

# Katarzyna Krupa-Lipińska

---

"Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych: problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa",  
pod red. Eugeniusza Kowalewskiego,  
Toruń 2011 : [recenzja]

---

Palestra 58/1-2(661-662), 248-253

---

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

# Recenzje i noty recenzyjne

*Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych.  
Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*  
pod red. E. Kowalewskiego  
Toruń: TNOiK 2011, ss. 295.

Z dniem 1 stycznia 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup>, która wprowadziła do polskiego porządku prawnego porządkowy tryb kompensacji szkód (majątkowych i niemajątkowych) z tytułu zdarzeń medycznych. O zaistnieniu niniejszych zdarzeń mają rozstrzygać wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej zwane wojewódzkimi komisjami), działające przy urzędach wojewódzkich. W doktrynie prawa system wprowadzony niniejszą nowelizacją został określony nie tylko jako nowy, lecz wręcz jako przełomowy (s. 219), a nawet rewolucyjny (s. 93), choć budzący wiele zastrzeżeń co do szczególnych regulacji.

Z uzasadnienia projektu ustawy nowelizacyjnej wynika, że celem ustawodawcy było przyśpieszenie, uproszczenie oraz zmniejszenie kosztów dochodzenia roszczeń związanych ze szkodami doznаныmi w związku ze świadczeniem usług medycznych. Przy realizacji tych niewątpliwie słusznych zamierzeń za wzór mogły posłużyć rozwiązania przyjęte w innych systemach prawnych (w tym w szczególności w Skandynawii i Francji), pod warunkiem jednak, że oparte byłyby one na spójnej koncepcji co do funkcjonowania nowego systemu, z uwzględnieniem polskich realiów prawnych, medycznych oraz ekonomicznych. Tymczasem wiele z przyjętych rozwiązań już w projekcie ustawy oraz po jej uchwaleniu wzbudzało (i nadal wzbudza) wiele kontrowersji. Głosy krytyki co do kształtu nowej regulacji płyną zarówno ze strony środowiska prawniczego, jak i medycznego. Stąd z uznaniem należy powitać na naszym rynku wydawniczym pierwsze kompleksowe opracowanie powyższej problematyki w postaci pracy zbiorowej pod redakcją prof. dr. hab. E. Kowalewskiego pt. *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, które ukazało się nakładem wydawnictwa TNOiK w Toruniu.

Recenzowana praca składa się z 13 rozdziałów, każdy autorstwa lub współautorstwa osoby specjalizującej się w dziedzinie prawa lub medycyny, której dany rozdział dotyczy.

<sup>1</sup> Ustawa z 28 kwietnia 2011 r., Dz.U. nr 113, poz. 660.

Jak każde dzieło zbiorowe, również i omawiana pozycja wymagała pewnego usystematyzowania. Zamysł redaktora wydaje się jasny: od zagadnień ogólnych o charakterze wprowadzającym do problematyki alternatywnego systemu kompensacji, poprzez uwagi osób reprezentujących urzędy lub samorządy zawodowe związane ze świadczeniem usług medycznych, kwestie ubezpieczeniowe, działalność i postępowanie przed wojewódzkimi komisjami, kończąc na zagadnieniach szczegółowych, takich jak problematyka związku przyczynowego oraz prawo pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej. Powyższy układ pracy w sposób klarowny i pełny wprowadza czytelnika w omawianą tematykę, dając wszechstronny obraz nowego uregulowania, a także problemów mogących pojawić się na tle jego stosowania.

Pracę rozpoczyna rozdział autorstwa M. Nesterowicza oraz M. Wałachowskiej, poświęcony odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych. Pełni on funkcję wprowadzającą do dalszych rozważań, w sposób przekrojowy przedstawia bowiem rozwój odpowiedzialności za szkody medyczne oraz precyzyjnie wskazuje mankamenty nowej legislacji. Wśród nich Autorzy szczególną uwagę zwracają na brak określenia uszczerbków, które mają być kompensowane (tak jak na gruncie art. 444 k.c.), w tym na brak renty; brak określenia zasad odpowiedzialności szpitala i lekarza (ustawa wprowadza system odszkodowawczy, który nie jest systemem *No Fault Patient Insurance*, zdarzenie medyczne ma być bowiem niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, co wskazuje na winę lekarza); rażąco niską wysokość świadczeń, których może domagać się poszkodowany pacjent, oraz na nonsens prawny polegający na tym, że za zakażenie, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjent może uzyskać do 100 tys. zł, gdy tymczasem w razie śmierci jego spadkobiercy mogą domagać się 300 tys. zł. Należy przychylić się do postulatu Autorów podniesienia odszkodowania (zadośćuczynienia) na rzecz osób bezpośrednio poszkodowanych do 1 mln zł, stanowisko to uwzględnia bowiem rzeczywiste sumy zasądzone przez sądy w sprawach medycznych. Obecna regulacja sprawia, że nowy system może okazać się z punktu widzenia pacjentów mało atrakcyjny: będą w nim dochodzone drobne roszczenia, natomiast poważniejsze sprawy nadal będą rozstrzygane przez sądy powszechne. W konsekwencji można postawić bardziej doniosłe pytanie o to, czy w takim razie tworzenie całego nowego systemu, w tym powoływanie wojewódzkich komisji, jest rzeczywiście w pełni uzasadnione? W rozdziale 1 M. Nesterowicz oraz M. Wałachowska słusznie skrytykowali ponadto konieczność zrzeczenia się roszczeń oraz zamknięcie drogi sądowej [rozwiązania takiego nie ma ani w systemie szwedzkim (s. 50), ani francuskim (s. 66), na co zwróciła uwagę K. Bączyk-Rozwadowska w rozdziale 2]; wskazano błędne określenie kręgu osób uprawnionych do świadczenia w razie śmierci pacjenta (jako „spadkobierców”, a nie pośrednio poszkodowanych, jak w art. 446 § 2–4 k.c.), a także zagrożenie „tabelaryzacją” przy określaniu np. wysokości odszkodowania.

Zgodnie z postulatem środowiska lekarskiego oraz zamysłem ustawodawcy nowy system wzorowany był głównie na rozwiązaniach przyjętych w krajach skandynawskich. K. Bączyk-Rozwadowska szczegółowo przedstawiła szwedzki model ubezpieczenia na rzecz pacjentów, oparty na konstrukcji swoistej postaci ubezpieczenia NFPI, a następnie omówiła także francuski model odpowiedzialności bez winy, w której to odpowiedzialność objętą obowiązkowym ubezpieczeniem OC lekarzy i zakładów

leczniczych wzmacnia gwarancyjna odpowiedzialność państwa ukształtowana na zasadach słuszości. Należy podzielić opinię Autorki co do pozytywnej oceny wieloletniego funkcjonowania obu systemów alternatywnych. Stanowisko takie zgodne jest zresztą z poglądami komentatorów szwedzkich, którzy uznają swój system za bardzo efektywny, na co zwrócono uwagę również w rozdziale 11, poświęconym związkowi przyczynowemu (s. 232).

O tym, że rozpatrywana materia została naświetlona w sposób kompleksowy, świadczą rozdziały autorstwa przedstawicieli medycyny: J. Orłowskiej-Heitzman (Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Naczelnej Radzie Lekarskiej) oraz R. Krajewskiego (Wiceprezesa Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej), a także Minister K. B. Kozłowskiej (Rzecznika Praw Pacjenta). J. Orłowska-Heitzman wyraziła swoje wątpliwości m.in. co do tego, czy po stwierdzeniu przez komisję wojewódzką zdarzenia medycznego będzie ona miała obowiązek zawiadomić o tym fakcie rzecznika odpowiedzialności zawodowej samorządu zawodowego, a także co do ekonomiki postępowania przed wojewódzką komisją, polegającej na korzystaniu z materiału dowodowego zgromadzonego w postępowaniu korporacyjnym. R. Krajewski stwierdził natomiast, że nowelizacja zawiera niewłaściwe rozwiązania, które nie spełnią oczekiwań ani pacjentów, ani lekarzy. Oczekiwaniem samorządu lekarskiego jest bowiem to, aby nowy system umożliwił otwartą i rzetelną dyskusję na temat bezpieczeństwa leczenia. Tymczasem np. uregulowanie definicji zdarzenia medycznego oznacza (w zw. z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) automatyczne stwierdzenie naruszenia zasad wykonywania zawodu i skutkuje co najmniej odpowiedzialnością zawodową, gdy jednocześnie sposób wydania takich orzeczeń nie zapewnia lekarzom odpowiedniej ochrony ich praw. Zgodnie ze stanowiskiem samorządu w nowym systemie należałoby faktycznie orzekać bez dowodzenia winy, wprowadzanie bowiem powyższych elementów ocennych nie tylko nie usunie dotychczasowych antagonizmów, ale wręcz otworzy nowe pole do konfliktu.

Jak zauważył W. W. Mogilski (s. 126), omawiany system ma sens tylko wtedy, gdy będzie wsparty udziałem ubezpieczyciela. Stąd uwagi dotyczące niniejszej kwestii mają dla recenzowanej publikacji znaczenie fundamentalne. Dla wypowiadających się Autorów, tj. E. Kowalewskiego, W. W. Mogilskiego oraz A. Liwacza, niedopracowanie przepisów w kwestii ubezpieczeń oraz wiążące się z tym poważne konsekwencje były – jak widać – od samego początku oczywiste. W świadomości społecznej problem ten zaczyna być dopiero dostrzegany, dzięki coraz częstszym informacjom w prasie alarmującym o ogromnym procencie szpitali, które nie zawarły do dnia dzisiejszego ubezpieczenia wymaganego przez znowelizowane przepisy z powodu braku środków na opłacenie wysokich składek. Przyznać jednak należy, że w publikacji różnie ocenia się, czy ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych ma charakter obowiązkowy. Za przyjęciem takiego charakteru ubezpieczenia wypowiedzieli się E. Kowalewski (s. 95) oraz A. Liwacz (s. 285–286), natomiast przeciwko W. W. Mogilski (s. 122–125, 139). Z przyczyn wskazanych na s. 95 publikacji należy przychylić się do stanowiska uznającego obowiązkowy charakter omawianego ubezpieczenia, jednakże wskazana różnica zdań i trafne argumenty przytoczone przez wszystkich Autorów uwidaczniają problem jakości prac nad omawianą nowelizacją, w której nanoszone poprawki były wybiórcze, przez co spowodowały niepotrzebne niejasności.

W rozdziale autorstwa E. Kowalewskiego skupiono się na charakterystyce ubezpieczenia pacjentów od następstw zdarzeń medycznych. Krytycznej analizie poddano w nim wiele uregulowań, w tym m.in. nieuzasadnione zawężenie nowych procedur jedynie do podmiotów prowadzących szpitale oraz niejasności przepisów dotyczących kontroli spełnienia obowiązku ubezpieczenia i jego konsekwencji. Regulację, w której poszkodowani w razie niezawarcia przez szpital ubezpieczenia będą mogli dochodzić roszczeń odszkodowawczych jedynie od szpitala, uznano – z punktu widzenia poszkodowanych – za niewystarczającą. Negatywnie oceniono także brak subsydiarnej odpowiedzialności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Z kolei w rozdziale W. W. Mogińskiego interesująco omówiono relacje pomiędzy ubezpieczeniem następstw zdarzeń medycznych a ubezpieczeniem OC szpitala. Zdaniem Autora inne były założenia systemu (alternatywność ubezpieczenia pacjentów i ubezpieczenia OC szpitala), a inne są uzyskane rezultaty (ich koincydencja lub korelacja). Kwestii ubezpieczeniowej poświęcony został także rozdział 13, dotyczący wpływu nowego systemu kompensacji szkód na funkcjonowanie ubezpieczycieli w Polsce, autorstwa A. Liwacza. W rozdziale tym ocenę nowego systemu poddano analizie ekonomicznej ograniczonej do szpitali i dotyczącej jej skutków finansowo-ekonomicznych dla ubezpieczycieli.

Jak wskazano, istotą nowelizacji jest powołanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, dlatego wiele rozdziałów omawianej pracy zostało poświęcone właśnie ich działalności. Uwagę zwraca okoliczność, że niemalże wszyscy Autorzy analizujący ten temat wskazali (możliwie) niekonstytucyjny charakter wielu przepisów odnoszących się do działania i postępowania przed omawianymi organami. Rozdział autorstwa E. Bagińskiej poświęcony został działalności komisji w kontekście wykonywania władzy publicznej. Na pytanie, czy komisje wykonują władzę publiczną, sam ustawodawca odpowiedział w art. 67e ust. 2 nowelizowanej ustawy przecząco. Pytanie badawcze brzmiało więc, czy komisja w ramach powierzonych jej zadań rzeczywiście nie używa prerogatyw władczych (co powodowałoby zgodność przytoczonego artykułu z rzeczywistością), czy może deklaracja ustawodawcy jest fikcją prawną? Gruntowna analiza prawna doprowadziła Autorkę do wniosku, że komisje orzekające o zdarzeniach medycznych wykonują władzę publiczną, za czym przemawiają elementy podmiotowe oraz funkcjonalne, a także brak mechanizmu badania zgodności z prawem wydanych przez nią prawomocnych orzeczeń. Konsekwencją przyjęcia takiego stanowiska jest to, że odpowiedzialność za działania i zaniechania wojewódzkich komisji powinna być przypisana Skarbowi Państwa na podstawie art. 417 i n. k.c. W rozdziale odniesiono się także do problemu konstytucyjności wspomnianego przepisu ustawy, stwierdzając, że nie spełnia on jej wymogów, jest bowiem sprzeczny z art. 77 ust. 1 i 2 Konstytucji w zakresie, w jakim wyłącza konstytucyjne prawo do odszkodowania poprzez przyjęcie fikcji, że organ nie wykonuje władzy publicznej.

Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami z punktu widzenia zgody uprawnionej stało się przedmiotem analizy M. Świdorskiej. W szczególności odniesiono się w niej do zakresu kognicji komisji w kontekście ochrony autonomii woli pacjenta oraz do charakteru prawnego i skutków przyjęcia propozycji ubezpieczyciela, która dotyczyć będzie wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. W odniesieniu do pierwszego zagadnienia zauważono eliminację z trybu pozasądowego m.in. szkód związanych z niezyskaniem zgody pacjenta, który został należycie poinformowany, jeżeli lekarz

działał *lege artis*. Zgodę uprawnionego, nazywaną w ustawie „przyjęciem propozycji”, oceniono jako ugodę w znaczeniu materialnoprawnym. Wskazano ponadto wątpliwości co do konstytucyjności art. 67k ust. 6 ustawy oraz dostrzeżono problem dotyczący zrzeczenia się roszczeń przez przedstawiciela ustawowego (rodzica).

Postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami poświęcono także rozdział autorstwa M. P. Ziemiaka. Krytycznie oceniono w nim wiele uprawnień przyznanych tymże organom, a także szeroko odniesiono się do wybranych zagadnień stosowania przepisów k.p.c. do postępowania przed nimi. Uszczegółowienie powyższych rozważań w odniesieniu do prawa pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej zostało natomiast dokonane w rozdziale autorstwa M. Śliwki. Wskazano w nim, że wobec niezmienionego art. 6 k.c. dokumentacja medyczna będzie stanowiła najpoważniejsze źródło dowodowe co do zaistnienia zdarzenia medycznego. Podkreślono jednocześnie, że nowelizacja wzbogaca krąg osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej w zakresie postępowania przed komisjami właśnie o wojewódzkie komisje oraz spadkobierców. W ocenie Autora dostęp wojewódzkiej komisji ma charakter subsydiarny i będzie możliwy na dwa sposob, w pierwszej kolejności poprzez dostarczenie przez wnioskodawcę uprawdopodobniających okoliczności wskazanych we wniosku, w tym w szczególności w postaci dokumentacji medycznej, tj. jej wyciągów, odpisów lub kopii oraz przez samą komisję w trybie art. 26 i 27 ustawy.

W sytuacji gdy komisja wojewódzka, orzekając o zdarzeniu medycznym, ma z założenia nie badać kwestii winy, na plan pierwszy wysuwa się zagadnienie przyczynowości oraz szkody. Wprawdzie uzasadnienie do projektu ustawy nie pozostawia wątpliwości co do tego, że wojewódzka komisja nie powinna badać kwestii adekwatnego związku przyczynowego, jednakże brzmienie uchwalonych przepisów dalekie jest w tej mierze od precyzji. W rozdziale 11 autorstwa E. Bagińskiej oraz K. Krupy-Lipińskiej wskazano, że na gruncie znowelizowanych przepisów można zauważyć aż trzy płaszczyzny przyczynowości. W konsekwencji przy badaniu przez komisję, czy zdarzenie medyczne miało miejsce, niezbędna będzie ocena zaistnienia związku przyczynowego (jako przesłanki odpowiedzialności) pomiędzy szkodą na osobie a błędem diagnostycznym bądź terapeutycznym. W świetle cywilnego charakteru niniejszej odpowiedzialności związek ten powinien być oceniany tak, jak na gruncie prawa cywilnego (art. 361 k.c.), tzn. jako adekwatny związek przyczynowy, a komisje wojewódzkie przy jego badaniu powinny uwzględniać bogaty dorobek polskiej judykatury co do specyfiki ciężaru i standardu dowodu w procesach medycznych. Nie oznacza to jednak, że nie będzie możliwa liberalizacja norm proceduralnych i automatyzm w stwierdzaniu niektórych zdarzeń – w końcu system ten ma być modelem alternatywnym.

W omawianym dziele większość Autorów odnosi się w sposób krytyczny do kształtu nowej regulacji, chociaż sam zamysł legislatora oceniany jest jako słuszny i celowy, a obrany kierunek jako właściwy. Problem polega jednak na tym, że nowelizacja wydaje się być pisana naprędce, bez gruntownej analizy prawnej, co przecież w dziedzinie odpowiedzialności zakładów leczniczych przynieść może fatalne skutki. W konsekwencji z założenia słuszne cele nowej regulacji niweczy niedopracowanie przepisów, a dopiero co uchwalona nowelizacja wymaga zasadniczych poprawek. Powinny one być dokonane w sposób przemyślany, z uwzględnieniem wielu cennych postulatów zaprezentowanych obszernie w omawianym dziele, ale jednocześnie tak, aby nie zatracić słusznych

koncepcji, które jej przyświecały. Jest to zadanie stojące w najbliższym czasie przed ustawodawcą. Do tego czasu recenzowane dzieło jest doskonałą lekturą przewodnią, odnoszącą się do wielu aspektów nowego systemu, zwłaszcza dla członków nowo powołanych komisji wojewódzkich, szpitali oraz pacjentów (i ich pełnomocników), którzy zamierzają złożyć wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego.

*Katarzyna Krupa-Lipińska*

**Maciej Dubois, Michał Komar**

*Adwokat. Rozmowa o życiu w ciekawych czasach*

Warszawa: PWN 2012, ss. 286.

W rozmowie Macieja Dubois z Michałem Komarem<sup>1</sup> wybitny przedstawiciel adwokatury polskiej Maciej Dubois opowiada o swym dzieciństwie, drodze do adwokatury, długoletniej praktyce adwokackiej i działalności samorządowej. Maciej Dubois przez 17 lat (od 1971 do 1988 roku) pełnił funkcję dziekana Warszawskiej Rady Adwokackiej. Potrafił dopomóc jej godnemu przetrwaniu w czasach socjalizmu realnego i doprowadzeniu do ustrojowych przemian. Autor już na samym początku książki podkreśla, że przyszło mu żyć w ciekawych czasach. Dodajmy, że i wśród ciekawych ludzi.

Rodzina Macieja Dubois wywodzi się z Francji: praprapradziadek Karol-Dominik, oficer francuski jeszcze z czasów *ancien régime* (ur. 1732), zmarł w wieku 74 lat w roku 1806 w Paryżu, w początkach cesarstwa. Jego syn (prapradziadek Macieja) Karol-August – oficer armii Napoleona – po klęsce Napoleona w Rosji pozostał w Polsce, zawarł tu małżeństwo. Mieszkał na Podolu i Wołyniu, gdzie był nauczycielem. Dziadek Mieczysław (1870–1942) – notariusz w Brześciu Kujawskim – miał natomiast liczne problemy ze swym niepokornym synem Stanisławem, ojcem Macieja. Stanisław Dubois (urodzony w roku 1901), z uwagi na swą działalność w tajnym skautingu, związanym z Polską Organizacją Wojskową, był kilkakrotnie relegowany ze szkół. Gdy Maciej Dubois opowiada o relegowaniu Ojca z Gimnazjum Mikołaja Reja do Gimnazjum Jana Zamojskiego, a następnie do szkoły Górskiego, jego rozmówca Michał Komar dopowiada: „gdzie miał za kolegów Stefana Wyszyńskiego, przyszłego prymasa Polski i «Wiecha», czyli Stefana Wiecheckiego”. Z kolei Maciej Dubois dodaje: „Przede wszystkim miał za nauczyciela literatury polskiej Norberta Barlickiego, z którym przez następne dwadzieścia kilka lat łączyły go przyjaźń, wspólnota poglądów i praca” (s. 20). Ojciec Stanisława Dubois w ramach represji za swego syna w 1933 roku został przez władze sanacyjne pozbawiony tytułu notariusza.

We wspomnieniach dziecka – bacznego obserwatora dorosłych – oraz dopowiedzeniach prowadzącego rozmowę pojawiają się ciekawe wspomnienia o Stanisławie Dubois, jego działalności politycznej i przyjaciółach. Gdy Michał Komar cytuje książkę Stefana Korbońskiego, opowiadającego o spotkaniu w domu państwa Dubois w roku 1929, na którym gospodarz, wraz z Mieczysławem Thugutem, wlewał weń kolejki pod

<sup>1</sup> Książka jest zbiorem rozmów, które wytrawny dziennikarz, Michał Komar (autor m.in. wywiadów z: Władysławem Bartoszewskim, Stefanem Mellerem, Krzysztofem Kozłowskim, Sławomirem Petelickim), prowadzi rozmowę z Maciejem Dubois, jednym z najbardziej znanych współczesnych adwokatów polskich.