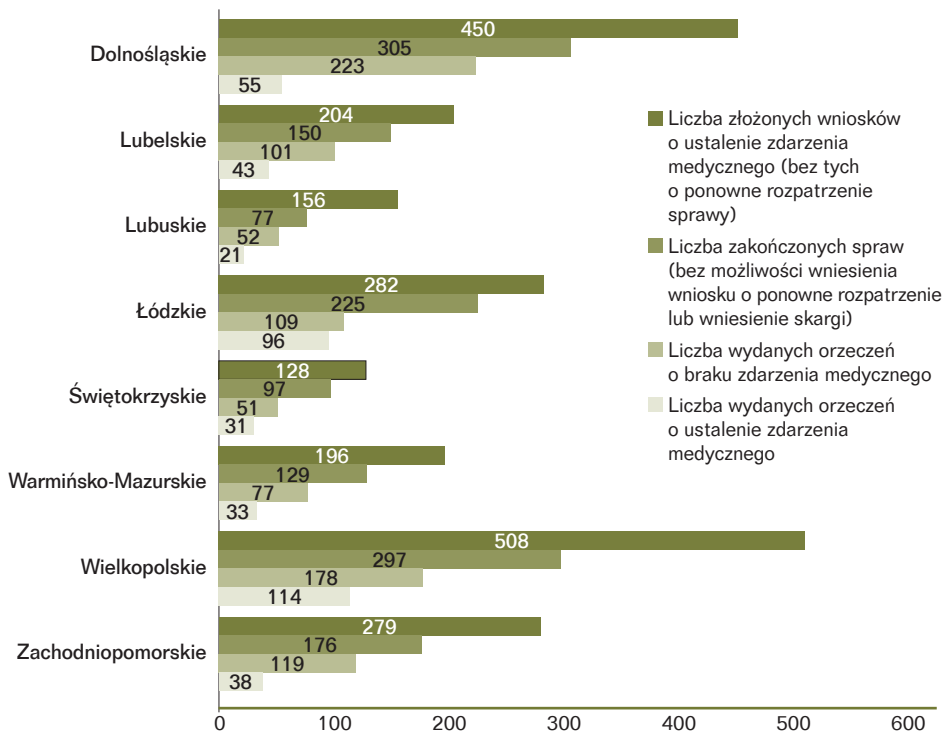
Spośród 142 spraw zakończonych wydaniem orzeczenia w II instancji, 53 sprawy (37,3%) zakończono w ustawowym terminie 30 dni, a 89 spraw (62,7%) po tym terminie (najdłuższy czas na wydanie orzeczenia w II instancji wynosił zależnie od komisji od 62 dni do 855 dni).

<sup>24</sup> Brak szczegółowych ustaleń w tym zakresie z komisji lubelskiej i lubuskiej.

<sup>25</sup> Art. 67j ust. 2 u.p.p.



Rysunek 3. Sposób rozpatrzenia wniosków złożonych w komisjach w latach 2012–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Na terminowość rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego i wydawania orzeczeń istotny wpływ miał czas, w jakim realizowane były wstępne czynności związane ze złożonym wnioskiem przed skierowaniem go na pierwsze posiedzenie składu orzekającego. Wnioski weryfikowane były z reguły w okresie od 7 do 25 dni od ich złożenia (stwierdzono też przypadki weryfikacji wniosków nawet po 36

i 168 dniach) a wysyłane do szpitali o stanowisko w sprawie – po 2-7 dniach (stwierdzono przypadki wysłania wniosków po 20, 51 a nawet 98 dniach, mimo że według u.p.p. – winny być przekazane niezwłocznie<sup>26</sup>).

Czas oczekiwania na stanowisko szpitala wynosił od 9 do 30 dni (stwierdzono przypadki otrzymania stanowiska dopiero po 43 i 53 dniach – zamiast w terminie ustawowym, tj. 30 dni<sup>27</sup>). NIK zwróciła

<sup>26</sup> Art.67d ust.6 u.p.p.

<sup>27</sup> J.w.

uwagę również na długi okres, po jakim sprawy kierowane były do rozpatrzenia na pierwsze posiedzenie składu orzekającego, od otrzymania stanowiska szpitala. Okres ten wynosił od 38 do 108 dni (stwierdzono jednak przypadki, że wyniósł nawet 125 i 379 dni).

Komisje nie dotrzymywały również terminów sporządzenia uzasadnień do wydanych orzeczeń (7 dni)<sup>28</sup> oraz terminów ich doręczeń zainteresowanym stronom (pacjentowi i szpitalowi)<sup>29</sup>.

Wyniki kontroli wskazały, że uzasadnienie do orzeczenia (w I i II instancji) zostało sporządzone w ustawowym terminie 7 dni w przypadku 60,3% uzasadnień (spośród tych, na których podana była data ich sporządzenia, tj. z 59,3% uzasadnień), a orzeczenia wraz z uzasadnieniem doręczono w ustawowym terminie (pacjentowi i szpitalowi) w 43,7% przypadkach (spośród tych, w których ustalono datę doręczenia, tj. z 81,1% doręczeń).

Istotną przyczyną niedotrzymania terminu rozpatrzenia sprawy i wydania orzeczenia był długi czas oczekiwania komisji na sporządzenie opinii przez biegłych. Nie sprawdziło się założenie ustawodawcy, że wiedza członków komisji, którzy posiadają wykształcenie i doświadczenie medyczne, pozwoli w dużej mierze na samodzielne rozwiązywanie przez nich zagadnień natury medycznej, a w szczególności istotnie ograniczy konieczność zasięgnięcia opinii biegłych. Biorąc pod uwagę trudności z uzyskaniem takich opinii i długi czas

oczekiwania na ich sporządzenie, wydłużał się czas wydania orzeczenia przez komisję. Większość komisji często korzystała bowiem z opinii biegłych, w skrajnym przypadku przy wydaniu 85% orzeczeń. Czas oczekiwania na przedstawienie opinii wynosił średnio 59 dni, a maksymalny dla poszczególnych komisji od 111 dni do nawet 639 dni.

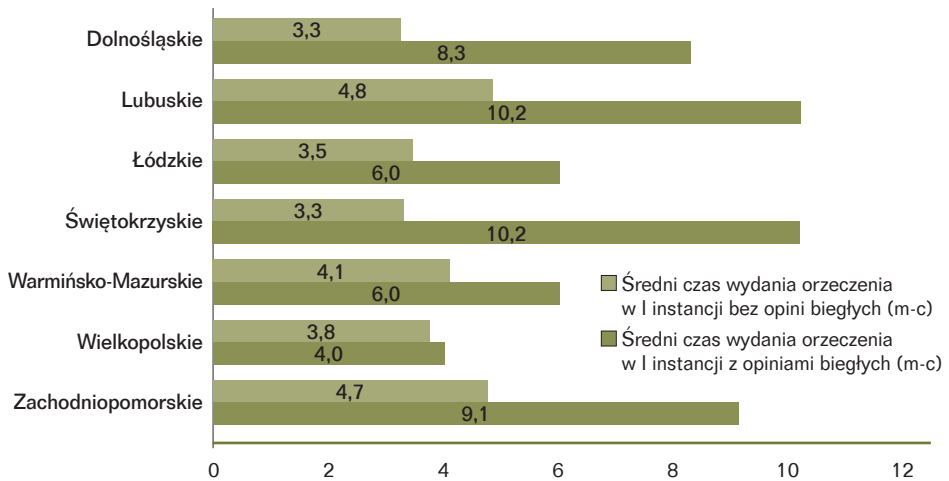
Należy dodać, że zdarzały się przypadki (24 – w badanej próbie 116 spraw, w których komisje wystąpiły o sporządzenie opinii do 163 biegłych), że biegli informowali komisje o odmowie/rezygnacji ze sporządzenia opinii dopiero po pewnym czasie (od 13 do nawet 588 dni). Odmowę sporządzenia opinii uzasadniano nawet obowiązków, urlopem, małym doświadczeniem, znajomością z kierownikiem kliniki lub z lekarzami związanymi z daną sprawą (tj. niemożnością złożenia „oświadczenia o braku konfliktu interesów”). Komisja nie ma jednak wpływu na czas sporządzenia przez biegłego opinii, ale powyższe okoliczności wpływają na czas rozpatrzenia sprawy i wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego. Można to przełożyć na stracony czas pracy komisji, co stanowiło w łącznym wymiarze 1900 dni.

Ustalono, że czas wydania orzeczenia w przypadku zasięgnięcia opinii biegłych wynosił w I instancji średnio 10,2 miesiąca, a najdłuższy nawet 32,6 miesiąca, natomiast w II instancji – w poszczególnych komisjach średnio od 110 do 273 dni, a najdłuższy – 511 dni.

<sup>28</sup> Art. 67j ust. 5 u.p.p.

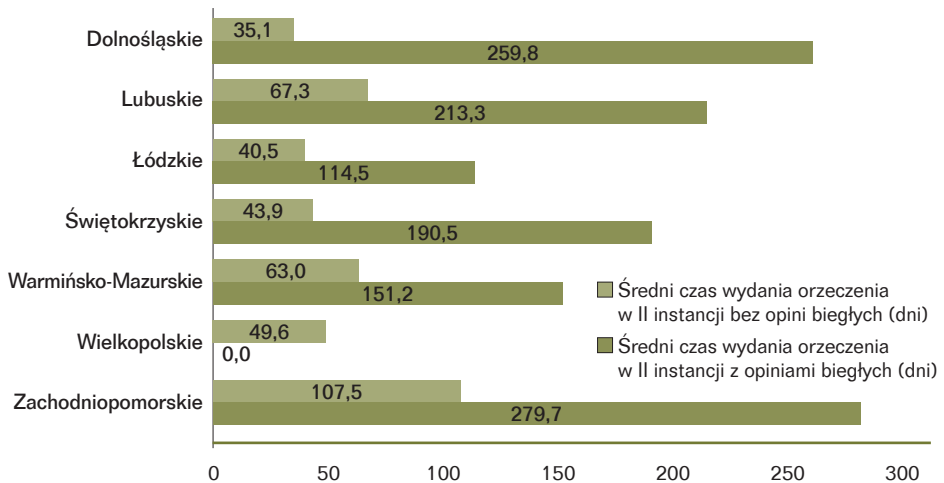
<sup>29</sup> Art. 67j ust. 6 u.p.p.

Rysunek 4. Średni czas wydania orzeczenia w I instancji w poszczególnych komisjach (w miesiącach) – bez zasięgnięcia opinii biegłych i z uwzględnieniem czasu oczekiwania na ich opinie



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Rysunek 5. Wpływ opiniowania na czas rozpatrywania wniosków w II instancji w komisjach



Źródło: Opracowanie własne NIK.

W toku kontroli stwierdzono przypadki, że w tej samej sprawie sporządzane były 2–3 opinie przez różnych biegłych, po czym w postępowaniu z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy również sporządzano opinie (nawet dwie). Należy jednak podkreślić, że zgodnie z przepisami u.p.p.<sup>30</sup> „komisja zasięga opinii biegłego jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych”. Komisje występują o sporządzenie opinii do lekarzy z listy członków komisji lekarskiej<sup>31</sup> lub konsultantów wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Na przykład w latach 2012–2018 (I kwartał) jedna z komisji skorzystała z 69 opinii przy wydaniu 82 orzeczeń (tj. 85,1%), a inna – ze 101 opinii przy wydaniu 157 orzeczeń (tj. 64,3%), a jeszcze inna – ze 120 opinii przy wydaniu 208 orzeczeń (tj. 57,7%).

Natomiast jedna z komisji – w 27 sprawach (67,5%) – spośród 40 badanych – wydała orzeczenie po ustawowym terminie 4 miesięcy (tj. po upływie od 126 do 690 dni od dnia wpływu wniosku). Do rozpatrzenia 20 spraw powołano 32 biegłych, w tym dziewięciu konsultantów wojewódzkich, w wyniku czego Komisja otrzymała

26 opinii (5 biegłych odmówiło sporządzenia opinii). W poszczególnych postępowaniach wyznaczano od jednego do trzech biegłych, a liczba posiedzeń składów orzekających w danej sprawie wynosiła od 1 do 8.

Przewodniczący komisji wskazywali w toku kontroli na problemy związane z powoływaniem biegłych, wynikające z braku wystarczającej liczby specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, braku woli podjęcia się przygotowania opinii uzasadnianej brakiem czasu oraz niskimi stawkami wynagrodzenia.

Za sporządzoną opinię biegły otrzymywał wynagrodzenie, którego wysokość została określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją<sup>32</sup>. Składa się ono z części: stałej w postaci zryczałtowanego wynagrodzenia w kwocie 300 zł oraz zmiennej zależnej od stopnia lub tytułu naukowego osoby wystawiającej opinie. Kwota 300 zł ulegała zwiększeniu o 150 zł – kiedy opinię sporządzała osoba z tytułem naukowym profesora, o 100 zł – jeśli była to osoba ze stopniem naukowym doktora habilitowanego, lub o 60 zł – w przypadku, gdy sprawę opiniowała osoba ze stopniem naukowym doktora<sup>33</sup>. Decyzję o wystąpieniu o opinię

<sup>30</sup> Art. 67i ust. 7 u.p.p.

<sup>31</sup> Listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej opracowują raz w roku konsultanci krajowi w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi (art.32 ust.2 u.p.p.). Komisja Lekarska działa przy Rzeczniku Praw Pacjenta (art.31 ust.2 u.p.p.) a w jej skład wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika z listy, o której wyżej mowa (art.32 ust.1 u.p.p.).

<sup>32</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.12.2011 w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz.U. z 2011 r. nr 294 poz. 1740).

<sup>33</sup> W sprawach objętych kontrolą, opinię sporządziło 61 – profesorów, 21 – doktorów habilitowanych, 60 – doktorów i 20 – lekarzy medycyny. Wśród osób sporządzających opinie, największą grupę stanowili ortopedzi i traumatolodzy narządu ruchu – 35, chirurdzy – 22, ginekolodzy – 18, urolodzy – 11, neurologrzy – 9, specjaliści chorób zakaźnych – 8, chorób wewnętrznych – 5, kardiolodzy – 6, neurochirurdzy – 8, epidemiolodzy – 6, neonatolodzy – 4, radiolodzy – 4, onkolodzy – 4. Pojedyncze opinie sporządzali również laryngolog, psychiatra, patomorfolog.

komisje podejmowały głównie z urzędu, ale również na wniosek wnioskodawcy (18 razy) i podmiotu leczniczego (9 razy).

Kolejną przyczyną przekraczania terminów wydawania orzeczeń przez komisje była znaczna liczba posiedzeń składów orzekających do rozpatrzenia danego wniosku sięgająca nawet 9 posiedzeń. Pomijając przypadki, w których tak duża liczba posiedzeń składów orzekających mogła być konieczna do rozpatrzenia danej sprawy, NIK zwróciła uwagę, że zmniejszeniu ich liczby nie sprzyjał przyjęty sposób wynagradzania członków komisji. Członkowie czterech komisji za udział w każdym posiedzeniu składu orzekającego otrzymywali stałe stawki wynagrodzenia przez cały czas jej funkcjonowania (w trzech przypadkach była to maksymalna stawka, czyli 430 zł, a w jednym – 400 zł.). W czterech innych komisjach stawka ulegała stopniowemu zmniejszeniu w poszczególnych latach i była uzależniona od liczby kolejnych posiedzeń komisji w danej sprawie.

Łączne wydatki na wynagrodzenia członków ośmiu komisji (objętych kontrolą) w trakcie trwania I kadencji wyniosły 7,5 mln zł, co stanowiło 68% kwoty wydatkowanej na ich funkcjonowanie, to jest 11,1 mln zł.

Wskazane wyżej okoliczności spowodowały, że ponad połowa rozstrzygnięć w sprawach zgłoszonych przez wnioskodawców kończyła się z naruszeniem ustawowego czteromiesięcznego terminu. W skrajnych przypadkach rozstrzygnięcia

zapadały nawet po 22 miesiącach. Nie zostało zatem zrealizowane podstawowe założenie wprowadzonych w 2011 r. zmian ustawowych, których celem miało być usprawnienie dochodzenia roszczeń.

### Koszty działania komisji

Działalność wojewódzkich komisji jest finansowana z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody<sup>34</sup>. Na całkowite koszty dotyczące ich funkcjonowania składają się te związane z wynagrodzeniem członków danej komisji oraz koszty postępowania przed nią<sup>35</sup> (które stanowią: zwrot kosztów podróży i noclegów oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych, wynagrodzenia za sporządzenie opinii, opłata za złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego), a także koszty obsługi komisji ponoszone przez urząd wojewódzki na wynagrodzenia osób zapewniających ich obsługę oraz wyposażenia biurowego i materiałów biurowych.

W poszczególnych województwach kwoty planowane i wydatkowane różniły się między sobą. Miało to związek z liczbą wpływających wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego.

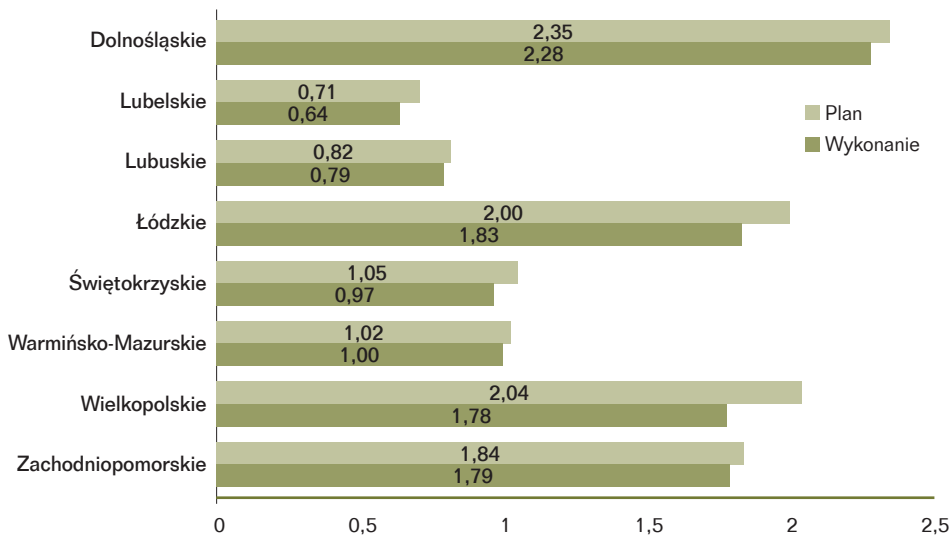
Wojewodowie nie egzekwowali skutecznie zwrotów kosztów postępowania przed komisją, określonych w orzeczeniach o ustaleniu zdarzenia medycznego, w sytuacji gdy stanowią one dochód budżetu państwa.

Badanie dokumentacji dotyczącej 288 spraw z lat 2014–2017 wykazało, że w terminie 30 dni, na konta urzędów

<sup>34</sup> Art. 67h ust. 3 u.p.p.

<sup>35</sup> Art. 67l ust. 5 u.p.p.

Rysunek 6. Koszty działalności poszczególnych komisji I kadencji w województwach objętych kontrolą w latach 2012–2017 (w mln)



Źródło: Opracowanie własne NIK.

wojewódzkich wpłynęły środki tylko w przypadku 37,2% orzeczeń wydanych w I instancji (92 orzeczenia spośród 247, w których podane były koszty) na łączną kwotę 32,5 tys. zł (stanowiącą 37,7% łącznej kwoty kosztów postępowania, tj. 93,6 tys. zł) i z 50,8% orzeczeń wydanych w II instancji (tj. z 66 orzeczeń spośród 130, w których podane były koszty) na łączną kwotę 36,3 tys. zł (stanowiącą 60,2% kwoty należnej, czyli 60,4 tys. zł).

### Dochodzenie roszczeń

Przewidziana w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta procedura dochodzenia określonej kwoty odszkodowania

nie zapewniała pacjentowi uzyskania tego świadczenia. Odbywała się poza komisją i była realizowana przez pacjenta i szpital w drodze negocjacji. Komisje nie posiadały nawet pełnych informacji, czy doszło do porozumienia w kwestii wysokości odszkodowania i czy pacjent ją otrzymał. Brak ściśle określonych regulacji powodował, że wielu pacjentów było nieusatysfakcjonowanych propozycjami szpitali.

Szpital nie były zainteresowane wypłatą świadczeń adekwatnych do poniesionych przez pacjentów szkód. Wykorzystywały one, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku

zdarzenia medycznego<sup>36</sup> nie określało minimalnych kwot świadczenia, a jedynie ich górne limity. Stwierdzono również przypadki nieprzestrzegania ustawowego obowiązku przedstawienia pacjentowi propozycji odszkodowania/zadośćuczynienia.

Funkcjonowanie komisji tylko w znikomym stopniu umożliwiło pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień (dalej „świadczeń”). Zgodnie z przepisami u.p.p.<sup>37</sup> – w następstwie wydanego przez komisję prawomocnego orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego – ubezpieczyciel/szpital przedstawia wnioskodawcy w terminie 30 dni za pośrednictwem komisji propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia, a jeśli nie spełni tego wymogu, jest zobowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku<sup>38</sup>, nie wyższej niż określona w art. 67k ust. 7 u.p.p.<sup>39</sup>

Wyniki kontroli wskazały, że ubezpieczyciele/szpital nie przestrzegali wymogu przedstawiania w każdym przypadku propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, jak również nie dotrzymywali ustawowego terminu na jej przedstawienie. Nie naruszało to jednak prawa pacjenta do możliwości zaspokojenia roszczenia we wnioskowanej kwocie. Komisje wystawiały zaświadczenie, w którym stwierdzały

złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji tego świadczenia<sup>40</sup>.

Propozycje świadczeń (odszkodowań i/lub zadośćuczynień) zostały złożone do 231 (spośród 253) orzeczeń o ustalenie zdarzenia medycznego wydanych w I kadencji funkcjonowania komisji, ale w 166 przypadkach (71,9%) zostały one odrzucone przez wnioskodawców. Natomiast w badanej próbie 336 wniosków (z lat 2014–2018), propozycję świadczenia złożono do 81 orzeczeń (spośród 88 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego), ale tylko 19 propozycji zostało zaakceptowanych przez wnioskodawców.

W ocenie NIK rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego<sup>41</sup> nie spełnia swojej funkcji, ponieważ na jego podstawie trudno jest pacjentowi określić możliwą do uzyskania wysokość odszkodowania/zadośćuczynienia.

Ponadto, w rozporządzeniu podano tylko maksymalne stawki świadczeń, co pozwala szpitalom proponować stawki jak najniższe. Szpitale w składanych propozycjach nie zawierały sposobu kalkulacji świadczeń pieniężnych odnoszących się do pozycji

<sup>36</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.6.2013 w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. z 2013 r. poz. 750), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wysokości świadczenia”.

<sup>37</sup> Art. 67k ust. 2 i 10 u.p.p.

<sup>38</sup> Art. 67k ust. 3 u.p.p.

<sup>39</sup> Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku: zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 tys. zł a śmierci pacjenta – wynosi 300 tys. zł.

<sup>40</sup> Art. 67k ust. 4 u.p.p.

<sup>41</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.6.2013 w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. z 2013 r. poz. 750).

wskazanych w rozporządzeniu i z reguły proponowane były pacjentom kwoty znacznie niższe niż kwoty maksymalne, wynikające z powyższego rozporządzenia (niekiedy nawet kuriozalnie niskie, np. 100 zł).

Komisje nie prowadzą (nie mają takiego obowiązku) ewidencji złożonych przez szpitale propozycji świadczeń oraz zaakceptowanych i wypłaconych pacjentom świadczeń. Badając dokumentację, udało się zidentyfikować wysokość złożonych propozycji tylko w 18 orzeczeniach (spośród 80) na łączną kwotę 226 tys. zł i wielkość wypłaconych świadczeń tylko w odniesieniu do 8 orzeczeń na łączną kwotę 66 tys. zł. Wnioskodawca nie jest prawnie zobligowany do uzasadnienia oraz wskazania sposobu obliczenia żądanej kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia<sup>42</sup>, co powoduje, że wysokość tych kwot nie jest akceptowana przez szpitale.

Żądania te przekraczają również częstość kwoty, które przy zastosowaniu reguł przedstawionych w rozporządzeniu<sup>43</sup> szpitale mogły zaakceptować lub zaproponować. Na przykład do 84 orzeczeń o ustalenie zdarzenia medycznego – spośród 98 wydanych przez komisję „łódzką” – szpitale złożyły propozycje wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, ale tylko 17 z nich (20,2%) zostało zaakceptowanych przez wnioskodawców (propozycje wynosiły

od 1000 zł do 62 000 zł), a 67 (79,8%) – odrzuconych (propozycje wynosiły od 100 zł do 50 000 zł). Na przykład pacjent żądał we wniosku 25 800 zł, ale szpital zaproponował 1000 zł (mimo że na podstawie rozporządzenia w sprawie wysokości świadczenia mógł zaproponować maksymalnie 9500 zł) i pacjent zaakceptował ją.

Inny pacjent oczekiwał 75 000 zł odszkodowania, a szpital zaproponował 100 zł (mimo iż mógł zaproponować maksymalnie 37 750 zł) i propozycja została odrzucona. Inny pacjent żądał 20 000 zł odszkodowania, szpital zaproponował 10 000 zł (mimo iż maksymalnie mógł zaproponować 71 500 zł) i propozycja została przyjęta.

### Rozpatrywanie skarg

Zgodnie z przepisami u.p.p.<sup>44</sup> wnioskodawca, szpital oraz ubezpieczyciel mogą, w terminie 30 dni<sup>45</sup>, wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Można ją oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją.

W latach 2012–2017 do 7 komisji<sup>46</sup> wpłynęło 71 skarg (w tym 31 – złożyli wnioskodawcy, 39 – szpitale i 1 – ubezpieczyciel), ale uwzględnione zostały tylko 4 skargi.

Szereg nieprawidłowości stwierdzono w przebiegu procedury rozpatrywania

<sup>42</sup> Mogą świadczyć o tym przykłady zaakceptowanej przez wnioskodawcę wysokości kwot odszkodowania i zadośćuczynienia zaproponowane przez szpital/ubezpieczyciela, które były znacznie niższe od kwot wnioskowanych.

<sup>43</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.6.2013 w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. z 2013 r. poz. 759).

<sup>44</sup> Art. 67m ust. 1 u.p.p.

<sup>45</sup> Zgodnie z art. 67m ust. 1 u.p.p., termin 30 dni na wniesienie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji liczy się od dnia bezskutecznego upływu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (o którym mowa w art. 67j ust. 8 u.p.p.).

<sup>46</sup> Brak danych z komisji lubelskiej.



skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczeń komisji. Dotyczyły one nieprzestrzegania terminów rozpatrywania skarg (tylko 41,7% badanych skarg rozpatrzono w ustawowym, 30-dniowym terminie, a pozostałe w terminie nawet 190-390 dni), wyznaczenia składów orzekających do ich rozpatrzenia (prawidłowo wyznaczono 90,2%), składania oświadczeń o braku konfliktu interesów (złożono je w 85,4% badanych skarg, ale tylko w 39,0% przypadków – przed powołaniem do składu orzekającego).

### **Informowanie Ministra Zdrowia o efektach pracy komisji**

W okresie 2012–2017 (I kwartał) wojewodowie przekazywali Ministrowi Zdrowia (i Rzecznikowi Praw Pacjenta) na jego prośbę, informacje o działalności komisji. Zawierały one dane o liczbie wniosków złożonych i zwróconych oraz stanowiących przedmiot prac komisji, a także o zakończonych postępowaniach.

Od 11 maja 2017 r. podstawę do składania informacji kwartalnych Ministrowi Zdrowia i Rzecznikowi Praw Pacjenta stanowi art. 67p ustawy o prawach pacjenta. Zawierają one między innymi dane o liczbie wniosków, które wpłynęły do Komisji, w tym wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji, a także o liczbie zakończonych postępowań ze wskazaniem rodzaju wydanego orzeczenia.

Ustalono, że wojewodowie (dwóch spośród ośmiu objętych kontrolą)

nie przestrzegali ustawowych terminów przekazywania powyższych sprawozdań, a jeden z nich przekazywał niezgodne ze stanem faktycznym dane o liczbie wpływających wniosków i skarg.

### **Inne ustalenia związane z kontrolą**

Rzecznik Praw Pacjenta negatywnie ocenił<sup>47</sup> funkcjonowanie od 2012 r. wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Rzecznik wskazał na niektóre regulacje u.p.p., których przestrzeganie przez komisję (do czego jest zobligowana) powoduje, że – wbrew założeniom ustawodawcy – obecny system pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów nie stanowi alternatywy dla sądownictwa powszechnego. Rzecznik zwrócił uwagę m.in. na:

- ograniczenie możliwości orzekania o zdarzeniach medycznych wyłącznie do zdarzeń mających miejsce w szpitalach;
- wątpliwości co do przyznania mocy wiążącej orzeczeń wydanych przez komisje wobec sądów;
- kwestie przerywania biegu przedawnienia.

W latach 2012–2017 liczby składanych pozwów do sądów były wyższe niż przywołane w ocenie skutków regulacji wprowadzających system pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Szacowano – odnosząc się do lat 2001–2019 – że wprowadzenie nowych regulacji zmniejszy wpływ spraw do sądów o odszkodowania za szkody wyrządzone w służbie zdrowia ze 330 średniorocznie do 99. Jednak w latach 2012–2017 liczba spraw odszkodowawczych wpływających do sądów rejonowych

<sup>47</sup> W informacji uzyskanej na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy o NIK.

i sądów okręgowych I instancji wyniosła średniorocznie 905, a więc blisko 10-krotnie więcej niż szacowano.

Należy więc stwierdzić, że utworzenie wojewódzkich komisji nie miało istotnego wpływu na odciążenie sądów powszechnych sprawami o odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych.

Postępowania przed komisjami trwały zdecydowanie krócej niż na drodze procesowej. Należy jednak zaznaczyć, że orzeczenie komisji nie stanowi gwarancji uzyskania świadczenia, które naprawiałoby poniesioną przez pacjenta szkodę. Uzyskanie satysfakcjonującego orzeczenia nie oznacza, że pacjent nie będzie musiał korzystać z dłuższej dla niego drogi sądowej dla zaspokojenia swojego roszczenia.

Postępowanie przed komisją, jako droga uzyskania świadczenia odszkodowawczego, nie stało się więc faktyczną alternatywą dla postępowania sądowego.

### Wnioski z kontroli

Z ustaleń kontroli wynika, że obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia.

Działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewniły pacjentom możliwości szybkiego uzyskiwania odszkodowań lub zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego.

We wnioskach do Ministra Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli postulowała za inicjowanie procesu legislacyjnego mającego na celu wprowadzenie zmian w postępowaniu przed wojewódzką komisją,

pozwalających na skrócenie czasu potrzebnego na wydanie orzeczenia, obejmujących następujące kwestie:

1. Uproszczenie systemu doręczeń, tak aby umożliwić komisjom zawiadomianie o terminach posiedzeń za pomocą urządzeń telekomunikacyjnych i elektronicznych oraz bezpośrednio na posiedzeniu. Obecnie konieczność uzyskania potwierdzenia doręczenia zawiadomienia, na przykład o posiedzeniu składu orzekającego, powoduje, że posiedzenia muszą być planowane nawet z dwumiesięcznym wyprzedzeniem. Doręczenia za zwrotnym potwierdzeniem odbioru winny bezwzględnie dotyczyć orzeczeń kończących postępowanie.

2. Rozważenie skrócenia czasu na przedłożenie stanowiska przez szpital.

3. Poszerzenie grupy osób, których opinii komisje mogą zasięgać, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, przez wskazanie, że komisje mogą zasięgać opinii specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

4. Wprowadzenie instytucji zastępcy przewodniczącego, zastępującego go w kwestiach związanych z przygotowaniem rozpatrzenia sprawy (weryfikacja formalna wniosku, zarządzenie o doręczeniu podmiotowi leczniczemu, wyznaczenie składu orzekającego i jego przewodniczącego, wyznaczenie terminu pierwszego posiedzenia).

Z kolei gwarancja uzyskania odszkodowania i/lub zadośćuczynienia winna być osiągnięta następującymi środkami:

1. Określenia, w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 67k ust. 11 u.p.p.,

w sposób jasny i zrozumiały dla osób nieposiadających profesjonalnego przygotowania, minimalnych i maksymalnych kwot świadczenia dla poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych (np. uszkodzenie wzroku minimum – maksimum; zakażenie minimum – maksimum; uszkodzenie organu wewnętrznego minimum – maksimum). Poziom szczegółowości taryfikatora winien być tak określony, aby każdy pacjent znając charakter zdarzenia medycznego, mógł z łatwością ustalić, jaką kwotę może uzyskać. Dzięki temu do komisji nie powinny trafiać sprawy, w których poszkodowani uważają, że ich szkoda jest o wiele więcej warta. Punktem wyjścia do ustalenia kwot w rozporządzeniu winny być orzeczenia przed sądami powszechnymi w zakresie zasądzonych odszkodowań i zadośćuczynień. W „taryfikator” można wpisać reguły rewaloryzacji.

2. Komisję należy zobowiązać do ustalenia i wskazania w orzeczeniu okoliczności oraz następstw zdarzenia medycznego określonych w rozporządzeniu, które winny być wzięte pod uwagę przez szpital przy ostatecznym określeniu proponowanej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Biorąc pod uwagę znaczną liczbę wniosków, które są zwracane wnioskodawcom z uwagi na ich niekompletność, w ocenie NIK należałoby również rozważyć nowelizację art. 67 d ust. 5 u.p.p. Zgodnie z tą regulacją wniosek niekompletny

lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia. Nie ma możliwości jego uzupełnienia, co biorąc pod uwagę uproszczony charakter postępowania byłoby pożądanym i umożliwiło dalsze procedowanie.

Zaniechanie działań przez Ministra Zdrowia i utrzymanie dotychczasowych, nieskutecznych regulacji może być podstawą kwestionowania celowości funkcjonowania systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów w dotychczasowej formie.

Natomiast we wnioskach do wojewodów NIK uznała za zasadne – w świetle ustaleń kontrolnych – podjęcie następujących działań:

- wzmocnienie/podjęcie działań monitorujących prawidłowość wykonywania obowiązków przez członków komisji;
- wzmocnienie nadzoru nad pracownikami urzędu realizującymi zadania związane z obsługą komisji;
- dostosowanie składu komisji do wymogów u.p.p. (przez odwołanie osób powołanych niezgodnie z przepisami i niespełniających wymagań określonych w u.p.p.);
- rzetelne sporządzanie sprawozdań z działalności komisji i terminowe ich przekazywanie Ministrowi Zdrowia i Rzecznikowi Praw Pacjenta.

MARIA M. GOSTYŃSKA  
Departament Zdrowia NIK

**Słowa kluczowe:** pozasądowe dochodzenie roszczeń, błąd medyczny, zdarzenie medyczne, komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, odszkodowanie, zadośćuczynienie

**Key words:** out-of-court claims, medical malpractice, medical event, medical incident commission, compensation, redress