

Finansowa analiza występowania szkód dotyczących pacjentów na podstawie wyroków sądów okręgu łódzkiego

Daria Korytkowska-Piaskowska



**Finansowa analiza
występowania szkód
dotyczących pacjentów
na podstawie wyroków
sądów okręgu łódzkiego**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Finanse

Finansowa analiza występowania szkód dotyczących pacjentów na podstawie wyroków sądów okręgu łódzkiego

Daria Korytkowska-Piaskowska

Daria Korytkowska-Piaskowska (ORCID: 0000-0002-3274-1044)
– Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Finansów
Katedra Ubezpieczeń, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 39

RECENZENCI

Teresa Bednarczyk, Maria Węgrzyn

REDAKTOR INICJUJĄCY

Beata Koźniewska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Anna Gaudy-Piątek

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Jakubczyk

PROJEKT OKŁADKI

Agencja Reklamowa efectoro.pl

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/info.fotodrobik.pl

© Copyright by Daria Korytkowska-Piaskowska, Łódź 2022
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2022

<https://doi.org/10.18778/8220-838-2>

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.08469.17.0.M

Ark. wyd. 19,0; ark. druk. 20,375

ISBN 978-83-8220-838-2
e-ISBN 978-83-8220-839-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-237 Łódź, ul. Jana Matejki 34A
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. 42 635 55 77

Spis treści

Wykaz ważniejszych skrótów	9
Wstęp	13
Rozdział 1	
Szpital w polskim systemie ochrony zdrowia	19
1.1. System ochrony zdrowia w Polsce	19
1.1.1. Podstawowe pojęcia	19
1.1.2. Reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce	21
1.1.3. Organizacja ochrony zdrowia w Polsce	30
1.2. Szpital jako najważniejsza instytucja w systemie ochrony zdrowia	37
1.2.1. Definicja	37
1.2.2. Klasyfikacja szpitali	41
1.2.3. Szpitale w liczbach	47
1.3. Pracownicy medyczni w strukturze organizacyjnej szpitala	50
1.3.1. Zasoby ludzkie w systemie ochrony zdrowia	50
1.3.2. Wybrane zawody medyczne jako zawody zaufania publicznego	55
1.3.3. Zawody medyczne w świetle wyników badań opinii społecznej	60
Rozdział 2	
Zarządzanie ryzykiem w szpitalach	67
2.1. Teoria ryzyka	67
2.2. Zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia	68
2.2.1. Identyfikacja ryzyka w placówkach szpitalnych	70
2.2.2. Analiza ryzyka w placówkach szpitalnych	71
2.2.3. Sterowanie ryzykiem	72
2.2.4. Monitorowanie i kontrola ryzyka	75
2.3. Systemy zewnętrznej oceny wykorzystywane w zarządzaniu ryzykiem w placówkach szpitalnych	76
2.3.1. System zewnętrznej oceny zarządzania oparty o normy ISO	76
2.3.2. System zewnętrznej oceny zarządzania oparty o akredytację	78

6 Spis treści

2.4. Ubezpieczenie jako instrument zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia	83
2.4.1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej jako szczególny rodzaj ubezpieczenia wykorzystywanego w ochronie zdrowia	87
2.4.2. Przegląd obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1998–2021	95
2.4.3. Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zajścia zdarzenia medycznego	108

Rozdział 3

Prawne aspekty odpowiedzialności szpitali i lekarzy w Polsce 111

3.1. Pojęcie szkody. Rodzaje i klasyfikacje	111
3.2. Pojęcie błędu medycznego. Rodzaje i klasyfikacje	117
3.3. Pojęcie zdarzenia niepożądanego i zdarzenia medycznego	126
3.4. Rodzaje odpowiedzialności	130
3.4.1. Odpowiedzialność pracownicza	133
3.4.2. Odpowiedzialność zawodowa (dyscyplinarna)	136
3.4.3. Odpowiedzialność karna	140
3.4.4. Odpowiedzialność podmiotu zbiorowego	142
3.4.5. Odpowiedzialność cywilna	145
3.4.6. Odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia medycznego	155
3.5. Metody dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych z tytułu wybranych rodzajów odpowiedzialności	158
3.5.1. Dochodzenie roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej	158
3.5.2. Dochodzenie roszczeń z tytułu zajścia zdarzenia medycznego	168
3.5.3. Postępowanie mediacyjne	172

Rozdział 4

Zdarzenia niepożądane w świetle dostępnych danych statystycznych w Polsce 179

4.1. Systemy raportowania zdarzeń niepożądanych	181
4.1.1. Klasyfikacja systemów powiadamiania	183
4.1.2. Bariery w rozwoju systemów raportowania	184
4.1.3. Systemy raportowania w wybranych krajach	186
4.2. Statystyka skarg i roszczeń odszkodowawczych z tytułu zajścia zdarzeń niepożądanych	192
4.2.1. Pojęcie skargi i roszczenia	192
4.2.2. Roszczenia z tytułu odpowiedzialności zawodowej	193
4.2.3. Roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej	202
4.2.4. Roszczenia z tytułu odpowiedzialności za zajście zdarzenia medycznego	207
4.2.5. Skargi do Rzecznika Praw Pacjenta	210

Rozdział 5

Statystyczna analiza finansowych skutków występowania szkód na pacjentach – wyniki badań własnych	215
5.1. Metodyka badania i dobór próby badawczej	215
5.1.1. Źródło pochodzenia danych	217
5.1.2. Baza danych	220
5.2. Analiza ilościowa dochodzonych i zasądzonych świadczeń odszkodowawczych	227
5.2.1. Zdarzenia niepożądane wywołujące szkodę	227
5.2.2. Zagregowana analiza szkód na pacjentach	229
5.2.3. Czas rozpatrywania spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone pacjentom przez szpitale	232
5.2.4. Roszczenia odszkodowawcze i zasądzone świadczenia za szkody wyrządzone podczas leczenia w szpitalach	235
5.3. Finansowe roszczenia oraz zasądzone świadczenia odszkodowawcze związane z występowaniem szkód na pacjentach	238
5.3.1. Zadośćuczynienie	241
5.3.2. Jednorazowe świadczenie odszkodowawcze	246
5.3.3. Świadczenia rentowe	251
5.3.4. Zadośćuczynienie i odszkodowanie ogółem	258
5.3.5. Odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości	262
5.3.6. Wartość zasądzzonego świadczenia odszkodowawczego ogółem	265
5.4. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej szpitali jako instrument zmniejszający skutki finansowe występowania szkód na pacjentach	271
 Zakończenie	 277
 Bibliografia	 283
Literatura przedmiotu	283
Akty prawne	296
Źródła internetowe	302
 Załącznik 1	 305
 Załącznik 2	 311
 Spis rysunków	 317
 Spis tabel	 323

Wykaz ważniejszych skrótów

Akty prawne

- k.c. ustawa z dn. 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. 2016, poz. 380, ze zm.
- k.s.h. ustawa z dn. 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz. U. 2000, nr 94, poz. 1037, ze zm.
- k.e.l. Kodeks Etyki Lekarskiej, przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dn. 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r., „Biuletyn NRL” 2004, nr 1(84).
- k.k. ustawa z dn. 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 2016, poz. 1137, ze zm.
- k.p. ustawa z dn. 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. 2016, poz. 1666, ze zm.
- k.p.a. ustawa z dn. 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Dz. U. 2017, poz. 1257.
- k.p.c. ustawa z dn. 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. 2016, poz. 1822.
- k.p.k. ustawa z dn. 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 2016, poz. 1749, ze zm.
- pr. przed. ustawa z dn. 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, Dz. U. 2018, poz. 650, ze zm.
- u.a.o.z. ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz. U. 2016, poz. 2135, ze zm.
- u.d.l. ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2016, poz. 1638.
- u.i.l.l. ustawa z dn. 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 1989, nr 30, poz. 158, ze zm.

u.i.l.2.	ustawa z dn. 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 2016, poz. 522, ze zm.
u.k.s.	ustawa z dn. 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz. U. 2020, poz. 755.
u.o.p.z.	ustawa z dn. 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, Dz. U. 2020, poz. 358.
u.p.t.u.	ustawa z dn. 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, Dz. U. 2004, nr 54, poz. 535, ze zm.
u.p.p.r.p.p.	ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2016, poz. 186, ze zm.
u.p.u.z.	ustawa z dn. 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153, ze zm.
u.s.p.p.1.	ustawa z dn. 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U. 1991, nr 41, poz. 178.
u.s.p.p.2.	ustawa z dn. 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U. 2021, poz. 628.
u.ś.o.z.f.ś.p.	ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135, ze zm.
u.z.l.l.d.	ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997, nr 28, ze zm.
u.z.o.z.	ustawa z dn. 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408.
u.z.p.p.	Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2021, poz. 479.

Inne

CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
NBP	Narodowy Bank Polski
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NRL	Naczelna Rada Lekarska
NSL	Naczelny Sąd Lekarski
NROZ	Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OC	Odpowiedzialność Cywilna
OROZ	Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OSL	Okręgowy Sąd Lekarski
OWU	Ogólne Warunki Ubezpieczeń
PBUK	Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych
ROZ	Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
RPP	Rzecznik Praw Pacjenta
SL	Sąd Lekarski
SO	Sąd Okręgowy
SPZOK	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
UE	Unia Europejska
UFG	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
WPS	wartość przedmiotu sporu
ZOK	Zakład Opieki Zdrowotnej

Wstęp

Powszechnie uznaje się, że takie dobra, jak zdrowie i życie człowieka, stanowią dla niego największą wartość – stąd też brak akceptacji dla wszelkich działań, które mogą przyczynić się do powstania szkód w tym zakresie, szczególnie, jeśli wynikają one z działalności osób lub podmiotów powołanych do świadczenia usług mających na celu ratowanie i leczenie chorych. Problem powstawania zdarzeń niepożądanych i wywoływanych przez nie skutków staje się zatem tematem nośnym i często podejmowanym przez różnego rodzaju podmioty.

Do najczęściej pojawiających się kontekstów omawiania zdarzeń niepożądanych można zaliczyć m.in. znajdowanie przyczyn ich występowania, określanie rodzajów skutków, jakie dane zdarzenia mogą wywołać, poszukiwanie sposobów zapobiegania im, określanie w jaki sposób fakt wystąpienia tych zdarzeń wpływa na zaufanie społeczeństwa do działalności podmiotów świadczących usługi lecznicze. Istotny jest również kontekst odpowiedzialności prawnej i społecznej w stosunku do strony powodującej szkodę, który jest różny w zależności od tego, jakiego rodzaju podmiotu wykonującego działalność leczniczą będzie dotyczył. Wielość tych podejść wskazuje zatem, że problem zdarzeń niepożądanych staje się tematem interdyscyplinarnym i wieloaspektowym, i może dotyczyć każdego człowieka.

We współczesnym świecie szczególnego znaczenia nabrał finansowy aspekt związany z powstawaniem szkód osobowych na pacjentach, powodujący straty zarówno po stronie poszkodowanego pacjenta, jak i po stronie podmiotu szkodzącego. W pierwszym przypadku powstają dodatkowe koszty leczenia, których by nie było, gdyby do szkody nie doszło; w drugim zaś mamy do czynienia ze świadczeniem odszkodowawczym, które dany podmiot szkodzący powinien wypłacić w sytuacji wyrządzenia szkody, powodując straty finansowe. Stąd też coraz częściej poszukuje się metod radzenia sobie z tego typu ryzykiem oraz bada jakie skutki wywołuje.

Ze względu na swoją specyfikę oraz rolę jaką pełni w systemie ochrony zdrowia, szczególną uwagę kieruje się na działalność leczniczą wykonywaną w szpitalach również w kontekście występowania błędów medycznych. **Głównym celem**

monografii stała się więc ocena dochodzonych oraz zasądzanych świadczeń będących następstwem finansowych roszczeń odszkodowawczych powstałych w wyniku zajścia szkód na pacjencie w szpitalach. Aby ten cel zrealizować, w monografii wyznaczono następujące **cele szczegółowe**, którymi są:

- dokonanie charakterystyki instytucji szpitala jako podmiotu świadczącego usługi lecznicze w systemie ochrony zdrowia w Polsce;
- dokonanie systematyzacji pojęć związanych ze zdarzeniami powodującymi powstawanie szkody na pacjencie;
- przeanalizowanie dostępnych metod dochodzenia roszczeń wynikających z zajścia szkód na pacjentach;
- przeprowadzenie analizy skarg i roszczeń wynikających ze szkód na pacjentach wraz z ich oceną;
- przeanalizowanie wysokości świadczeń odszkodowawczych dochodzonych oraz zasądzanych z tytułu zajścia szkód na pacjentach wraz z ich oceną.

Prace nad monografią zostały podzielone na cztery etapy. Etap I, przygotowawczy, obejmował analizę dostępnej literatury (z zakresu występowania i powstawania szkód na pacjentach i z zakresu rodzajów odpowiedzialności, jakim podlegają podmioty wyrządzające szkodę na pacjencie), a także analizę danych publikowanych przez różnego rodzaju instytucje zajmujące się tematyką występowania szkód na pacjentach.

W toku przeprowadzonych badań literaturowych ustalono, że problem występowania zdarzeń niepożądanych podejmowany jest bardzo często i analizowany z różnych punktów widzenia. Jednakże dominującym przedmiotem badań są aspekty prawne, dotyczące odpowiedzialności prawnej, oraz medyczne, dotyczące sposobów zarządzania ryzykiem, jakim jest powstawanie zdarzeń niepożądanych. Niewiele jest natomiast badań dotyczących aspektu finansowego, tj. realnych skutków, jakie powstają wraz z zajściem określonych zdarzeń niepożądanych. W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że problem ten został częściowo zasygnalizowany, ale nie wyczerpany przez zespół kancelarii BFP, kierowany przez mec. Jolantę Budzowską, który w ramach projektu „Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent”, realizowanego na zlecenie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), dokonał analizy problemu. Projekt ten uzyskał dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego¹.

Przeprowadzone przez zespół BFP badanie polegało na przeanalizowaniu akt procesów sądowych dotyczących tzw. błędów medycznych w polskich szpitalach oraz orzecznictwa Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. W ramach tego badania przeanalizowano 183 sprawy, które zostały zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu w latach 2012–2013 w wybranych sądach

1 J. Budzowska, *Raport z badania spraw sądowych o błędy medyczne i z badania orzecznictwa Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, <http://bf.com.pl/odszkodowania/poszkodowany-pacjent-sadzie-komisja-raport-badania> (data dostępu: 15.03.2015).

w Polsce. Analizą objęto akta pochodzące z pięciu (na 45 ogółem) sądów okręgowych, w tym poznańskiego, łódzkiego i krakowskiego, przy czym właściwość tych sądów okręgowych obejmowała 19,67% ludności Polski.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono m.in., że sprawy dotyczące zdarzeń niepożądanych są procesami o dużym stopniu skomplikowania stanu faktycznego, a co za tym idzie wiążą się z długim czasem trwania postępowania, który wynosi ponad trzy lata (39 miesięcy). Dodatkowo charakteryzują się najwyższym składnikiem rekompensaty finansowej dla pacjentów w postaci zadośćuczynienia, którego średnia wysokość w postaci zasądzanych kwot zadośćuczynienia wyniosła w latach 2012–2013 ok. 101 950 zł².

Badanie przeprowadzone przez zespół BFP stało się zatem motywem do przeprowadzenia pogłębionej analizy akt sądowych, w której uwaga skoncentrowana została na oczekiwaniach finansowych poszkodowanych wywołanych powstaniem określonego zdarzenia niepożądanego oraz realnie zasądzonych prawomocnym orzeczeniem sądu świadczeniach odszkodowawczych. Aby było to możliwe, analizę tę oparto jedynie na aktach pochodzących z Sądu Okręgowego w Łodzi. Do badania przyjęto 305 akt spraw, które zostały zarejestrowane w latach 2005–2015 (183 spraw w badaniu CMJ). Przyjęcie takiego ograniczenia pozwoliło m.in. na zbadanie zmian zachodzących w roszczeniowości poszkodowanych oraz zmian zachodzących przy zasądzaniu przez sąd ostatecznych wysokości świadczeń odszkodowawczych.

Etap II polegał na tworzeniu odpowiedniej bazy danych, zawierającej informacje o sprawach zarejestrowanych w Sądzie Okręgowym w Łodzi. W tym celu określono m.in. metodę doboru próby oraz zebrano odpowiednie dane. W bazie uwzględniono ok. 90 cech, które dotyczyły m.in.:

- czasu trwania rozpatrywanych przez sąd spraw od momentu wniesienia pozwu do momentu ich ostatecznego zakończenia;
- treści pozwów w zakresie dochodzonych przez stronę roszczeń odszkodowawczych oraz identyfikacji pozywanej strony;
- treści wyroków sądowych z punktu widzenia zasądzanych kwot odszkodowawczych oraz ustalonej strony pozwanej zobowiązanej do wypłaty odszkodowania;
- zbioru przesłanek odpowiedzialności szpitala za zajęcie szkody.

Etap III obejmował analizę zebranych danych, przy wykorzystaniu dostępnych narzędzi programu Microsoft Office Excel. Do przeprowadzenia niezbędnych obliczeń zastosowano m.in.: wybrane funkcje finansowe, statystyki opisowe (mediana, odchylenie standardowe, średnia, średnie tempo zmian³,

² Tamże.

³ **Średnie tempo zmian** jest to średnia geometryczna nieważona indywidualnych indeksów łańcuchowych. Służy do określenia przeciętnej wielkości zmian zjawiska w rozpatrywanym okresie, przypadającym na jednostkę czasu; por. W. Starzyńska, *Statystyka praktyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 104 oraz J. Podgórski, *Statystyka dla studiów licencjackich*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010, s. 400.

współczynnik zmienności⁴) oraz wskaźniki dynamiki (oparte na indeksach łańcuchowych)⁵.

Etap IV natomiast to prezentacja oraz interpretacja otrzymanych wyników, wraz ze sformułowaniem odpowiednich wniosków.

Wstępna analiza dostępnej polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu oraz doświadczenie zdobyte podczas analizowania akt pozwoliły dodatkowo na postawienie dwóch pytań i trzech hipotez badawczych, które brzmią następująco:

Pytanie 1: W jakich podmiotach leczniczych najczęściej dochodzi do powstania szkód na pacjentach?

Pytanie 2: Jakie zdarzenia niepożądane najczęściej powodują odpowiedzialność cywilną szpitala za szkody wyrządzone pacjentom?

Hipoteza 1: Wartość świadczeń zasądzanych z tytułu szkód na pacjentach systematycznie wzrasta i jest niższa od roszczeń odszkodowawczych kierowanych przez poszkodowanych.

Hipoteza 2: Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie stanowi dla szpitali wystarczającego instrumentu zarządzania ryzykiem finansowym związanym z wystąpieniem szkód na pacjentach.

Hipoteza 3: Długi czas rozpatrywania spraw w sądzie okręgowym powoduje zwiększenie skutków finansowych związanych z wystąpieniem szkód na pacjentach.

Monografia składa się z pięciu rozdziałów. Pierwszy pełni przede wszystkim rolę uzupełniającą dla prawidłowego rozumienia zasad panujących w systemie ochrony zdrowia oraz ich wpływu na kształtowanie się odpowiedzialności prawnej i społecznej podmiotów funkcjonujących w omawianym obszarze. Dodatkowo stanowi uzasadnienie wyboru placówki szpitalnej jako instytucji, która będzie głównym podmiotem rozważań. W tym celu wskazano miejsce i rolę szpitala na współczesnym rynku usług medycznych oraz uwarunkowania prawne, kształtujące jego funkcjonowanie w Polsce w latach 1991–2021. Ponadto w rozdziale tym wskazano znaczenie, jakie dla działalności tych placówek mają pracownicy medyczni (w szczególności lekarze i pielęgniarki), określono ich miejsce w organizacji zdrowia oraz zbadano jakim zaufaniem publicznemu społeczeństwo darzy osoby wykonujące te zawody.

Drugi rozdział został skoncentrowany na problemie zarządzania ryzykiem w szpitalach. Powszechnie wiadomo, że prowadzenie działalności leczniczej, w tym szpitalnej, wiąże się z różnego rodzaju ryzykiem. Sprawnie funkcjonujący podmiot potrafi nim zarządzać i wykorzystywać do tego różne metody. W tym celu

4 **Współczynnik zmienności** jest to względna miara rozproszenia stanowiąca iloraz odchylenia standardowego do wartości średniej arytmetycznej. Stosowany jest do porównania i określenia zróżnicowania badanej zbiorowości; W. Starzyńska, *Statystyka praktyczna...*, s. 77–78.

5 **Wskaźnik dynamiki** oparty na indeksach łańcuchowych jest to miara względna, wykorzystywana do określenia, jak zmieniało się badane zjawisko z okresu na okres. Jest to iloraz wielkości zjawiska w okresie t i wielkości zjawiska w okresie $t-1$; por. tamże, s. 103.

drugi rozdział obejmuje swoim zakresem podstawowe zagadnienia związane z zarządzaniem podmiotem leczniczym funkcjonującym w formie szpitala, wskazując przy tym na powszechność wykorzystywania jednej z metod zarządzania ryzykiem, jaką jest ubezpieczenie, a w szczególności ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. W rozdziale tym m.in. wskazano podstawy prawne funkcjonowania tego rodzaju ubezpieczenia, omówiono jego konstrukcję oraz dokonano przeglądu wszystkich obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej funkcjonujących w ochronie zdrowia w latach 1991–2021.

Rozdział trzeci został poświęcony wyjaśnieniu podstawowych pojęć, które będą stosowane w dalszej części pracy w celu dokonania analizy finansowych roszczeń odszkodowawczych oraz ostatecznie zasądzanych świadczeń przez sąd w związku z wystąpieniem szkód na pacjentach. Omówiono w nim m.in. takie terminy, jak: *błąd medyczny*, *zdarzenie niepożądane* i *zdarzenie medyczne*, najczęściej pojawiające się w literaturze przedmiotu, oraz wskazano problemy interpretacyjne, związane z ich stosowaniem. Wyodrębniono również wszystkie możliwe rodzaje odpowiedzialności, jakim podlegają placówki szpitalne oraz pracujący w nich lekarze. Pokróćce scharakteryzowano także wybrane metody dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez poszkodowanych pacjentów, wskazując przy tym na koszty, jakie są związane z podjęciem decyzji o dochodzenie roszczeń odszkodowawczych.

W rozdziale czwartym omówiono rolę systemów raportowania zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia. Wskazano w nim rodzaje systemów raportowania, jakie są stosowane w różnych krajach oraz omówiono najczęściej pojawiające się problemy związane ze skutecznym wprowadzaniem ich do systemów ochrony zdrowia. Dodatkowo w drugiej części rozdziału spróbowano przedstawić skalę problemu związanego z występowaniem określonego rodzaju odpowiedzialności poprzez pokazanie i przeanalizowanie dostępnych danych publikowanych przez różne instytucje, które w szczególności zajmują się ochroną praw pacjenta czy odpowiedzialnością zawodową. Uwaga tym samym została skierowana na przedstawienie skali zgłoszeń kierowanych do tych instytucji oraz wpływu skarg i roszczeń poszkodowanych pacjentów w zakresie omawianych rodzajów odpowiedzialności.

Ostatni, piąty rozdział, stanowi główną część rozważań, w której określono wszystkie założenia przyjęte przy realizacji badania oraz zaprezentowano wyniki, które stanowić będą podstawę do wyprowadzenia wniosków i rekomendacji w zakresie dochodzonych przez poszkodowanych finansowych roszczeń odszkodowawczych oraz ostatecznie zasądzanych przez sąd świadczeń wynikających z powstawania szkód medycznych na pacjentach.

Monografia została napisana w oparciu o załączoną literaturę przedmiotu i badania własne. Skierowana jest m.in. do poszkodowanych pacjentów, którzy będą mogli przeanalizować jak kształtowały się roszczenia odszkodowawcze wśród wszystkich przebadanych spraw z okręgu łódzkiego, bądź też do zakładów ubezpieczeń, które mogą wykorzystać przedmiotowe badanie do doskonalenia np. Ogólnych Warunków Ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniem

odpowiedzialności cywilnej dedykowanym szpitalom, lekarzom czy też pozostałemu personelowi medycznemu, a także do wszystkich tych, którzy zainteresowani są systemem ochrony zdrowia w Polsce, ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej związanymi z ochroną zdrowia, czy też metodami dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych wynikających z faktu wystąpienia zdarzeń niepożądanych w szpitalu.

Ze względu na obszerność oraz interdyscyplinarność niniejszej monografii może ona stanowić: wstęp do prowadzenia jeszcze szerszych badań w omawianym zakresie; próbę określenia problemów, jakie mogą dotyczyć placówki szpitalne w związku z zaistnieniem określonych szkód na pacjentach; próbę wskazania kierunków zmian, jakie powinny zająć w omawianym obszarze bądź też próbę oceny sytuacji zaistniałej w przypadku występowania szkód na pacjentach.

Rozdział 1

Szpital w polskim systemie ochrony zdrowia

1.1. System ochrony zdrowia w Polsce

1.1.1. Podstawowe pojęcia

Powszechnie wiadomo, że jednym z najważniejszych dóbr, jakie posiada każdy człowiek, jest jego zdrowie. Zdaniem I. Laskowskiej dzieje się tak, ponieważ dzięki niemu każda jednostka jest zdolna do realizacji swoich życiowych aspiracji, wpływając tym samym na swój rozwój osobisty¹. A zatem, jak zauważa M. Lisiecka-Biełanowicz, stan zdrowia wpływa bezpośrednio na jakość życia jednostki, jej samopoczucie, ale także pośrednio na całe społeczeństwo, bowiem zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i niematerialne, kulturowe, a co za tym idzie – może się rozwijać. Zdrowie jest zatem wartością, która stanowi podstawę zrównoważonego rozwoju społecznego każdego kraju².

Biorąc powyższe pod uwagę, zagadnienie, jakim jest „zdrowie”, budzi zainteresowanie różnych: badaczy, polityków, samorządów, gospodarstw domowych czy też osób indywidualnych, które patrzą na ten problem z różnych punktów widzenia, w efekcie przyczyniając się do powstania wielu (szacunkowo ok. 120) definicji tego pojęcia³. Jak wskazuje J. Domaradzki, istnienie tak dużej liczby podejść sprawiło, że termin ten można uznać za wielowymiarowy; utożsamiany m.in. z: brakiem choroby, wysoką jakością życia, stanem równowagi, harmonią czy też zasobem lub kapitałem⁴.

1 I. Laskowska, *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012, s. 21.

2 M. Lisiecka-Biełanowicz, *Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2016, s. 9.

3 M. Kowalski, A. Gawęł, *Zdrowie – wartość – edukacja*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 43.

4 J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 40(1), s. 5–29.

Wspomnianą wielowymiarowość podkreśla najbardziej znana i szeroko komentowana definicja ukształtowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która identyfikuje zdrowie ze stanem dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko występowaniem braku choroby czy też niepełnosprawności⁵.

Obok pojęcia „zdrowie”, równie ważnym i szeroko definiowanym jest pojęcie „ochrony zdrowia”. Jak podaje M. Węgrzyn, „ochrona zdrowia” to ogół działań, które mają na celu w sposób bezpośredni lub pośredni zapobiegać, utrzymywać bądź polepszać stan zdrowia człowieka. Działania te mogą być podejmowane w ramach funkcjonowania systemu instytucji zdrowotnych lub przy wykorzystaniu różnych zasobów materialnych, rzeczowych, ludzkich, czy też mogą przybierać formę indywidualnych lub zbiorowych działań prozdrowotnych⁶.

Z punktu widzenia polityki państwa ochrona zdrowia realizowana jest poprzez aktywność m.in. w trzech głównych obszarach: opieki zdrowotnej (poprzez oferowanie pacjentom usług leczniczych), zdrowia publicznego (poprzez prowadzenie działań prewencyjnych, zapobiegających rozprzestrzenianiu się chorób, skierowanych do całego społeczeństwa) oraz opieki społecznej (poprzez prowadzenie działań skierowanych do osób niepełnosprawnych, chronicznie chorych oraz starszych, stale potrzebujących świadczeń zdrowotnych i socjalnych)⁷. Dla sprawnego funkcjonowania tych obszarów w każdym państwie tworzy się system powiązań, który umożliwia funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Powszechnie pojęcie **system** definiowane jest jako „zespół wzajemnie sprzężonych elementów, spełniający określoną funkcję i traktowany jako wyodrębniony z otoczenia w określonym celu”⁸. W literaturze przedmiotu można odnaleźć w szczególności takie definicje, jak: „zestaw składników, między którymi zachodzą wzajemne stosunki, a każdy składnik pośrednio lub bezpośrednio połączony jest z każdym innym”⁹, czy też podejście traktujące system jako całość, której elementy trzymają się razem, ze względu na nieustanne wzajemne oddziaływanie na siebie i działanie oddziałujące na rzecz wspólnego celu¹⁰.

Na gruncie tych podejść, w zależności od podejmowanych analiz, powstało także wiele różnych definicji **systemu ochrony zdrowia**. Pojęcie to w zależności od opracowania często stosowane jest zamiennie z takimi pojęciami, jak:

-
- 5 *Constitution of the World Health Organization*, Basic documents, 48th edition, World Health Organization, 2014.
 - 6 M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013, s. 16.
 - 7 S. Golinowska i in., *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008, s. 9–10.
 - 8 Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/system;3982198.html> (data dostępu: 19.11.2021).
 - 9 M. Bielski, *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2004, s. 19.
 - 10 L.E. Swayne, W.J. Duncan, P.M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 32.

system opieki medycznej, system opieki zdrowotnej, system zdrowotny czy też sektor zdrowia¹¹.

Za najbardziej ogólne i uniwersalne podejście uznaje się definicję zaproponowaną przez WHO, zgodnie z którą system ochrony zdrowia to ogół wszystkich działań, prowadzonych przez zbiór różnych instytucji, ludzi i zasobów, które zostały zorganizowane zgodnie z ustalonymi zasadami, których głównym celem jest promowanie, przywracanie i/lub utrzymanie zdrowia¹².

Nieco prostsze podejście zostało zaprezentowane m.in. przez K. Polichę, która utożsamia system ochrony zdrowia z zespołem podmiotów umożliwiających zapewnienie opieki zdrowotnej obywatelom¹³.

Najpełniejszym podejściem jest natomiast rozumienie systemu ochrony zdrowia wraz z jego otoczeniem jako całości złożonej z różnych zespołów osób i instytucji, jakimi są np.: instytucje rządowe, samorządowe, zasoby medyczne, pacjenci, lekarze. Jego zasadniczym celem jest ochrona obywateli poprzez dostarczanie m.in. jak najbardziej pełnego zakresu świadczeń medycznych; zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych; organizowanie opieki medycznej w możliwie najlepszy sposób czy też systematyczne wdrażanie działań doskonalących system i zatrudnianie fachowej kadry w odpowiednich dziedzinach ochrony zdrowia¹⁴.

1.1.2. Reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce

System ochrony zdrowia w Polsce od lat 90. przechodził wiele reform, które można podzielić na następujące etapy¹⁵:

1. Przygotowanie ochrony zdrowia do zmian systemowych (lata 1989–1998).
2. Wprowadzenie szerokich zmian systemowych (lata 1999–2003).
3. Zmiana kierunku reform (lata 2004–2011).
4. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do nowej rzeczywistości (lata 2012–2020).
5. System opieki zdrowotnej w dobie pandemii koronawirusa (od 2020).

11 J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 26.

12 World Health Organization, *Health Systems Strengthening Glossary*, https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html (data dostępu: 20.05.2020).

13 K. Policha, *Ubezpieczenia zakładów usług medycznych*, [w:] L. Gąsiorkiewicz, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 2, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 136.

14 M. Lisiecka-Biełanowicz, *Zarządzanie jakością relacji...*, s. 15, za: C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Łódź-Warszawa-Kraków 1996, s. 105–106.

15 L. Wdowiak, K. Walkowska, A. Owoc, *Stan reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 112, s. 511–515; G. Ciura, *Problemy szpitalnictwa publicznego w okresie zmian w ochronie zdrowia*, „Studia BAS” 2008, nr 12: *Varia. Wybrane zagadnienia społeczne i gospodarcze*, s. 157–178.

Tabela 1. Wybrane akty prawne kształtujące system ochrony zdrowia w latach 1989–2021

Etapy reform systemu ochrony zdrowia	Okres trwania zmian	Wybrane najważniejsze akty prawne obowiązujące w danym okresie
Przygotowanie ochrony zdrowia do zmian systemowych	1989–1998	1. Wprowadzenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej 2. Ustawa o samorządzie terytorialnym 3. Ustawa o terenowych organach rządowej administracji ogólnej 4. Ustawa o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej 5. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej i specjalnej, które mogą być przekazane niektórym gminom o statusie miasta, wraz z mieniem służącym do ich wykonania, a także i trybu przekazania 6. Ustawa o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz miejskich sferach usług publicznych
Wprowadzenie szerokich zmian systemowych	1999–2003	1. Ustanowienie nowej konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej 2. Wprowadzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym 3. Nowelizacja ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej oraz zmianie niektórych innych ustaw
Zmiana kierunku reform	2004–2011	1. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia 2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 3. Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej 4. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do nowej rzeczywistości	2012–2020	1. Ustawa o działalności leczniczej
System opieki zdrowotnej w dobie pandemii koronawirusa	od 2020	1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii 2. Ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych 3. Ustawa o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 4. Ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu 5. Ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych

Źródło: opracowanie własne.

Każdy z wymienionych etapów w istotny sposób wpłynął na kształtowanie się systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonującą w nim instytucję szpitala (o której szerzej traktuje punkt 1.2). Zatem zasadnym wydaje się przedstawienie najważniejszych zmian do jakich doszło w omawianym okresie. Ze względu jednak na złożoność wspomnianych reform oraz na to, że nie jest to przewodni temat pracy, ograniczymy się jedynie do wymienienia (tabela 1) i krótkiego omówienia wybranych najważniejszych aktów prawnych, które zostały wprowadzone w analizowanym okresie¹⁶.

Powszechnie uznaje się, że pierwszy z wymienionych etapów reformowania systemu ochrony zdrowia został zapoczątkowany w 1989 r. wprowadzeniem m.in. fundamentalnych zmian ustroju politycznego i gospodarczego państwa. Stanowił on przede wszystkim okres przygotowania systemu do przejścia z budżetowego modelu finansowania ochrony zdrowia na model ubezpieczeniowy¹⁷.

Najważniejszym krokiem w ustanowieniu nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce było wprowadzenie ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej (ZOZ)¹⁸. Na jej podstawie: wprowadzono w szczególności możliwość finansowania ZOZ działających w formie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) oraz pierwsze zapisy dotyczące praw pacjenta; dokonano kategoryzacji świadczeń zdrowotnych; umożliwiono przepływ środków finansowych do sektora niepublicznego, czy też wprowadzono nowe formy organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej¹⁹. Formy te zostały uregulowane przez u.z.o.z. w następującej postaci²⁰:

- zakładu publicznego – mającego ułomną osobowość prawną, tworzonego i utrzymywanego ze środków publicznych przez naczelne i centralne organy administracji państwowej – wojewodów, gminy i związki międzygminne;
- samodzielnego zakładu publicznego²¹ – tworzonego i utrzymywanego przez te same, co zakłady publiczne, podmioty prawa budżetowego, ale mające

16 Szczegóły zmian zachodzących w poszczególnych okresach można znaleźć m.in. w pracach: S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, C. Sowada, C. Włodarczyk, *Raport: Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002, nr 52; C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

17 M. Paszkowska, *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*, „Problemy Zarządzania” 2017, t. 15, nr 3(69), cz. 1, s. 25–41.

18 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408 (dalej: u.z.o.z.).

19 M. Dobska, *Miejsce organizacji świadczących usługi medyczne w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] M. Dobska (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 19–21.

20 M. Sanecki, *Miejsce i rola zakładów opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] M. Trocki (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 32–33.

21 Analizując art. 49 u.z.o.z. z 1991 r., należy podkreślić, że przystąpienie do przekształcenia danego zakładu opieki zdrowotnej było całkowicie dobrowolne. Aby placówka mogła się przekształcić, musiała spełnić szereg wymogów, określonych w dalszych art. 51 i 52.

pełną osobowość prawną i samodzielność działania na własny rachunek, pokrywające koszty swojej działalności i swoje zobowiązania z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów;

- zakładu niepublicznego – tworzonego i utrzymywanego przez kościoły i związki wyznaniowe, instytucje ubezpieczeniowe, zakłady pracy, stowarzyszenia, fundacje i inne osoby prawne lub podmioty zagraniczne.

Dodatkowo na podstawie pozostałych aktów prawnych wymienionych w tabeli 1, które powstały w ramach reformy, określono m.in.: zadania, jakie powinny obejmować gminy w zakresie ochrony zdrowia; zdefiniowano nieco szczegółowiej podział zadań dotyczący organów administracji rządowej i gminnej; dopuszczono do przejmowania przez gminy wielkomiejskie zakładów opieki zdrowotnej, z wyłączeniem specjalistycznych ZOZ, czy też przekazano 46 miastom prowadzenie ZOZ, jako zadanie własne²².

Przełomowy w reformowaniu systemu ochrony zdrowia był rok 1998. Wprowadzono wówczas szereg zmian, które gruntownie odmieniły kształt dotychczasowego systemu ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności na uwagę zasługuje fakt ustanowienia nowej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., która w art. 68 zagwarantowała wszystkim obywatelom dostęp do usług medycznych finansowanych ze środków publicznych²³. Następnie wprowadzono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym²⁴, która całkowicie zmieniła sposób finansowania ochrony zdrowia. Od tego momentu podstawowym źródłem pozyskiwania środków na funkcjonowanie ochrony zdrowia stały się składki na ubezpieczenie zdrowotne²⁵, natomiast płatnikiem (dysponentem tych środków odpowiedzialnym za ich alokację na ochronę zdrowia) stały się Kasy Chorych, których wyróżniono 17 (16 regionalnych i 1 branżową wspólną dla wojska, policji, kolei i więziennictwa)²⁶.

22 T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 27–28.

23 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483, ze zm; **art. 68 stanowi**: „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”.

24 Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153, ze zm. (dalej: u.p.u.z.).

25 **Podstawy naliczania składki** określono w art. 19 u.p.u.z. oraz w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1998, nr 137, poz. 887.

26 *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007–2013*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2005; A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, „Studia i Monografie” 2013, nr 485, s. 144.

Na uwagę zasługuje również fakt wejścia w życie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz zmianie innych ustaw²⁷, która, w odróżnieniu od poprzedniej treści u.z.o.z., zobligowała wszystkie funkcjonujące do tej pory publiczne ZOZ do przekształcenia w tzw. Samodzielne Zakłady Opieki Zdrowotnej, co wiązało się z²⁸:

- nabyciem osobowości prawnej przez ZOZ z dniem wpisania go do Krajowego Rejestru Sądowego – a co za tym idzie przyjęciem na siebie odpowiedzialności za działania zakładu;
- prowadzeniem gospodarki finansowej na zasadach określonych przez ustawę;
- pokrywaniem we własnym zakresie z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów kosztów działalności i zobowiązań;
- samodzielnym gospodarowaniem nieruchomościami, majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym przekazanym w nieodpłatne użytkowanie;
- możliwością wnoszenia majątku do spółek, fundacji lub stowarzyszeń za zgodą podmiotu tworzącego zakład;
- możliwością otrzymywania dotacji budżetowych;
- samodzielnym decydowaniem o podziale zysku;
- pokrywaniem we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego.

Jak zauważa I. Witczak, ustawodawca stworzył zatem możliwość funkcjonowania ZOZ w warunkach gospodarki rynkowej, dlatego też zakłady te można było zacząć traktować jako przedsiębiorstwa medyczne²⁹.

Niezwykle istotne znaczenie miała również ustawa o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową³⁰, która przekazała samorządom terytorialnym pełnienie funkcji organu założycielskiego dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Reforma administracyjna państwa polegała na wprowadzeniu nowego trójstopniowego podziału terytorialnego kraju³¹, zgodnie z którym wyodrębniono województwa, powiaty i gminy, którym na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych³² przydzielono określone szpitale.

27 Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. 1997, nr 104, poz. 661, ze zm.

28 T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali...*, s. 97.

29 I. Witczak, *Ekonomika szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009, s. 11.

30 Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową, Dz. U. 1998, nr 106, poz. 668, ze zm.

31 Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego Państwa, Dz. U. 1998, nr 96, poz. 603, ze zm.

32 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dz. U. 1998, nr 164, poz. 1193, ze zm.

Kolejny etap zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce rozpoczął się w 2003 r., kiedy to z dniem 1 kwietnia weszła w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia³³, na mocy której zlikwidowano funkcjonujące do tej pory Kasy Chorych, a w ich miejsce utworzono państwową jednostkę organizacyjną – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Tym samym jednostka ta stała się nowym płatnikiem świadczeń ochrony zdrowia posiadającym osobowość prawną³⁴.

Niestety ustawa ta od początku obarczona była wadami, które zostały potwierdzone w wyroku Trybunału Konstytucyjnego ze stycznia 2004 r., w wyniku czego wprowadzono nowelizację tej ustawy, ale już pod inną nazwą: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁵. Na jej mocy wprowadzono dekoncentrację NFZ na rzecz wojewódzkich oddziałów, które przejęły odpowiedzialność za umowy ze świadczeniodawcami. Tym samym oddziały te uzyskały kompetencje w zakresie sporządzania planów finansowych składających się na budżet całego funduszu³⁶, a także monitorowania i kontroli realizacji kontraktów³⁷.

Ponadto na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej³⁸ dano możliwość: tworzenia kapitałowych spółek użyteczności publicznej; przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w spółki użyteczności publicznej; łączenia SPZOZ w jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe; tworzenia Regionalnych Komitetów Sterujących przez przedstawicieli organów jednostek samorządu terytorialnego, wojewody, oddziału NFZ, Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, reprezentowanych związków zawodowych, a w określonych wypadkach rektora Akademii Medycznej czy jednostki badawczo-rozwojowej nadzorowanej przez Ministra Obrony Narodowej oraz tworzenia Krajowej Sieci Szpitali³⁹.

Wskazać należy także, że wejście w życie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁰ w istotny sposób wpłynęło na postrzeganie świadczeniobiorcy

33 Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391.

34 A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach...*, s. 151; M. Kolwitz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, nr 56(3), s. 132, 136.

35 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135, ze zm. (dalej: u.ś.o.z.f.ś.p.).

36 M. Kolwitz, *Polski system ochrony...*, s. 136.

37 A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach...*, s. 151.

38 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. 2005, nr 78, poz. 684, ze zm.

39 J. Klich, *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 127.

40 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2016, poz. 186, ze zm. (dalej: u.p.p.r.p.p.).

poprzez wprowadzenie po raz pierwszy formalnej definicji „pacjenta” oraz określenie jego praw i obowiązków.

Następny etap reform rozpoczął się wraz z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.⁴¹, która w całości zastąpiła funkcjonującą do tego czasu u.z.o.z. Na jej podstawie wprowadzono w szczególności nowy reżim definicyjny, zmieniając m.in. wszystkie zakłady opieki zdrowotnej w podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Katalog instytucji wykonujących taką działalność przedstawia art. 4 u.d.l. i są nimi:

1. Podmioty będące przedsiębiorcami, które zgodnie z ustawą o ZOZ nazywane były niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej (NZOZ), do których zalicza się:
 - przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
 - instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych;
 - fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, oraz
 - kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.
2. Podmioty niebędące przedsiębiorcami, które zgodnie z u.z.o.z. utożsamiane były z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, do których zalicza się:
 - Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz
 - jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Wyróżniono również rodzaje działalności leczniczej, którymi stały się:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne,
 - b) inne niż szpitalne,
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Szpitaly zostały zatem przedsiębiorstwami podmiotu leczniczego, w których podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego.

41 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2016, poz. 1638, ze zm. (dalej: u.d.l.).

Ustawa wprowadziła ponadto mechanizmy, które miały zachęcić podmioty założycielskie do zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotów działających w formie SPZOZ-ów, w postaci m.in. umorzenia określonych zobowiązań oraz dotacji z budżetu, jednocześnie uniemożliwiając tworzenie nowych SPZOZ-ów, z wyjątkiem sytuacji przewidującej ewentualność utworzenia takiego podmiotu na drodze połączenia co najmniej dwóch innych placówek, funkcjonujących na podstawie tej formy prawnej⁴².

Oprócz zmian definicyjnych swoistą nowością stało się także wprowadzenie nakazu, wyłącznie dla placówek szpitalnych, wykupienia dodatkowego obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych⁴³, który to obowiązek wielokrotnie był przesuwany w czasie, aż do momentu, gdy w 2016 r. całkowicie go zniesiono.

Niestety po względnie spokojnym okresie, w którym nie nastąpiły większe zmiany systemu ochrony zdrowia, Polska, podobnie jak inne kraje na całym świecie, musiała zmierzyć się z nowym zagrożeniem, jakim stała się pandemia koronawirusa SARS-CoV-2. Pandemia została ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia w dniu 11 marca 2020 r.⁴⁴ Fakt ten spowodował konieczność przystosowania systemów ochrony zdrowia do nowej rzeczywistości, poprzez wprowadzanie szeregu zmian i przyjęcie nowych aktów prawnych dostosowanych do aktualnej sytuacji epidemicznej.

W Polsce stan epidemii został ogłoszony rozporządzeniem Ministra Zdrowia w dniu 20 marca 2020 r.⁴⁵ Na mocy ww. aktu wprowadzono do odwołania m.in. ograniczenia lub zakazy w: sposobie przemieszczania się, obrocie i użytkowaniu określonych przedmiotów, funkcjonowaniu określonych instytucji lub zakładów pracy czy też nakazano udostępnienia nieruchomości, lokali i terenów przewidzianych planami przeciwepidemicznymi.

W konsekwencji wprowadzenia stanu epidemicznego nastąpiła konieczność wprowadzenia nowych przepisów oraz zmiany szeregu już istniejących. Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia największe znaczenie miały m.in.:

- 1) Ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁴⁶;
- 2) Ustawa o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁴⁷;

42 A. Krawczyk-Soltys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach...*, s. 155.

43 Pojęcie **zdarzenia medycznego** określone zostało w u.p.p.r.p.p. Szerzej na ten temat patrz rozdział 2.

44 Ministerstwo Zdrowia, *Od dziś wprowadzimy stan zagrożenia epidemicznego*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego2> (data dostępu: 20.10.2020).

45 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz. U. 2020, poz. 491, ze zm.

46 Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. 2020, poz. 374, ze zm.

47 Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz. U. 2020, poz. 567, ze zm.

- 3) Ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu⁴⁸;
- 4) Ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych⁴⁹.

Pierwsza z wymienionych ustaw wprowadziła m.in. nakaz wykonywania pracy zdalnie, przyznała w określonych przypadkach dodatkowy zasiłek opiekuńczy, określiła sposób finansowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, nałożyła na Jednostki Samorządów Terytorialnych (JST) i podmioty publiczne szereg dodatkowych zadań, określiła część nowych kompetencji wojewodów i Prezesa Rady Ministrów w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Ponadto wskazała zmiany, jakich dokonuje w zakresie przepisów uregulowanych w innych ustawach.

Kolejne dwie ustawy określały m.in. zmiany, jakich dokonywano *stricte* w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Tym samym zmieniono takie ustawy, jak ustawa: o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, o zawodach pielęgniarki i położnej, itp.

W ramach ww. aktów prawnych wprowadzono również szereg ograniczeń oraz określono wiele odstępstw od standardowych procedur dotyczących funkcjonowania personelu medycznego oraz sposobu udzielania świadczeń medycznych w czasie trwania pandemii, wprowadzono nowe systemy informatyczne (np. e-zdrowie), określono nowy sposób wykonywania procedur medycznych, np. z wykorzystaniem telemedycyny⁵⁰.

Na uwagę zasługuje również fakt, że wybuch pandemii obnażył bardzo duży problem z brakiem oraz dostępnością personelu medycznego niezbędnego do walki z pandemią. Dlatego też na mocy ustawy o kadrach medycznych wprowadzono m.in. możliwość odstąpienia od ciągłości zawodowej w okresie epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, uproszczono dostęp dla osób spoza UE do wykonywania zawodów medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, takich jak: lekarz, lekarz dentysta, ratownik medyczny, pielęgniarka, położna⁵¹.

48 Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, Dz. U. 2020, poz. 1493.

49 Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, Dz. U. 2020, poz. 2401, ze zm.

50 Szerzej na temat ww. zmian można znaleźć m.in. w monografii pod red. T. Gardockiej oraz D. Jagielty, *Pandemia COVID-19 a prawa i wolność obywatela*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2020.

51 M. Maślanka, A. Szarpak, K. Bielski, *Wybrane aspekty prawne bezpieczeństwa personelu medycznego w dobie COVID-19*, [w:] Ł. Szarpak, T. Dzieciatkowski, K. Filipiak (red.), *Bezpieczeństwo personelu medycznego w dobie COVID-19 według zasad EBM*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021, s. 31–44.

1.1.3. Organizacja ochrony zdrowia w Polsce

Jak podaje M. Węgrzyn, system ochrony zdrowia w Polsce tworzą podmioty, które można zakwalifikować do jednej z dwóch grup. Pierwsza z nich to grupa podmiotów zaliczanych do tzw. sfery regulacyjnej, w ramach której wyodrębnić można m.in. takie podmioty, jak: władza ustawodawcza, administracja rządowa i samorządowa czy też izby zawodów medycznych⁵² – do których zadań należy przede wszystkim (rysunek 1):

- wyznaczanie norm prawnych dla funkcjonowania systemu;
- podejmowanie różnego rodzaju decyzji w zakresie organizacji ochrony zdrowia;
- prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej w obszarze ochrony zdrowia;
- tworzenie strategii i planów działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowia publicznego;
- dbanie o zapewnienie równego dostępu do struktur ochrony zdrowia;
- opiniowanie różnego rodzaju aktów prawnych, decyzji podejmowanych, które mają wpływ na kształtowanie opieki zdrowotnej i poszczególnych grup zawodowych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia;
- ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej, standardów zawodowych i aktów prawnych.

Druga grupa podmiotów składa się z jednostek tzw. sfery realnej, czyli podmiotów bezpośrednio zaangażowanych w proces świadczenia usług medycznych.

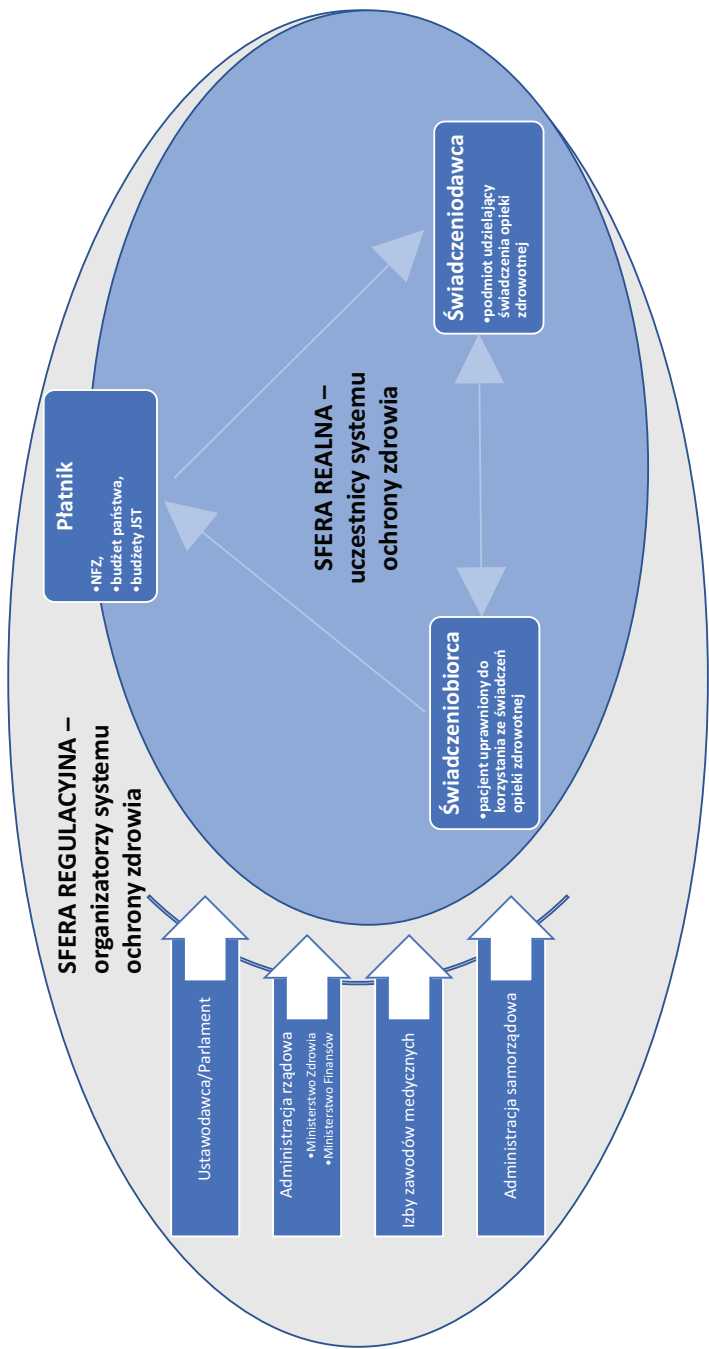
Konstrukcja sfery realnej systemu ochrony zdrowia w Polsce oparta jest na tzw. koncepcji trójkąta, zgodnie z którą wyróżnia się następujących uczestników systemu: **płatnika** – którym w systemie publicznym może być NFZ (wcześniej Kasy Chorych), Ministerstwo Finansów, Jednostki Samorządu Terytorialnego; **świadczeniodawców** – podmioty wykonujące działalność leczniczą (wcześniej lekarze, ZOZ) oraz **świadczeniobiorców** – pacjenci⁵³.

Zgodnie z powszechnie obowiązującą definicją w systemie ochrony zdrowia płatnikiem jest podmiot, którego zadaniem jest pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych przez świadczeniodawców. Na gruncie obowiązujących przepisów głównym płatnikiem w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest NFZ, który działa na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 97 u.s.o.z.f.s.p. do podstawowych zadań tego podmiotu można zaliczyć m.in.:

- zarządzanie środkami finansowymi (pochodzącymi głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne);
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej czy medycznych czynności ratunkowych;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań czy zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

52 M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji...*, s. 77–80.

53 M. Kolwitz, *Polski system ochrony...*, s. 132.



Rysunek 1. Podmioty systemu ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji...*, s. 78 oraz P. Bromber i in., *System Ochrony Zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2015, s. 15.

Obok NFZ, w Polskim Systemie Ochrony Zdrowia jako płatnika można również wyodrębnić podmioty funkcjonujące w sferze prywatnej, takie jak Prywatne Zakłady Ubezpieczeń, podmioty oferujące tzw. abonamenty medyczne⁵⁴ czy też samych pacjentów, którzy bezpośrednio nabywają świadczenia od świadczeniodawców.

Drugim najistotniejszym podmiotem sfery realnej systemu ochrony zdrowia są świadczeniodawcy. Zgodnie z art. 5 pkt 41 u.s.o.z.f.ś.p.⁵⁵ świadczeniodawcą jest:

- a) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- b) osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej;
- c) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Na mocy ustawy o działalności leczniczej (art. 3 u.d.l.), działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniu nowych technologii.

Jak wskazuje T. Rek u.d.l. wprowadza dwa typy podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Pierwszy typ dotyczy prowadzenia działalności leczniczej w postaci praktyki zawodowej, drugi zaś wykonywania działalności leczniczej przez podmioty lecznicze.

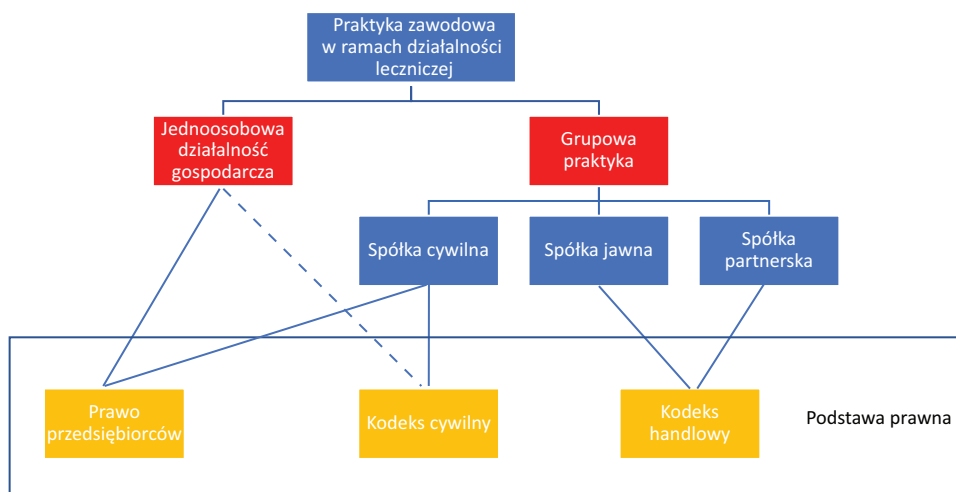
Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy o działalności leczniczej poprzez praktykę zawodową rozumie się działalność gospodarczą wykonywaną indywidualnie lub grupowo przez lekarzy, pielęgniarki lub położne⁵⁶. Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 1–3 u.d.l. zarówno lekarze, pielęgniarki oraz od 2016 r. fizjoterapeuci mogą wykonywać swoją praktykę zawodową w formie (rysunek 2):

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka w postaci:
 - indywidualnej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania,
 - indywidualnej specjalistycznej praktyki – *nie dotyczy fizjoterapeuty*,
 - indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania – *nie dotyczy fizjoterapeuty*,
 - indywidualnej praktyki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub
 - indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
- b) grupowej praktyki w jednej z następujących form:
 - spółki cywilnej,
 - spółki jawnej lub
 - spółki partnerskiej.

54 E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia...*, s. 202.

55 W brzmieniu ustawy na podstawie tekstu jednolitego ogłoszonego w dniu 2 listopada 2016 r. – Dz. U. 2016, poz. 1793, ze zm.

56 M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 78; Projekt ustawy o działalności leczniczej, nr VI 3489.



Rysunek 2. Rodzaje dopuszczalnych form działalności leczniczej w ramach prowadzenia praktyki zawodowej przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.d.l.

Na podstawie ustawy Prawo przedsiębiorców⁵⁷ (art. 3) jednoosobowa działalność gospodarcza polega na prowadzeniu zorganizowanej działalności zarobkowej we własnym imieniu i w sposób ciągły. Działalność ta prowadzona jest przez przedsiębiorców (ustawa pr. przed. art. 4) – tj. osoby fizyczne, prawne lub jednostki niebędące osobą prawną, którym odrębne przepisy przyznają zdolność prawną. Oznacza to, że działalność ta: jest zorganizowana poprzez wprowadzenie różnych przepisów regulujących m.in obowiązki przedsiębiorcy; dotyczy działalności wykonywanej w sposób ciągły, czyli tak, by z całokształtu okoliczności wynikał zamiar powtarzania określonego zespołu konkretnych działań w celu osiągnięcia efektu w postaci zarobku; wiąże się z wykonywaniem jej samodzielnie, na własne ryzyko i własną odpowiedzialność⁵⁸.

Spółka cywilna natomiast to spółka oparta na umowie cywilnej zawieranej pomiędzy wspólnikami, będącymi w rozumieniu ustawy pr. przed. przedsiębiorcami, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym⁵⁹. Cechą charakterystyczną tej formy jest solidarna odpowiedzialność majątkowa wszystkich wspólników za działania spółki (art. 864 k.c.).

Spółka jawna i spółka partnerska, na mocy Kodeksu spółek handlowych⁶⁰, to przykłady spółek handlowych osobowych, w których wspólnicy zobowiązują się dążyć do osiągnięcia wspólnego celu poprzez wniesienie wkładów, oraz jeżeli

⁵⁷ Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, Dz. U. 2018, poz. 650, ze zm. (dalej: pr. przed.).

⁵⁸ M. Wierzbowski (red.), *Konstytucja biznesu. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 48–58.

⁵⁹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. 2016, poz. 380, ze zm. (dalej: k.c.).

⁶⁰ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz. U. 2000, nr 94, poz. 1037, ze zm. (dalej: k.s.h.).

umowa albo statut spółki tak stanowi przez współdziałanie w inny określony sposób (art. 3 k.s.h.). Cechą szczególną tych spółek jest to, że mają zdolność do czynności prawnych i każdy wspólnik odpowiada za zobowiązania spółki bez ograniczeń całym swoim majątkiem solidarnie z pozostałymi wspólnikami oraz ze spółką. Różni się natomiast tym, że spółka jawna prowadzi przedsiębiorstwo pod własną nazwą, a nie jest inną spółką handlową, a spółka partnerska (art. 86 k.s.h.) tworzona jest przez wspólników (partnerów) w celu wykonywania wolnego zawodu w spółce prowadzącej przedsiębiorstwo pod własną firmą.

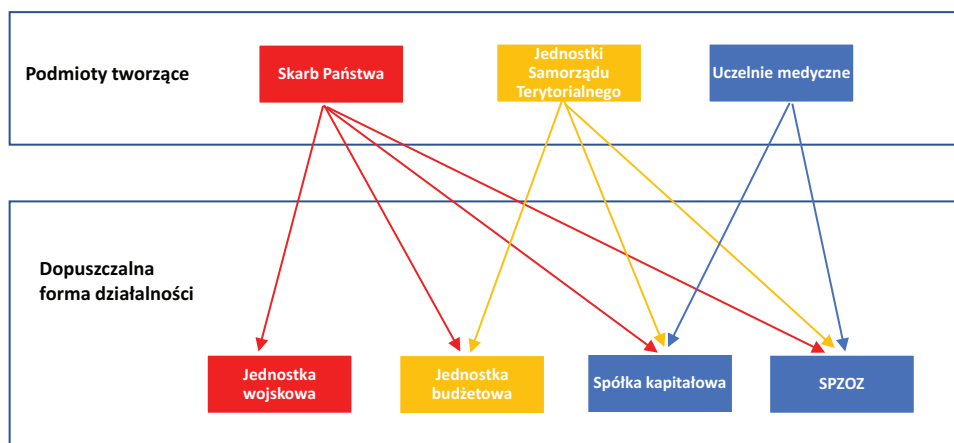
Zgodnie z art. 4 u.d.l. podmiotami wykonującymi działalność leczniczą mogą być:

- podmioty będące przedsiębiorcami w rozumieniu ustawy pr. przed.;
- Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej;
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego ds. wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej⁶¹;
- instytuty badawcze, o których mowa w ustawie o instytutach badawczych⁶²;
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie *działalności leczniczej*, w tym posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń;
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
- jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują *działalność leczniczą*.

Podmioty te na mocy art. 6 u.d.l. mogą być tworzone i prowadzone przez takie jednostki, jak: Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę; jednostki samorządu terytorialnego lub uczelnie medyczne, które tworzą je w następujących formach: SPZOZ, spółka kapitałowa, jednostka budżetowa lub jednostka wojskowa (rysunek 3).

61 Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz. U. 2020 r., poz. 172 i 1493.

62 Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, Dz. U. 2020 r., poz. 1383, art. 3.



Rysunek 3. Forma wykonywanej działalności leczniczej w podziale na podmiot tworzący i prowadzący podmioty lecznicze

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.d.l.

Największe możliwości tworzenia podmiotów z punktu widzenia formy prowadzonej działalności mają uczelnie medyczne, które mogą tworzyć podmioty tylko w formie SPZOZ i spółki kapitałowej. Jednostki Samorządu Terytorialnego mogą dodatkowo tworzyć podmioty w formie jednostek budżetowych. Natomiast najszerszy zakres możliwości ma Skarb Państwa, który poza wymienionymi może jeszcze tworzyć podmioty w formie jednostek wojskowych.

Podmioty działające w formie SPZOZ zgodnie z u.d.l. to podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, które uzyskują osobowość prawną z chwilą wpisania ich do właściwego rejestru. Charakteryzują się tym, że są zaliczane do sektora finansów publicznych, jednakże ich gospodarka finansowa prowadzona jest na podstawie przepisów określonych w ustawie o działalności leczniczej, a nie w ustawie o finansach publicznych. Ich istotną cechą jest m.in. możliwość pokrywania kosztów swojej działalności oraz regulowanie swoich zobowiązań z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów⁶³. Co do zasady zostały one zobligowane do pokrywania strat we własnym zakresie w całości albo w możliwej części⁶⁴.

Jednostki budżetowe natomiast to jednostki, które prowadzą swoją gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach ustawy o finansach publicznych⁶⁵. Zgodnie z definicją przyjętą w ustawie jednostka budżetowa to jednostka organizacyjna sektora finansów publicznych nieposiadająca osobowości prawnej, która pokrywa swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a uzyskane dochody odprowadza na rachunek odpowiednio dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego.

63 P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 158–172.

64 M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 352.

65 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. 2009, nr 157, poz. 1240, ze zm.

Spółka kapitałowa to kolejny przykład spółki handlowej, która na mocy k.s.h. może być prowadzona w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (z o.o.) lub spółki akcyjnej. Obie charakteryzują się tym, że mogą być utworzone przez jedną albo więcej osób, przy czym ani wspólnicy, ani akcjonariusze (w przypadku spółki akcyjnej) nie odpowiadają swoim majątkiem za zobowiązania spółki. Są natomiast zobowiązani do świadczeń określonych w umowie spółki. Podstawową różnicą pomiędzy spółką z o.o. a spółką akcyjną jest to, że spółka z o.o. jest tworzona przez jedną lub więcej osób w każdym celu prawnie dopuszczalnym, chyba że ustawa stanowi inaczej. Natomiast spółki akcyjne są tworzone po to, aby realizować określony cel gospodarczy, wymagający znacznego kapitału, stanowiącego sumę wkładów akcjonariuszy⁶⁶.

Przez jednostkę wojskową należy rozumieć jednostkę organizacyjną Sił Zbrojnych, funkcjonującą na podstawie nadanego przez Ministra Obrony Narodowej etatu określającego jej strukturę wewnętrzną, liczbę, rodzaje i rangę wszystkich stanowisk służbowych występujących w tej jednostce, jak również liczbę i rodzaje uzbrojenia, środków transportu i innego wyposażenia należnego jednostce, oraz posługującą się pieczęcią urzędową z godłem Rzeczypospolitej Polskiej i nazwą (numerem) jednostki, a także jednostkę organizacyjną podległą Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowaną, przedsiębiorstwo państwowe, dla którego jest on organem założycielskim, oraz komórkę organizacyjną Ministerstwa Obrony Narodowej⁶⁷.

Podmioty działalności leczniczej zgodnie z art. 8 u.d.l. mogą prowadzić swoją działalność w następujących rodzajach:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- szpitalne – wykonywane tylko w szpitalach (art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.l.);
- inne niż szpitalne – wykonywane w takich podmiotach, jak: zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej czy hospicja (art. 12 ust. 1 pkt 1–4 u.d.l.);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – wykonywane przez takie podmioty lecznicze, jak: przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia, lecznice, ambulatoria z izbą chorych, zakłady badań diagnostycznych, medyczne laboratoria, pojazdy lub inne obiekty będące na wyposażeniu sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej przeznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 12 ust. 3 u.d.l.).

Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne to w myśl art. 2 ust. 1 pkt. 11 u.d.l. świadczenia zdrowotne wykonywane całą dobę w sposób kompleksowy. Polegają na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, w przypadku gdy nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

66 I. Witczak, *Ekonomika szpitala...*, s. 28.

67 Ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, Dz. U. 2021, poz. 1131, art. 6, ust. 2, pkt 1.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne to świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach (art. 2 ust. 1 pkt 12 u.d.l.).

Świadczenia ambulatoryjne natomiast to świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, świadczone w warunkach niewymagających zapewnienia trybu stacjonarnego i całodobowego w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta (art. 10 u.d.l.).

Ostatnim, najistotniejszym podmiotem systemu ochrony zdrowia w Polsce, są świadczeniobiorcy (pacjenci), czyli podmioty korzystające ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach systemu opieki zdrowotnej. W myśl u.p.p.r.p.p., pacjentem określa się osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Co oznacza, jak zauważa A. Łaska-Formejster, że jest to osoba⁶⁸:

- fizyczna;
- otrzymująca świadczenia zdrowotne bez względu na posiadanie lub brak uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- pozostająca w relacji z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych lub osobą wykonującą zawód medyczny.

1.2. Szpital jako najważniejsza instytucja w systemie ochrony zdrowia

1.2.1. Definicja

Zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku języka polskiego*, **szpital** jest to zamknięty zakład lecznictwa, w którym leczy się chorych wymagających stałej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej⁶⁹. Bardziej szczegółową definicję przedstawia S. Kozłowski, który utożsamia szpital z zakładem służby zdrowia przeznaczonym do niezwłocznego przyjęcia i otoczenia specjalistyczną opieką zdrowotną (w ustalonym zakresie) osób

68 A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015, s. 34–35.

69 Słownik języka polskiego, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/szpital> (data dostępu: 20.10.2016).

wymagających stałej, całodobowej obserwacji i opieki lekarsko-pielęgniarskiej oraz przygotowany do szkolenia i doskonalenia kadr fachowych, wykonywania prac naukowo-badawczych oraz nadzoru specjalistycznego⁷⁰. R. Jachowicz dodaje, że „szpital jest to zakład opieki zdrowotnej, charakteryzujący się stałą gotowością przyjęcia i umieszczania w nim pacjenta oraz zapewniający przebywającemu w nim pacjentowi całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę medyczną polegającą na obserwacji, rozpoznawaniu, pielęgnowaniu i leczeniu”⁷¹. Jeszcze inaczej definiowany jest szpital w opracowaniu przygotowanym przez Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, w którym przyjmuje się, że jest to zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony do diagnozowania, leczenia i rehabilitacji chorych, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej⁷². Uznać zatem należy, że jest on podmiotem bardzo ważnym w świadomości społeczeństwa, odpowiedzialnym za kompleksową opiekę nad pacjentem w trakcie jego hospitalizacji, która polega na realizacji różnych usług medycznych z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności osób w nim zatrudnionych.

Forma, charakter jak i funkcje instytucji szpitala kształtowane były przez wiele wieków. Najstarsze informacje o istnieniu miejsc, w których leczono pacjentów odnajdywano np. w historii Cejlonu, Chin, Babilonii czy też Egiptu, Grecji, Rzymu. Początkowo ich głównym zadaniem było oddzielanie chorych od zdrowych. Następnie stopniowo poszerzano ich zakres o opiekę nad chorymi, kalekami, starcami, bezdomnymi oraz podróżnymi⁷³. Dodatkowo na rozwój instytucji leczniczych miała wpływ religia, w ramach której różni kapłani oprócz głoszenia słowa zajmowali się „leczeniem”, często utożsamianym z magią i czarami.

W miarę rozwoju cywilizacji np. w Grecji leczeniem zaczęli zajmować się lekarze, którzy pracowali w tzw. *iatreiach*, będących małymi szpitalami z wydzielonymi salami zabiegowymi. W Rzymie leczono w tzw. *valetudinariach*, które zostały uznane za wyższą formę szpitalnictwa, charakteryzującą się dobrze zaprojektowanym układem przestrzennym. Pod względem zaś budownictwa i wewnętrznej organizacji wyróżnić należy szpitale, które powstawały między X a XII w. w Bizancjum i kulturach arabskich, gdzie zaczęto stosować podział pacjentów ze względu na rodzaj leczonej choroby, a także wyodrębniono zespoły pracowników odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentami, działalność administracyjną czy też kuchnię⁷⁴.

70 S. Kozłowski, *Organizacja szpitali w Polsce*, wyd. 2, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1964, s. 44.

71 R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1970, s. 23.

72 S. Golinowska i in., *Opieka zdrowotna w Polsce...*, s. 161.

73 S. Kozłowski, *Organizacja szpitali w Polsce...*, s. 12.

74 Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN, Wrocław-Warszawa-Kraków 1981, s. 12.

Od końca XIII w. następowała stopniowa zmiana charakteru szpitali, które przestawały być już tylko instytucjami religijnymi, ale w coraz to większym stopniu traktowały człowieka jako obiekt naukowy⁷⁵.

Początek naukowego rozwoju medycyny obserwowano dopiero pod koniec XVIII w., gdy nastąpił rozwój nauk przyrodniczych takich jak biologia, chemia czy fizyka, wnoszących istotny wkład do nauk medycznych. Następnie rozwój techniki, a także zachodzące zmiany warunków społeczno-gospodarczych, w szczególności upowszechnienie opieki zdrowotnej, zapoczątkowały proces odejścia od szpitala pełniącego głównie funkcje opiekuńcze, aby stał się on zakładem świadczącym usługi opieki zdrowotnej w sposób ciągły⁷⁶.

Szczególny rozwój placówek szpitalnych przypada na XX w. Zyskały one wtedy na znaczeniu i stały się najważniejszą siłą kształtującą wszystkie inne jednostki służby zdrowia⁷⁷. Możliwości, jakie dają one w postaci wszechstronnego zbadania, leczenia chorego, zapewnienia mu odpowiednich warunków opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, dietetycznego wyżywienia, stworzenia właściwych warunków sanitarno-higienicznych wysunęły tego typu zakłady na czoło innych zakładów leczniczo-zapobiegawczych⁷⁸, dzięki czemu stały się one głównym organizatorem leczenia, koordynatorem coraz bardziej zróżnicowanych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych⁷⁹, a także integralną częścią każdego systemu ochrony zdrowia, czyli zespołu podmiotów umożliwiających zapewnienie opieki zdrowotnej obywatelom⁸⁰.

Współcześnie szpitale stały się jedną z najbardziej złożonych organizacji w ochronie zdrowia, w których łączy się różne zaawansowane technologicznie działy terapeutyczne, diagnostyczne, zachowawcze z opieką hotelową, a także specjalistyczną opieką ambulatoryjną. Ponadto są instytucjami nadzorowanymi i uzależnionymi od wszelkich instytucji właścicielskich i płatniczych, które nieustannie naciskają na zwiększanie efektywności i rentowności tych placówek.

Szczegółowe cele i zadania szpitali, jako zakładów opieki zdrowotnej oraz później podmiotów działalności leczniczej, określają odpowiednio ustawy u.z.o.z. oraz u.d.l. (rysunek 4).

Jak można zauważyć, główny cel działalności szpitalnej, jakim jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie zmienił się. Obie ustawy stawiają ten cel na pierwszym miejscu i w ten sam sposób definiują pojęcie świadczenia zdrowotnego jako działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz wszelkie inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia. Podobnie zmianie nie uległy cele

75 T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, K. Tymowska (red.), M. Jakubiak, T. Żukowski (tłum.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 197.

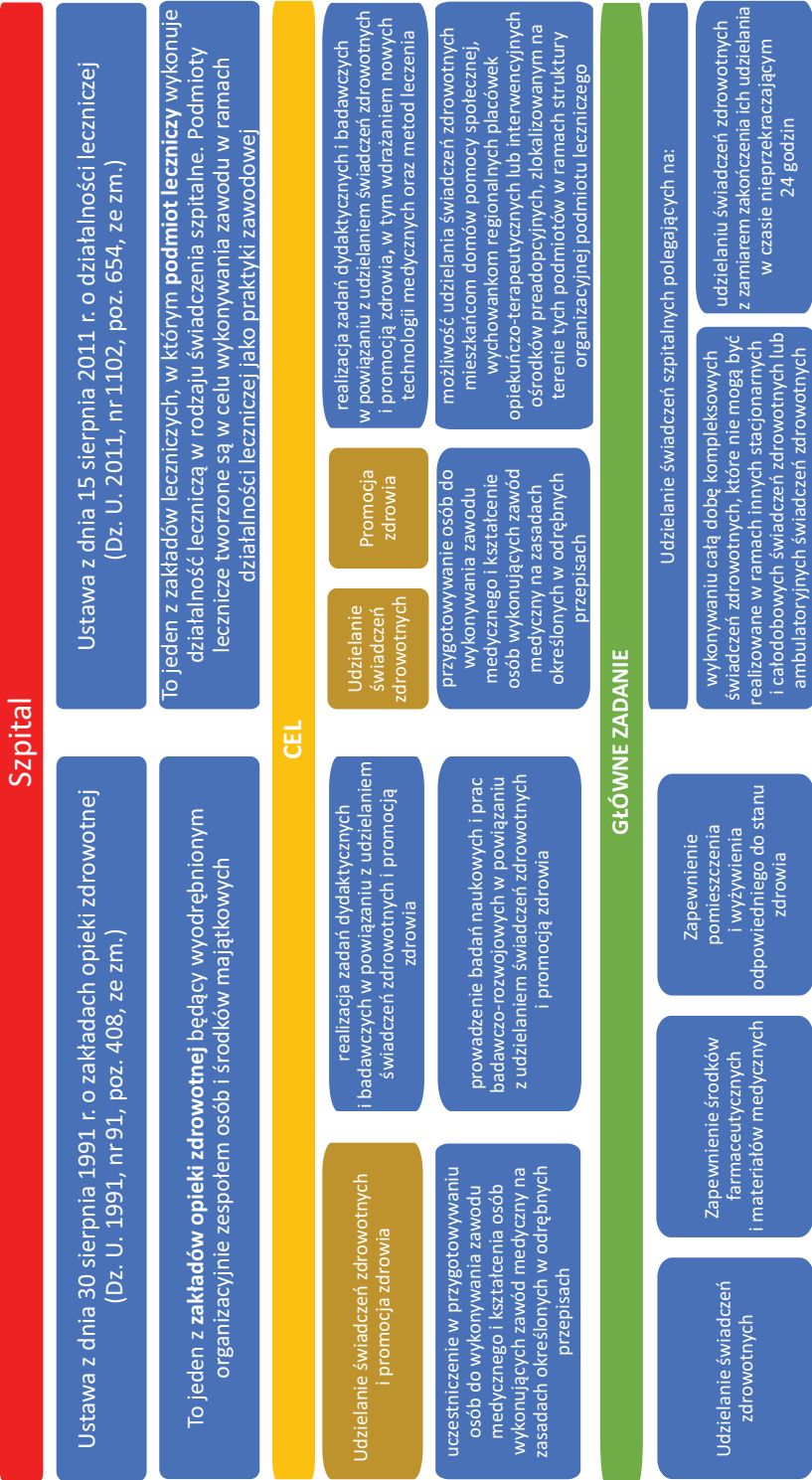
76 J. Sobiech, *Ekonomiczne podstawy zarządzania finansami szpitala*, [w:] J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 47.

77 A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach...*, s. 135.

78 S. Kozłowski, *Organizacja szpitali w Polsce...*, s. 10.

79 M. Safjan, *W jakim kierunku zmierza odpowiedzialność cywilna w medycynie?*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 1992, nr 11, s. 3.

80 K. Policha, *Ubezpieczenia zakładów usług...*, s. 136.



Rysunek 4. Zmiany w postrzeganiu zadań i rodzaju wykonywanych usług przez szpitale w Polsce wynikające z ustaw
Źródło: opracowanie własne na podstawie u.z.o.z. i u.d.l.

związane z realizacją promocji zdrowia czy dążeniem do kształcenia i przygotowania osób do wykonywania zawodu medycznego. Na uwagę jednakże zasługują modyfikacje w zakresie realizacji zadań dydaktycznych i badawczych. Ustawa o działalności leczniczej sprecyzowała bowiem, że efektem prowadzonych badań naukowych i prac badawczych powinno być dążenie do wdrożenia nowych technologii medycznych i metod leczenia (art. 3 ust. 2 pkt 2 u.d.l.). Ponadto ustawa ta dała możliwość wyodrębnienia w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego – jednostki organizacyjnej, której celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej, wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych (art. 3 ust. 3 u.d.l.).

Patrząc na zadania szpitali, można zauważyć, że doszło tu do całkowitej zmiany ich postrzegania. Głównym zadaniem działalności szpitalnej w myśl u.z.o.z. było świadczenie usług zdrowotnych, zapewnienie środków farmaceutycznych i materiałów medycznych oraz pomieszczeń i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia (art. 20 ust. 1 u.z.o.z.), podczas gdy u.d.l. sprecyzowała, że głównym zadaniem działalności szpitalnej jest udzielanie świadczeń szpitalnych. W myśl u.d.l. świadczenia szpitalne to kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.l.). A zatem ustawa o działalności leczniczej doprecyzowała co należy rozumieć przez świadczenia zdrowotne wykonywane przez zakłady lecznicze prowadzące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz przesunęła na dalszy plan konieczność zapewnienia środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia.

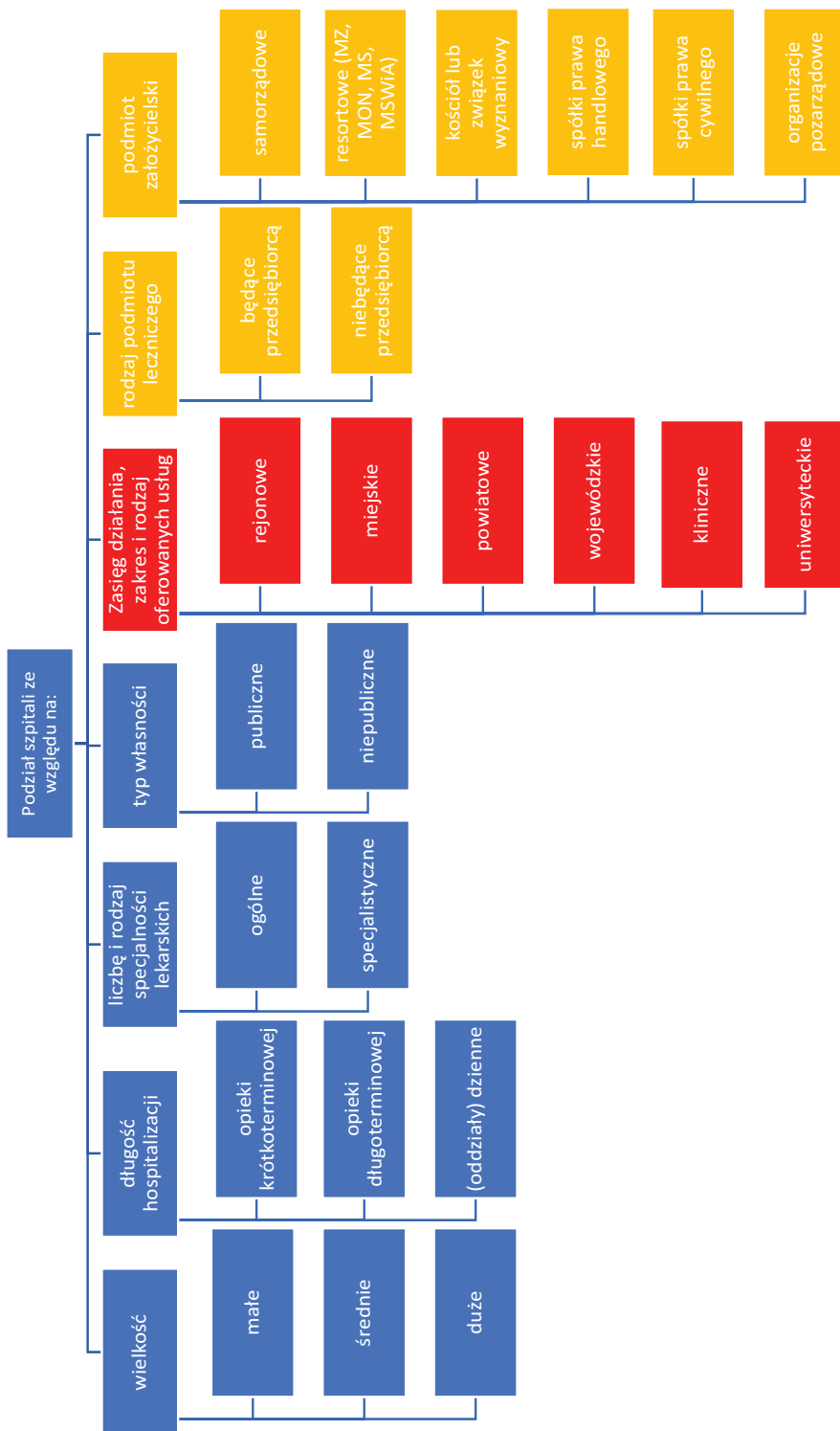
1.2.2. Klasyfikacja szpitali

W literaturze przedmiotu stosuje się różnorakie kryteria klasyfikacji szpitali. Zalicza się do nich m.in. podział szpitali ze względu na: długość hospitalizacji, liczbę i rodzaj specjalności lekarskich, zasięg działania, wielkość, typ własności, zakres i rodzaj oferowanych usług, rodzaj podmiotu leczniczego oferujący świadczenia szpitalne czy też podmiot założycielski (rysunek 5).

Jeden z głównych podziałów związany jest z wielkością szpitali mierzoną ilością oferowanych łóżek dla pacjentów. Za szpital mały uważa się taki, który posiada mniej niż 100 łóżek, średni oferuje między 100 a 400 łóżek, a duży posiada ponad 400 łóżek.

Z punktu widzenia długości hospitalizacji można wyróżnić szpitale oferujące świadczenia zdrowotne w zakresie: **krótkoterminowej opieki zdrowotnej** – tj. opieki zdrowotnej świadczonej w czasie nieprzekraczającym czterech tygodni⁸¹,

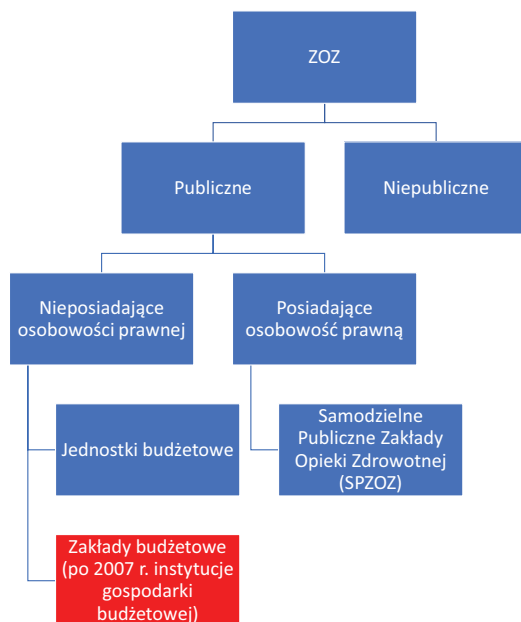
81 W pierwszej kolejności w szpitalu opieki krótkoterminowej pomocy udziela się chorym w stanie ciężkim (zagrożającym życiu), a w dalszej kolejności osobom wymagającym przeprowadzenia badań diagnostycznych w warunkach szpitalnych w celu określenia dalszego postępowania terapeutycznego – J. Sobiech, *Ekonomiczne podstawy zarządzania...*, s. 58.

**Rysunek 5.** Klasyfikacja szpitali w Polsce**Źródło:** opracowanie własne na podstawie T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali...*, s. 38–39; u.d.l.

w podmiocie całodobowej stacjonarnej opieki zdrowotnej, w którym oferowane są specjalistyczne procedury medyczne; **opieki długoterminowej** – świadczonej w zakładzie całodobowej opieki stacjonarnej dla pacjentów, u których w czasie przyjęcia istniała potrzeba dalszego udzielania świadczeń o charakterze medycznym, pielęgnacyjnym i opiekuńczym⁸²; **opieki dziennej** – polegającej na przyjmowaniu pacjentów wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, przeprowadzania działań diagnostycznych i leczniczych bez konieczności hospitalizacji⁸³.

Następny podział związany jest z liczbą i rodzajem specjalności medycznych realizowanych w placówce szpitalnej. Wyróżnia on szpitale ogólne, które reprezentują co najmniej dwie różne specjalności⁸⁴ oraz szpitale specjalistyczne, które są przeznaczone do hospitalizacji chorych wymagających opieki w zakresie jednej specjalizacji⁸⁵.

Kolejny podział związany jest z typem własności. Był to jeden z najważniejszych podziałów szpitali oparty na u.z.o.z., która wyróżniała szpitale publiczne oraz niepubliczne (rysunek 6). Obecnie ustawa o działalności leczniczej odeszła od tego sztywnego podziału, a pojęcia „publiczne” i „niepubliczne” odnoszą się głównie do źródła finansowania podmiotów leczniczych.



Rysunek 6. Podział zakładów opieki zdrowotnej w okresie 1991–1998 ze względu na formę działalności

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.z.o.z.

82 Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000 r., GUS, 2001.

83 J. Sobiech, *Ekonomiczne podstawy zarządzania...*, s. 59.

84 Najczęściej w Polsce w szpitalach występuje kilka lub wszystkie podstawowe specjalności oraz dodatkowo niektóre wąskie.

85 Przykładami takich placówek są: szpital zakaźny, przeciwgruźliczy, położniczo-ginekologiczny, onkologiczny itp.; S. Kozłowski, *Organizacja szpitali w Polsce...*, s. 72.

Zgodnie z u.z.o.z. publiczne zakłady opieki zdrowotnej to zakłady, które zostały utworzone przez takie organy, jak: minister lub centralny organ administracji rządowej; wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub przed 2001 r. przedsiębiorstwo państwowe PKP. Natomiast niepubliczne ZOZ to zakłady tworzone przez instytucje i osoby m.in. takie jak: kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, lub spółka niemająca osobowości prawnej.

Kolejny podział związany jest z zasięgiem działania oraz zakresem i sposobem oferowania usług. Podział ten jest wynikiem wprowadzenia ustawy o zmianie niektórych ustaw określającej kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową⁸⁶, która przekazała samorządom terytorialnym pełnienie funkcji organu założycielskiego dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Reforma ustrojowa wyodrębniła nowy trójstopniowy podział terytorialny kraju⁸⁷ na województwa, powiaty i gminy. Stąd dla uporządkowania struktury szpitali w Polsce oraz poprawy ich dostępności dla pacjentów stworzono tzw. krajową sieć szpitali, która określała poziomy referencyjne opieki szpitalnej. Poziomy te określały m.in. zasięg działania danych szpitali oraz zakres i sposób oferowania usług leczniczych. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych⁸⁸ określono m.in., że szpitale I poziomu referencyjnego obejmować będą w szczególności szpitale rejonowe, powiatowe i gminne, II poziomu referencyjnego – szpitale wojewódzkie, natomiast III poziomu referencyjnego – zakłady będące w gestii organów centralnych (rysunek 7).

Ostateczne przyporządkowanie poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej do jednostek samorządu terytorialnego nastąpiło na mocy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie wykazu samodzielnych publicznych ZOZ, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw⁸⁹. Jednakże, jak zauważył M. Dercz, zgodnie z założeniami reformy z 1998 r., przekazanie ZOZ powinno opierać się na faktycznie realizowanych zadaniach, a co za tym idzie – placówki podstawowej opieki zdrowotnej powinny być przejmowane przez gminę, natomiast jednostki oferujące świadczenia o charakterze ponadgminnym powinny

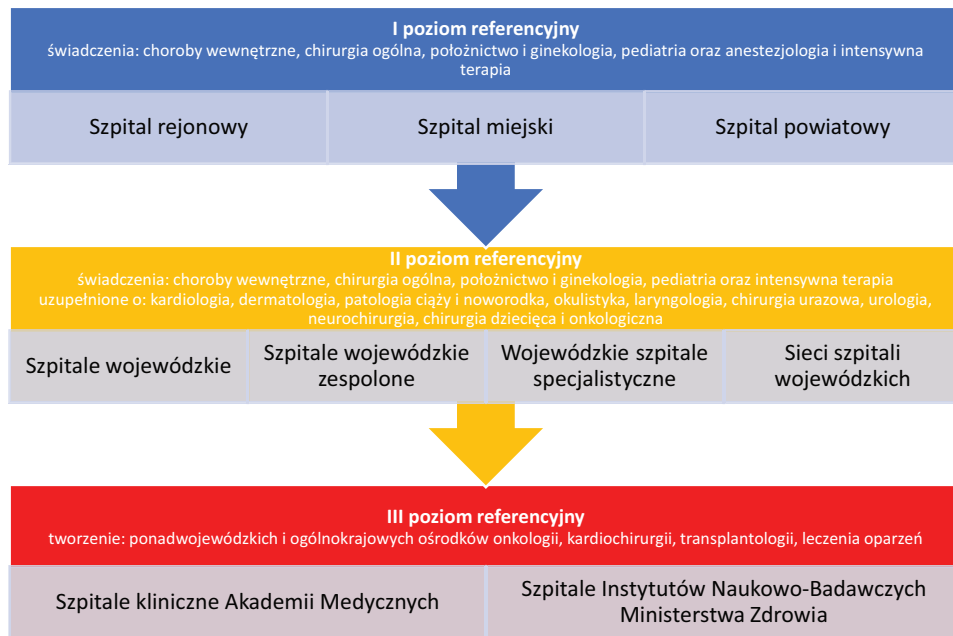
86 Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową, Dz. U. 1998, nr 106, poz. 668, ze zm.

87 Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego Państwa, Dz. U. 1998, nr 96, poz. 603, ze zm.

88 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dz. U. 1998, nr 164, poz. 1193.

89 Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych ZOZ, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw, Dz. U. 2001, nr 65, poz. 659.

zostać podzielone między powiat i gminę. W rzeczywistości zakłady przekazywano w całości, bez podziałów wynikających z zakresu działania terytorialnego, na skutek czego zakres świadczonych usług często nie przystawał do określonego przydziału zakładów właściwym szczeblom samorządu⁹⁰.



Rysunek 7. Podział placówek szpitalnych ze względu na określony poziom referencyjny

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych.

Wspomniane rozporządzenie dotyczące krajowej sieci szpitali obowiązywało do 2003 r. – po tym czasie zostało uchylone na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Od tamtej pory cały czas zabiegano, aby została stworzona kolejna sieć szpitali, która wpłynęłaby m.in. na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz finansowania szpitali w Polsce.

Ostatecznie krajowa sieć szpitali została stworzona na mocy ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹¹. Zgodnie z art. 1 pkt 3 ww. ustawy powstało sześć poziomów szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na które składają się: trzy poziomy

⁹⁰ M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Municipium SA, Warszawa 2005, s. 82.

⁹¹ Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2017, poz. 844.



Rysunek 8. Podział placówek szpitalnych w związku z ustaleniem krajowej sieci szpitali obowiązującej od 2017 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2017, poz. 844.

referencyjne szpitali obejmujące szpitale o zasięgu lokalnym bądź regionalnym, dwa poziomy obejmujące szpitale specjalistyczne oraz jeden poziom przewidziany dla instytutów badawczych i szpitali klinicznych (rysunek 8). Odpowiedniej kwalifikacji danego szpitala do krajowej sieci szpitali dokonuje dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ na okres 4 lat; szczegóły dotyczące kwalifikacji szpitali znajdują się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁹².

Kolejne dwa podziały szpitali wynikają z wprowadzenia następnego etapu reformy opieki zdrowotnej w Polsce, który rozpoczął się w 2011 r. poprzez wejście w życie ustawy o działalności leczniczej. Na jej podstawie wyróżniono szpitale funkcjonujące jako podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami i niebędące przedsiębiorcami. Pierwsze z nich mogą być tworzone m.in. przez takie podmioty jak spółki prawa handlowego czy spółki prawa cywilnego, drugie zaś przez podmioty samorządowe lub resortowe (szerzej na temat tego podziału traktuje punkt 1.1.3).

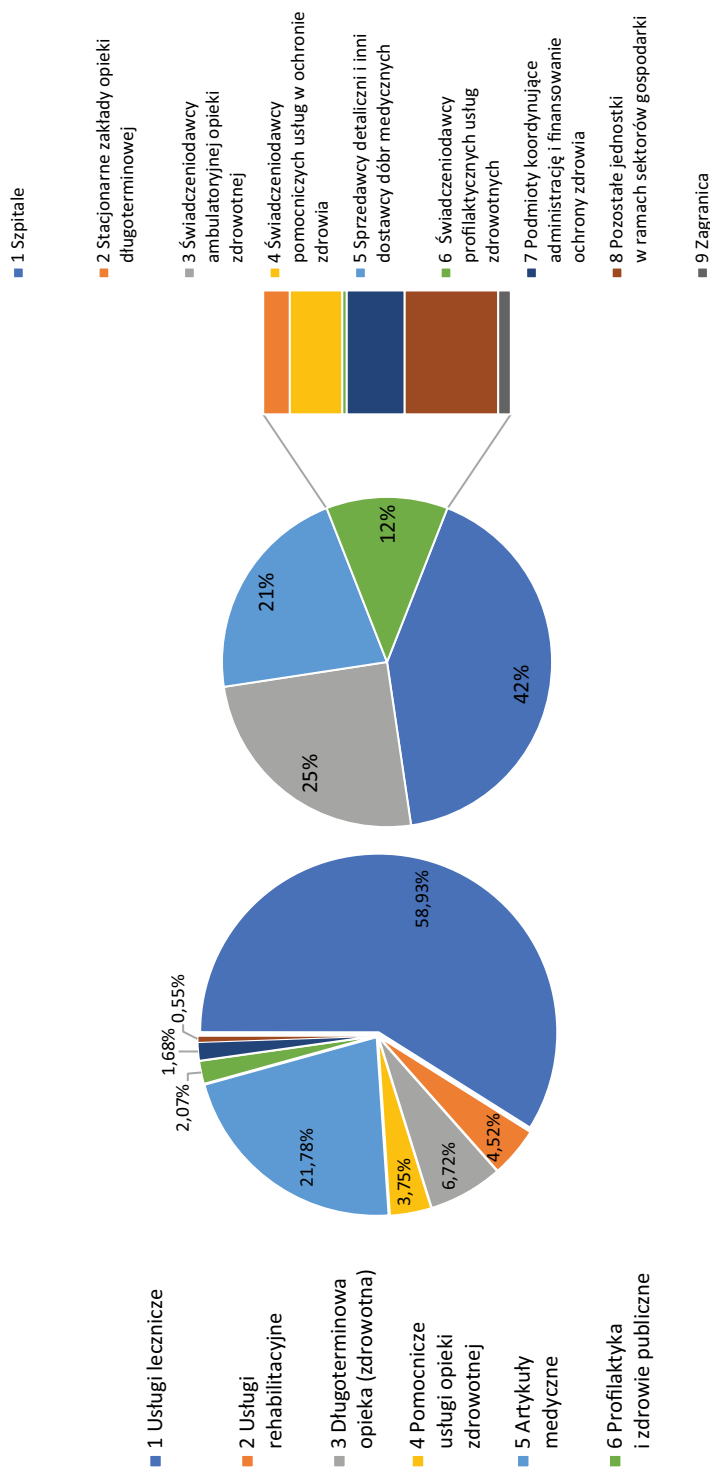
1.2.3. Szpitale w liczbach

Istotną rolę jaką pełnią szpitale w systemie ochrony zdrowia zdają się potwierdzać również dane dotyczące wydatków narodowych na ochronę zdrowia (rysunek 9).

Obserwując dane dotyczące wydatków na ochronę zdrowia według funkcji, wyraźnie widać, że w pierwszej kolejności wydatki kierowane są na realizację głównego celu systemu ochrony zdrowia jakim jest ochrona obywateli poprzez zagwarantowanie możliwie najpełniejszego zakresu świadczeń medycznych. Stąd na usługi lecznicze przeznaczają się ok. 58,9% wszystkich środków na ochronę zdrowia (w tym ok. 31,2% na świadczenia realizowane przez szpitale ogólne). W drugiej kolejności ok. 21,8% środków przeznaczają się na artykuły medyczne, którymi są głównie leki (sprzęt terapeutyczny czy też pozostałe dobra trwałe i nietrwałe użytku). Pozostałe zaś środki dzieli się pomiędzy opiekę długoterminową, usługi rehabilitacyjne, pomocnicze usługi opieki zdrowotnej, działania profilaktyczne i inne.

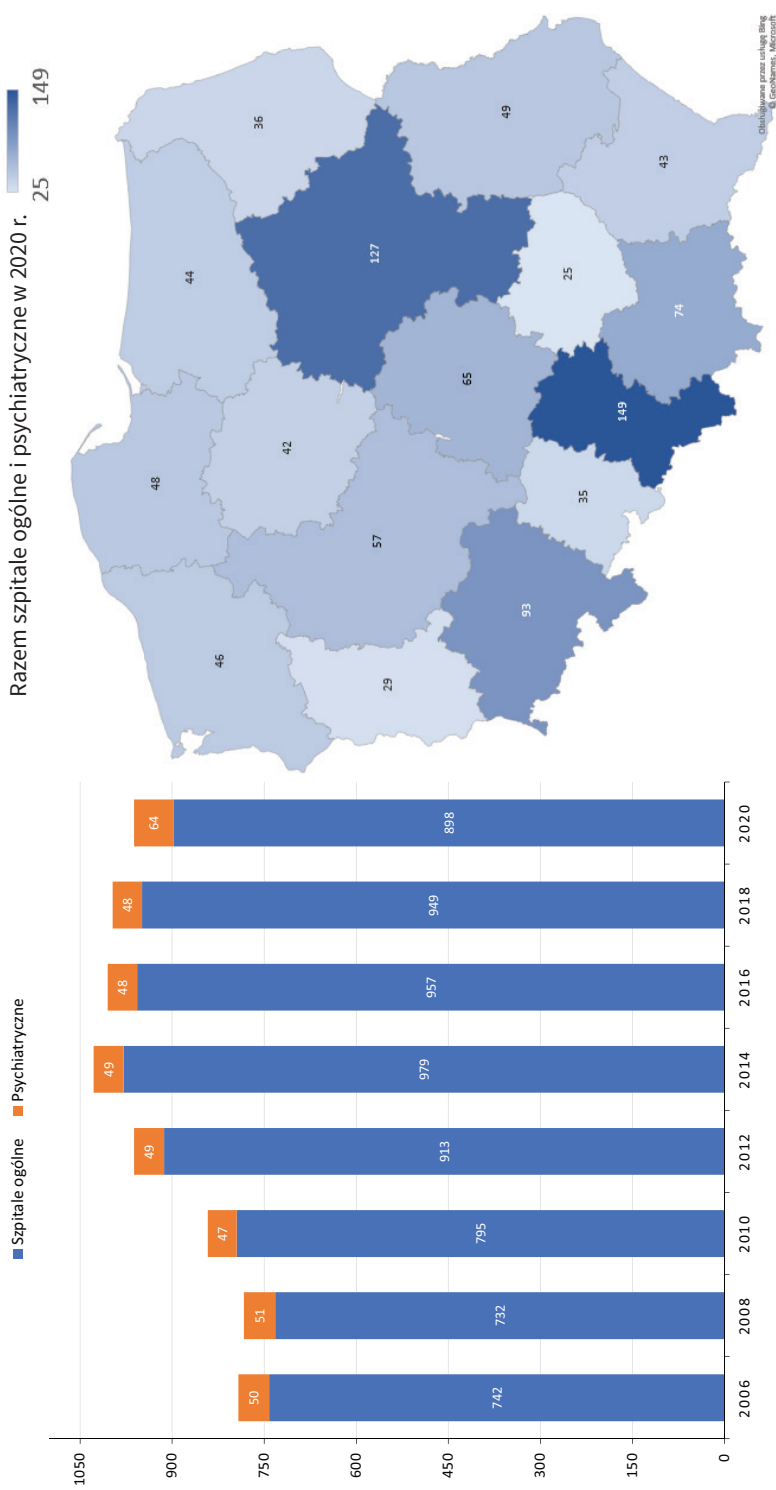
Wśród wszystkich podmiotów oferujących usługi lecznicze największe środki finansowe kierowane są do szpitali (ok. 41,7%), w drugiej kolejności do świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ok. 24,9%), w trzeciej zaś do sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych. Reszta środków kierowana jest m.in. do takich podmiotów, jak: stacjonarne zakłady opieki długoterminowej, świadczeniodawcy pomocniczych usług opieki zdrowotnej czy na pokrycie kosztów świadczeń leczniczych wykonywanych za granicą.

⁹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej Dz. U. 2017, poz. 1163.



Rysunek 9. Wydatki na ochronę zdrowia według rodzaju funkcjonalnego świadczonego usług zdrowotnych oraz według dostawców w 2019 r.

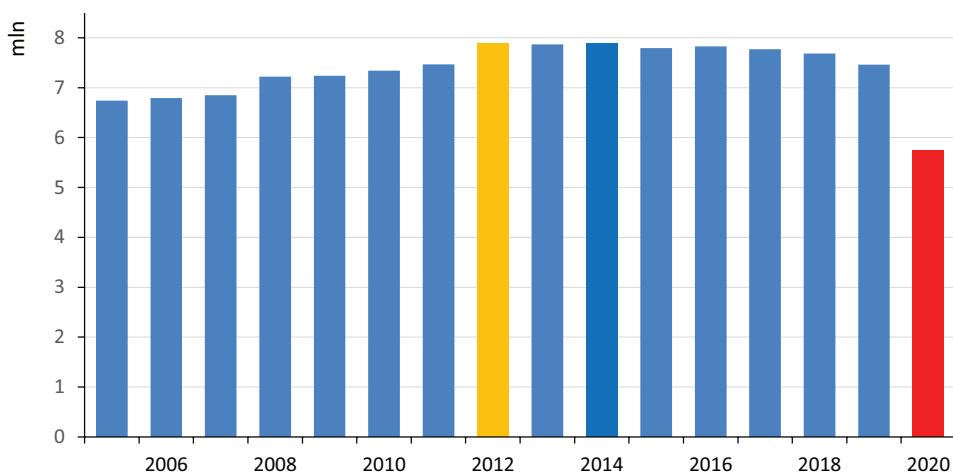
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020*, GUS, Warszawa 2021.



Rysunek 10. Liczba szpitali ogólnych i psychiatrycznych w Polsce w latach 2005–2020
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z banku danych lokalnych GUS.

Obecnie statystyka prowadzona przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) przedstawia dane za 2020 r. w zakresie funkcjonowania w Polsce 898 szpitali ogólnych (wielospecjalistycznych, oferujących kompleksowe usługi lecznicze) oraz 64 szpitali psychiatrycznych (rysunek 10). Przy czym najwięcej szpitali zlokalizowanych jest w województwie śląskim (149) i mazowieckim (127), najmniej zaś w województwie świętokrzyskim (25).

Ze względu na szeroki zakres usług oferowanych w szpitalach ogólnych, stanowią one główny obszar zainteresowania w ochronie zdrowia. Ich istotę podkreślają również dane w zakresie liczby hospitalizowanych osób w ciągu roku, z których wynika, że średnio co roku, w samych szpitalach ogólnych, w latach 2005–2020 hospitalizowanych było ponad 7,4 mln pacjentów, co stanowi ok. 20% wszystkich obywateli w kraju (rysunek 11).



Rysunek 11. Liczba hospitalizowanych osób w szpitalach ogólnych w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z banku danych lokalnych GUS.

1.3. Pracownicy medyczni w strukturze organizacyjnej szpitala

1.3.1. Zasoby ludzkie w systemie ochrony zdrowia

Fundamentalnym elementem każdego systemu ochrony zdrowia, w tym każdej instytucji świadczącej usługi lecznicze, są zasoby ludzkie będące najcenniejszym nośnikiem wiedzy, umiejętności i wartości intelektualnych, przez co wpływają na jakość świadczonych usług, a tym samym na efektywność działania całego systemu⁹³.

⁹³ C. Włodarczyk, A. Domagała, *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2, s. 29; M. Dobska, *Kluczowa rola*

Wśród pracowników zatrudnionych we wszelkiego rodzaju podmiotach leczniczych świadczących usługi lecznicze, można wyodrębnić dwie grupy pracowników: medycznych i niemedycznych. Pierwsza z nich może składać się m.in. z: lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów, techników elektrokardiologów itp., których głównym zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Druga zaś grupa składa się w szczególności z personelu administracyjnego, technicznego i gospodarczego, którego zadaniem jest: pomaganie w zarządzaniu zasobami ludzkimi i rzeczowymi jednostki; realizowanie zadań administracyjnych niezbędnych dla prawidłowego i efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego czy też wykonywanie działań o charakterze pomocniczym i usługowym niezbędnych do realizacji zadań ustawowych podmiotu⁹⁴.

Niewątpliwie z punktu widzenia organizacji całego systemu ochrony zdrowia jak i jego podsystemów największe znaczenie będą mieli pracownicy medyczni, w szczególności lekarze i pielęgniarki. Nie inaczej dzieje się w przypadku szpitali, będących jedną z najbardziej złożonych organizacji świadczących usługi medyczne, których działalność rozciąga się od zaawansowanych technologicznie działów terapeutycznych i diagnostycznych po zachowawcze⁹⁵. To od nich w sposób bezpośredni zależy jakość oraz dostępność świadczeń medycznych, a co za tym idzie – zadowolenie i bezpieczeństwo pacjentów⁹⁶.

Historycznie najstarszą grupę pracowników medycznych stanowią lekarze. Zawód lekarza kształtował się przez długie stulecia i nadal podlega ewolucji. Ślady jego działania odnajduje się już w prehistorii, kiedy to powstała tzw. medycyna teurgiczna, polegająca na oddziaływaniu na ducha chorobotwórczego. Zrodził się wówczas nowy zawód czarodzieja-uzdrowiciela. W miarę rozwoju cywilizacji powstała profesja lekarza-kapłana, który leczył w świątyniach⁹⁷. W średniowieczu zaś istotną rolę odgrywali lekarze dworscy, którzy sprawowali opiekę nie tylko nad swoim panem, ale także nad jego rodziną, służbą czy też poddanymi należącymi do jego włości. Czasem mogli oni być i wypożyczani przez dwór innego możnowładcy na czas wyleczenia. Następnie wyróżniono lekarza wędrownego, podróżującego po różnych krajach i wykonującego swój zawód jako wolny⁹⁸. Przez ten cały czas rozwijały się również szkoły i uniwersytety, które szkoliły przyszłych lekarzy, dzięki czemu osoby wykonujące ten zawód, mając potwierdzenie ukończenia studiów, zwiększały swoją wiarygodność. Z czasem zaczęto uznawać osoby za lekarzy

zarządzania personelem organizacji świadczących usługi medyczne, [w:] M. Dobska (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 171–188.

94 M. Paszkowska, *Zarządzanie podmiotami leczniczymi. Aspekty prawne*, Wydawnictwo AMELIA, Rzeszów 2014, s. 32.

95 R.A. Lewandowski, *Kontrola w zarządzaniu zmianą*, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 170–171.

96 C. Włodarczyk, A. Domagała, *Kadry medyczne opieki...*, s. 30.

97 E. Waszyński, *Powstanie i rozwój zawodu lekarskiego*, [w:] E. Waszyński (red.), *Medycyna. Wprowadzenie do studiów lekarskich*, Alta 2, Wrocław 2003, s. 122–123.

98 Tamże, s. 130.

tylko wtedy, gdy posiadały odpowiednie wykształcenie i praktykę, potwierdzoną w oficjalnych rejestrach urzędowych⁹⁹.

Ze względu na szczególną rolę zawodu lekarza, podstawą stało się składanie przysięgi przez osoby chcące zajmować się leczeniem chorych, które oznaczało dobrowolne przyjęcie na siebie wszystkich zobowiązań wynikających z wykonywania zawodu, w zgodzie z obowiązującymi normami moralnymi i prawnymi¹⁰⁰.

Współcześnie wymagania jakie muszą spełniać lekarze określa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁰¹. Na jej mocy głównymi zadaniami lekarza są: udzielanie przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami) świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich, jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Dodatkowo może on także prowadzić prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczać zawodu lekarza, kierować podmiotem leczniczym lub zatrudniać w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub w urzędach obsługujących te podmioty, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Drugą najważniejszą grupę pracowników medycznych stanowią pielęgniarki i pielęgniarze. W porównaniu do zawodu lekarza, pielęgniarstwo charakteryzuje się dużo krótszą historią. Umownie przyjmuje się, że początek nowoczesnego pielęgniarstwa nastąpił w drugiej połowie XIX w. wraz z powstaniem pierwszej szkoły pielęgniarstwa na świecie, działającej zgodnie z założeniami koncepcyjnymi rozpowszechnianymi przez Florencję Nightingale¹⁰². Do tego czasu pielęgnowaniem zajmowały się głównie osoby płci żeńskiej, niemające żadnych specjalistycznych kwalifikacji zawodowych bądź też będące zakonnikami (bonifratrzy) lub zakonnicami (szarytki, elżbietanki, boromeuszki, franciszkanki czy też diakonisy ewangelickie)¹⁰³.

Założenia koncepcyjne Florencji Nightingale koncentrowały się na tym, by: działalność pielęgniarstwa miała głównie charakter świecki, tj. mogła być wykonywana przez osoby różnych wyznań; była wykonywana w sposób samodzielny, tj. przy zachowaniu odrębności organizacyjnej oraz zgodny z zasadami naukowymi. Zaczęto dzięki temu zwracać uwagę na to, by osoby, które chcą zajmować się

99 R. Tokarczyk, *Medycyna a normy. Sztuka leczenia wśród innych rodzajów sztuk*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 49.

100 Tamże, s. 49.

101 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997, nr 28, ze zm. (dalej: u.z.l.l.d.).

102 Ż. Dobińska, *Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2014, nr 2(39), s. 172–175.

103 S. Poznańska, *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 7, 52.

pielęgowaniem, nie działały amatorsko i przypadkowo. Co oznaczało, że zaczęto dążyć do odrzucenia osób niewłaściwych, tj. nieprzygotowanych odpowiednio do pełnienia tej roli.

Od tego czasu zaczęto przyjmować, że każda osoba chcąca wykonywać ten zawód powinna przejść odpowiednie szkolenia i czuć potrzebę ciągłego dokształcania się, by pomóc potrzebującym pacjentom dojść jak najszybciej do zdrowia¹⁰⁴. Tym samym rozpoczął się powolny rozwój szkolnictwa pielęgniarskiego, który doprowadził w USA w latach 50. XX w. do uznania pielęgniarstwa za dyscyplinę naukową¹⁰⁵.

Współcześnie osoby wykonujące zawód pielęgniarki stanowią obok lekarzy szczególną grupę pracowników mających bezpośredni kontakt z pacjentem. Samo zaś pielęgniarstwo stało się integralnym elementem systemu ochrony zdrowia, posiadającym wyodrębnioną strukturę i system kształcenia¹⁰⁶. Działalność w tym zakresie w Polsce regulowana jest obecnie kilkoma aktami prawnymi. Jednakże najważniejsze znaczenie mają dwa z nich, tj. ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r.¹⁰⁷ oraz ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r.¹⁰⁸

Zgodnie z art. 4 u.z.p.p. wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich, jak: rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz jego problemów pielęgnacyjnych; planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. Ponadto za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również: nauczanie zawodu pielęgniarki, wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek lub nauczanie innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współudziału pielęgniarki; prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa; kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek; wykonywanie czynności związanych z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; wykonywanie czynności związanych z przygotowywaniem,

104 Tamże, s. 57–59.

105 J. Kolańska, *Rozwój pielęgniarstwa – powstanie i rozwój zawodu, profesjonalizacja i unaukowanie*, „W Cieniu Czepka” 2009, nr 5(211).

106 G. Rogala-Pawelczyk, J. Derlacki, *Pielęgniarka i położna jako zawód zaufania publicznego*, [w:] G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, M. Kilarska (red.), *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo: Prawo – praktyka – etyka*, t. 1, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013.

107 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2021, poz. 479 (dalej: u.z.p.p.).

108 Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U. 2021, poz. 628 (dalej: u.s.p.p.2.).

organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu.

Jak zostało to zasygnalizowane w punkcie 1.1.3, na mocy u.d.l. w systemie ochrony zdrowia w Polsce udzielanie świadczeń medycznych przez pracowników medycznych wykonujących m.in. zawód lekarza czy pielęgniarki jest możliwe w formie prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej jako grupowa praktyka. Dodatkowo pracownicy medyczni mogą wykonywać pracę na rzecz zatrudniającego ich podmiotu leczniczego.

W systemie ochrony zdrowia, niezależnie od typu podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, wyróżnia się dwie dopuszczalne formy zatrudnienia personelu medycznego: typu pracowniczego i typu niepracowniczego.

Pierwszy typ zatrudnienia związany jest z istnieniem stosunku pracy, którego źródłem jest Kodeks pracy¹⁰⁹ regulujący prawa i obowiązki stron stosunku. Jego istotą jest nadanie osobie zatrudnionej w danej organizacji statusu pracownika. Wyróżnia się cztery rodzaje umów tego typu: na okres próbny, na czas określony, na zastępstwo oraz czas nieokreślony.

Innym stosunkiem prawnym dopuszczalnym jako forma zatrudnienia stały się umowy cywilnoprawne. Umowy cywilne są zawierane bezpośrednio z pracownikiem medycznym. Najczęściej stosowanymi umowami cywilnymi są: umowa zlecenia, umowa o świadczenie usług, tzw. kontrakt. W tym przypadku prawa i obowiązki reguluje Kodeks cywilny. W odróżnieniu od umowy o pracę umowa cywilna nie nadaje personelowi medycznemu statusu pracownika, a co za tym idzie nie daje możliwości korzystania z pewnych przywilejów jakie związane są z tą formą stosunku pracy.

Jeszcze inną dopuszczalną formą świadczenia usług jest wolontariat. Umowa zawierana z wolontariuszem jest tzw. porozumieniem określającym zakres i formę udzielanych świadczeń.

W praktyce wybór preferowanej formy zatrudnienia pracowników w podmiocie leczniczym zależy od strategii działania menadżerów lub kierowników podmiotów zarządzających w podmiotach leczniczych. Ma on bowiem fundamentalny wpływ na takie elementy funkcjonowania podmiotu leczniczego, jak: finansowanie działalności leczniczej, sposób zarządzania zasobami ludzkimi czy odpowiedzialność prawna za działania lecznicze. Jednakże należy pamiętać, że wybór ten zawsze powinien być dokonany za zgodą obu stron¹¹⁰.

109 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. 1974, poz. 1320, ze zm. (dalej: k.p.).

110 M. Paszkowska, *Zarządzanie działalnością leczniczą. Problematyka prawna*, Difin, Warszawa 2019, s. 150.

1.3.2. Wybrane zawody medyczne jako zawody zaufania publicznego

Z dotychczasowych rozważań wynika, że takie zawody medyczne jak lekarz czy pielęgniarka stanowią integralną część systemu ochrony zdrowia. W przypadku lekarzy, jak piszą S. Poździoch i M. Gibiński, taki pogląd kształtowany był od wieków. Co do zasady zawód ten wykonywano w sposób swobodny, zgodny z wiedzą medyczną i doświadczeniem nabytym w toku praktyki, przez co lekarze stawiani byli w roli szczególnej, cieszącej się dużym autorytetem i zaufaniem społecznym¹¹¹. Nieco inaczej historia odniosła się do pielęgniarek, które przez wiele wieków funkcjonowały w cieniu zawodu lekarza. Jednakże wraz z rozwojem techniki i świadomości społecznej od XIX w. sukcesywnie wzmacnia się pozycja tego zawodu oraz zakres jego autonomii, przez co stał się on obok zawodu lekarza kolejnym zawodem zaufania społecznego¹¹².

Jak zauważa A. Krasnowolski za P. Antkowiakiem, pojęcie zawodu zaufania publicznego jest tworem polskim, nieznanym w innych krajach europejskich, wprowadzonym przez ustawodawcę konstytucyjnego w art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹¹³. Na mocy ww. artykułu powiązано wykonywanie zawodu zaufania publicznego z istnieniem samorządów zawodowych, które są powoływane do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Niestety pojęcie to ma charakter niedookreślony, tym samym budzi wiele wątpliwości i emocji wśród teoretyków i praktyków prawa, oraz wśród tych, którzy prawo stanowią, jak i tych, którzy je stosują¹¹⁴. Dlatego też powstało wiele prac, które próbują uporządkować tę tematykę.

Jedną z definicji pojęcia **zawodu zaufania publicznego** została przedstawiona przez M. Rękawek-Pachwiczewicz. Określa go ona jako „zawód, którego głównym zadaniem będzie ochrona interesu publicznego przy użyciu odpowiednich mechanizmów i instrumentów prawnych oraz instytucjonalnych przed dominacją partykularnych interesów pewnych grup czy też jednostek”¹¹⁵.

Inną definicję zaprezentował P. Sarnecki, który uważa, że „zawód zaufania publicznego to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany

111 S. Poździoch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 22.

112 Ż. Dobińska, *Historia i etos zawodu...*, s. 172–175; M. Paszkowska, *Pielęgniarka w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Wiadomości Lekarskie” 2020, nr 73(8), s. 1771–1779.

113 A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Opracowania tematyczne OT-625, Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, Warszawa, listopad 2013.

114 M. Rękawek-Pachwiczewicz, *Determinanty prawne nadania statusu „zawodu zaufania publicznego” – podstawowe definicje i cechy*, „Administracja Publiczna. Studia Krajowe i Międzynarodowe” 2009, nr 2(14), s. 30.

115 Tamże, s. 33.

w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących te usługi”¹¹⁶.

P. Sarnecki uznaje, że zasadniczym momentem dla kwalifikacji do zawodu zaufania publicznego wydaje się fakt powierzenia osobom uprawiającym owe zawody informacji dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług. Stąd też osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, mające zakaz ujawniania informacji, powinny być chronione immunitetem dla członków korporacji, zwalniającym ich od odpowiedzialności karnej za nieujawnienie informacji w sytuacjach, w których skądinąd byłoby to pożądane¹¹⁷.

Przeciwnie podejście prezentuje M. Kulesza, który uważa, że właściwie zaufanie publiczne powinno dotyczyć wszystkich wykonywanych zawodów, dlatego poszukiwanie definicji tego pojęcia jest bezzasadne¹¹⁸.

Jak podkreślają G. Rogala-Pawelczyk oraz J. Derlacki, w stosunku do każdej roli zawodowej istnieją normy społeczne obowiązujące wszystkich przedstawicieli danego zawodu¹¹⁹. Nie inaczej jest w przypadku osób wykonujących zawody medyczne, których funkcjonowanie uwarunkowane jest przestrzeganiem prawa kształtowanego zarówno przez Unię Europejską, krajowy porządek prawny czy też regulacje przyjmowane przez poszczególne samorządy zawodowe¹²⁰.

Samorząd zawodowy stanowi organizacyjną formę zrzeszania się osób wykonujących ten sam zawód, której celem jest m.in. reprezentowanie ich interesów wobec władz państwowych, doskonalenie zawodowe i czuwanie nad etyką wykonywania zawodu oraz ochroną socjalną tychże osób, a także realizowanie szeregu zadań typowych dla związków publicznoprawnych¹²¹.

Natomiast według M. Tabernackiej samorząd zawodowy jest to „utworzony ustawą i wyposażony w określony prawnie zakres samodzielności związek osób połączonych wspólnym interesem zawodowym, które należą do niego na zasadach określonych ustawą. Podstawową cechą wspólną tej grupy obywateli, będących członkami samorządu zawodowego, jest wykonywanie tego samego zawodu, lub też przygotowywanie się do jego samodzielnego wykonywania”. Grupie tej przysługują przyznane prawem uprawnienia i obowiązki w zakresie organizacji

116 P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie Adwokatury*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja, wybory, parlament*, Liber, Warszawa 2000, s. 155.

117 Tamże, s. 155–156.

118 M. Kulesza, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego*, [w:] S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu, Warszawa 2002, s. 25.

119 G. Rogala-Pawelczyk, J. Derlacki, *Pielęgniarka i położna jako...*, s. 9.

120 O. Bróż, *Prawne uregulowania wykonywania zawodów medycznych jako część systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza. Prawo” 2020, vol. 28(110), s. 25–39.

121 R. Kmiecik, *Samorząd zawodowy w strukturze administracyjnej państwa*, [w:] R. Kmiecik (red.), *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe WNPiD UAM, Poznań 2010, s. 24.

wykonywania zawodu oraz wykonywania zadań publicznych z zakresu administracji państwowej; ma ona także określone ramy organizacyjne działalności¹²².

Do głównych zadań, nałożonych przez państwo na samorządy zawodowe, zalicza się¹²³:

- reprezentowanie interesów określonych zawodów wobec władz państwowych;
- nadzór nad należytym wykonywaniem zawodu dotyczący m.in. reglamentowania dostępu do określonej profesji i prowadzenie rejestru osób posiadających prawo wykonywania zawodu;
- kształtowanie zasad i czuwanie nad etyką wykonywania zawodu;
- organizowanie i prowadzenie sądownictwa dyscyplinarnego;
- doskonalenie zawodowe i określenie programów kształcenia w danym zawodzie.

Takich samorządów powstało w Polsce wiele, w szczególności są to¹²⁴:

- 1) samorządy zawodowe związane z wymiarem sprawiedliwości (adwokacki, radców prawnych, notarialny, komorniczy, sędziów i kuratorów sądowych);
- 2) **samorządy zawodowe profesji związanych ze służbą zdrowia (lekarzy i lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów, lekarsko-weterynaryjne, diagnostów laboratoryjnych, psychologów)**;
- 3) samorządy zawodowe profesji związanych z branżą budowlano-architektoniczną (architektów, inżynierów budownictwa i urbanistów);
- 4) samorządy zawodowe pozostałych profesji (rzeczników patentowych, biegłych rewidentów, doradców podatkowych).

Kryteriami pomocniczymi służącymi do ustalenia doniosłości społecznej danego zawodu stały się¹²⁵:

- intensywne, indywidualne korzystanie z usług tego zawodu przez znaczną część społeczeństwa;
- niezbędność świadczonych usług dla bezpieczeństwa i egzystencji obywateli;
- wysoki stopień profesjonalizmu i jakości świadczonych usług;
- szczególne walory etyczne i moralne osób wykonujących taki zawód;
- przestrzeganie interesu świadczeniobiorcy i tajemnicy o informacjach powierzonych przez obywateli wykonawcom zawodu.

Jednym z najstarszych i najlepiej funkcjonujących samorządów działających na ziemiach polskich jest **samorząd zawodowy lekarzy**. Jego początki sięgają okresu zaborów, kiedy stworzono izby działające na ziemiach polskich, które bazowały na doświadczeniach niemieckich i austriackich¹²⁶. Za czas największego ich rozwoju uznaje się okres II Rzeczypospolitej.

122 M. Tabernacka, *Zakres wykonywania zadań publicznych przez organy samorządów zawodowych*, Kolonia Limited, Wrocław 2007, s. 50–51.

123 R. Kmiecik, *Ustrój i zadania samorządu zawodowego*, [w:] S. Wykrętowicz (red.), *Samorząd w Polsce. Istota, formy, zadania*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2004, s. 358.

124 M. Rękawek-Pachwicz, *Determinanty prawne nadania...*, s. 36–37.

125 Tamże, s. 39.

126 P. Kordel, K. Kordel, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w okresie II Rzeczypospolitej*, „Medyczna Wokanda” 2012, nr 4, s. 129.

Obecnie samorząd zawodowy lekarzy (Samorząd Lekarski) działa na podstawie znowelizowanej ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich¹²⁷, która całkowicie zastąpiła ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich¹²⁸.

Na podstawie ww. przepisów Samorząd Lekarski stał się jednostką odpowiedzialną za kształtowanie zawodu lekarza w Polsce. Składa się on z Naczelnej Izby Lekarskiej, która reprezentuje samorząd lekarski na szczeblu państwowym oraz z 23 okręgowych izb lekarskich wraz z jedną Wojskową Izbą Lekarską, które działają na szczeblu regionalnym. Najważniejszym organem samorządu jest Krajowy Zjazd Lekarzy, który wybiera: prezesa oraz członków Naczelnej Rady, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wraz z jego zastępcami, Naczelną Izbę Rewizyjną oraz Krajową Komisję Wyborczą. Podobnie na szczeblu regionalnym tworzy się podczas okręgowych zjazdów lekarzy okręgowe rady lekarskie oraz wybiera okręgowych prezesów i członków okręgowych rad lekarskich, jak i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, członków sądów lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy (rysunek 12).



Rysunek 12. Struktura Samorządu Lekarskiego w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.i.l.2.

W art. 5 u.i.l.2. określono zakres zadań jakie zostały przyporządkowane temu samorządowi. Do najważniejszych z nich zaliczyć można:

- 1) ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie;
- 2) sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza;
- 3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej,

¹²⁷ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 2016, poz. 522, ze zm. (dalej: u.i.l.2.).

¹²⁸ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 1989, nr 30, poz. 158, ze zm. (dalej: u.i.l.1.).

zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 4) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu;
- 5) **prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy;**
- 6) **prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu (...).**

Innym przykładem samorządu wśród zawodów medycznych jest Samorząd Pielęgniarek i Położnych. Jest to samorząd, który powstał stosunkowo niedawno na mocy ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r.¹²⁹ Obecnie zaś działa na podstawie ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r.

Na mocy ww. ustawy samorząd ten został powołany do sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, a także reprezentowania osób wykonujących te zawody. Samorząd ten składa się z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych (rysunek 13).



Rysunek 13. Struktura Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U. 2021, poz. 628.

Zgodnie z art. 2 u.s.p.p.2. przynależność do tego stowarzyszenia jest obowiązkowa dla wszystkich pielęgniarek, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez okręgową radę, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu (art. 5 ust. 1).

¹²⁹ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U. 1991, nr 41, poz. 178.

Zgodnie natomiast z art. 4 u.s.p.p.2. do zadań tego samorządu należy m.in.:

- 1) sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów;
- 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem;
- 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 4) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa;
- 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych;
- 6) obrona godności zawodowej;
- 7) reprezentowanie i ochrona zawodów;
- 8) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
- 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

1.3.3. Zawody medyczne w świetle wyników badań opinii społecznej

Ze względu na swoją specyfikę i wagę dla społeczeństwa, w szczególności zawód lekarza jest przedmiotem wielu badań opinii społecznej. Jak podaje A. Majchrowska, pierwsze badania miały miejsce w latach 60. XX w. i były przeprowadzane cyklicznie przez różne ośrodki badawcze¹³⁰. Wśród prowadzonych badań można wyróżnić przede wszystkim takie, które koncentrowały swoją uwagę na zaufaniu społeczeństwa do osób wykonujących określony zawód oraz na prestiżu określonych zawodów.

Badania opinii społecznej w zakresie zaufania społecznego w stosunku do wybranych zawodów są przeprowadzane przez różne ośrodki badawcze. Do najbardziej znanych należy zaliczyć badania podjęte m.in. przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS), Ipsos czy Pentor.

Na podstawie badań przeprowadzanych przez CBOS (tabela 2) można zauważyć, że poziom zaufania społecznego w stosunku do osób wykonujących zawód lekarza w latach 2001–2014 był stosunkowo wysoki, ale i zmienny w czasie. Najwyższy odsetek osób (80%) deklarujących bardzo duże i duże zaufanie w stosunku do omawianej grupy zawodowej odnotowano w badaniu przeprowadzonym w 2001 r., najniższy zaś w badaniu przeprowadzonym w 2007 r., gdzie wyniósł tylko 69%.

Jeszcze inne badania dotyczące zawodów zaufania zostały przeprowadzone przez Ipsos¹³¹ w 2019 r. Miały one dużo szerszy zakres, bowiem obejmowały

130 A. Majchrowska, *Rola społeczna lekarza w okresie przemian systemowych*, [w:] E. Anczyk (red.), *Praca i powołanie. Wyzwania zawodu lekarza*, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec 2011, s. 102.

131 Ipsos, *Global trust in professions. Who do global citizens trust?*, sierpień 2019, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-09/global-trust-in-professions-trust-worthiness-index-2019.pdf> (data dostępu: 27.08.2020).

respondentów z 23 krajów świata, w tym z Polski. Na ich podstawie można zauważyć, że w 2019 r. odsetek respondentów darzących bardzo dużym i dużym zaufaniem osoby wykonujące zawód lekarza był znacząco niższy (45%) od wyników prezentowanych przez CBOS w 2014 r. Wśród badanych respondentów ze wszystkich krajów biorących udział w badaniu ten odsetek wyniósł 56%. Oba prezentowane wyniki sprawiają, że respondenci wraz z respondentami z pozostałych krajów darzą najwyższym zaufaniem właśnie lekarzy tuż za osobami wykonującymi zawód naukowca.

Tabela 2. Poziom zaufania do zawodu lekarza w Polsce na podstawie badań prowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej

Poziom zaufania	Rok badania CBOS				
	2001	2007	2009	2010	2014
Udział osób darzących lekarzy bardzo dużym zaufaniem w %	16	14	15	13	16
Udział osób darzących lekarzy dużym zaufaniem w %	64	54	59	57	62
Razem	80	68	74	70	78

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, CBOS, Warszawa 2014 oraz 2001.

Wysokie zaufanie w opinii społecznej w stosunku do osób wykonujących zawód lekarza przekłada się na postrzeganie go jako zawodu zaufania publicznego. Potwierdzają to m.in. badania przeprowadzone przez CBOS w 2004 r. pod tytułem „Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego”¹³², jak i badanie przeprowadzone przez Pentor Research International SA na zlecenie Polskiej Izby Inżynierów Budownictwa z 2008 r.¹³³, w których na pytanie, jakie jest skojarzenie z określeniem „zawód zaufania publicznego”, respondenci najczęściej odpowiadali „lekarz”.

Zgodnie z opinią badanych przez zawód zaufania publicznego należy rozumieć zawód, który jest wykonywany przez osobę charakteryzującą się nienaganną postawą moralną i etyczną, wykonującą usługi wysokiej jakości. Ponadto zawód zaufania publicznego powinien wiązać się z obowiązkiem istnienia tajemnicy zawodowej, która wpływa na istnienie zaufania pomiędzy zlecającym a wykonującym daną usługę.

Niestety pomimo istnienia stosunkowo wysokiego zaufania do osób wykonujących zawód lekarza, zmienia się sposób postrzegania tego zawodu w kategoriach prestiżu. Fakt ten potwierdzają m.in. badania przeprowadzane dość nieregularnie

132 Centrum Badań Opinii Społecznej, *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego*, Warszawa 2004, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2004/K_073_04.PDF (data dostępu: 20.12.2017).

133 *Zawody zaufania publicznego w świadomości Polaków*, Research International Pentor, Warszawa 2008.

przez CBOS oraz różne inne ośrodki badawcze wykonujące tego typu badania na zlecenie różnych organizacji – przykładowo SW Research. Głównym zadaniem tych badań jest ustalenie miejsca różnych zawodów w świadomości społeczeństwa.

Tabela 3. Hierarchia prestiżu zawodu lekarza na tle pozostałych zawodów

Badany miernik prestiżu zawodu lekarza	Rok badania CBOS					
	1995	1996	1999	2008	2013	2019
Udział osób deklarujących bardzo duże poważanie w stosunku do zawodu lekarza (w %)	79	77	75	73	71	80
Miejsce w rankingu hierarchii prestiżu zawodów	2	2	2	5	8	6
Udział osób deklarujących bardzo duże poważanie w stosunku do zawodu pielęgniarki (w %)	–	–	57	77	78	89
Miejsce w rankingu hierarchii prestiżu zawodów	–	–	6	4	6	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Prestiż zawodów*, CBOS, Warszawa 1999, 2009 oraz 2013; *Które zawody poważamy?*, CBOS, Warszawa 2019.

Analizując dane prezentowane przez CBOS (tabela 3), można zauważyć, że w badanym okresie prestiż zawodu lekarza zmieniał się w zależności od badania. O ile bowiem w 1999 r. aż 79% badanych wyrażało bardzo duże poważanie w stosunku do lekarzy, tak w 2013 r. takie stanowisko prezentowało już tylko 71% badanych. Natomiast w badaniu przeprowadzonym w 2019 r. duże poważanie w stosunku do lekarzy było deklarowane aż przez 80% badanych. Obserwowany spadek udziału osób deklarujących duże poważanie w stosunku do omawianego zawodu w latach 1996–2013 przyczynił się do wyraźnego spadku zajmowanego miejsca przez lekarzy w samej hierarchii prestiżu zawodów. W latach 1995–1999 lekarze zajmowali drugie miejsce w hierarchii, w 2008 r. piąte, a w 2013 r. już ósme. W przypadku wzrostu poważania w stosunku do zawodu lekarza w 2019 r. brak jest przełożenia na zdecydowany wzrost pozycji lekarzy w hierarchii zawodów, ponieważ zmiana ta spowodowała poprawę jedynie o dwa miejsca w hierarchii, stawiając lekarzy na szóstym miejscu.

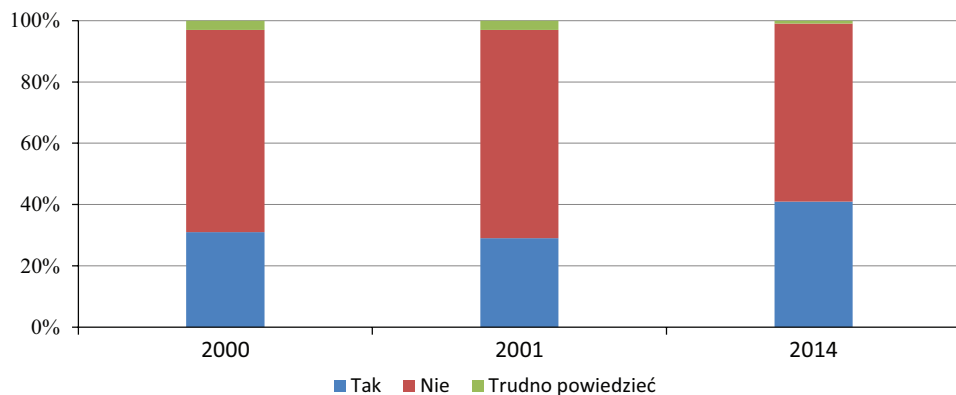
Obserwując dane z tabeli 3, należy zauważyć, że w badanym okresie obok zmian zachodzących w strukturze prestiżu zawodu lekarza zachodziły zmiany w strukturze poważania zawodu pielęgniarki. O ile bowiem w badaniach z lat 1995–1996 zawód pielęgniarki w ogóle nie był wymieniany jako zawód prestiżowy (nie był on wówczas uważany za zawód zaufania publicznego), o tyle już od 1999 r. zawód ten regularnie zaczął pojawiać się w zestawieniu CBOS¹³⁴. Co więcej, w każdym z kolejnych badań zawód ten zaczął zdobywać coraz większe uznanie, a w latach 2008–2019 cieszył się nawet wyższym uznaniem niż zawód lekarza. W 2019 r. zawód pielęgniarki zajął w rankingu hierarchii prestiżu drugie miejsce, znacząco przewyższając zawód lekarza.

¹³⁴ Przypomnijmy, że samorząd pielęgniarek powstał dopiero w 1999 r. Dlatego dopiero od tego momentu zaczęto uznawać zawód pielęgniarki za zawód zaufania publicznego.

Jak podaje portal *Business Insider*¹³⁵, badanie prestiżu zawodu zostało przeprowadzone również przez SW Research w 2021 r. Zgodnie z prezentowanymi wynikami okazało się, że osoby wykonujące zawód lekarza otrzymały zdecydowanie wyższe miejsce (czwarte) niż w przypadku badania CBOS, jednakże przy zdecydowanie niższym udziale respondentów. Na uwagę przy tym zasługuje fakt, że w tym badaniu wyższym poważaniem charakteryzowały się też inne zawody medyczne, takie jak: pielęgniarka (miejsce trzecie – deklaracja 73,8% respondentów) oraz ratownik medyczny (drugie miejsce – deklaracja 81,1% respondentów).

Jedną z przyczyn spadającego zaufania do osób wykonujących zawód lekarza, jak i samego prestiżu zawodu, można upatrywać m.in. w doświadczeniach osobistych respondentów w kontaktach z lekarzami, w których doświadczali oni skutków wystąpienia błędu medycznego. Wpływ występowania błędów medycznych na sposób postrzegania służby zdrowia i lekarzy próbowały przedstawić badania przeprowadzone przez CBOS i Unię Europejską (Eurobarometr). W pierwszym badaniu uwaga została przede wszystkim skierowana na określenie czy respondenci mieli jakkolwiek styczność z faktem wystąpienia błędów, a jeżeli tak, to z jakimi rodzajami błędów. W drugim zaś przypadku badano co społeczeństwo sądzi o problemie powstawania błędów i w jaki sposób wpływają one na ich stosunek do służby zdrowia.

W przypadku badania CBOS zapytano respondentów (rysunek 14) trzykrotnie w latach 2000–2014: „(...) czy osobiście spotkał(a) się Pan(i) kiedykolwiek z błędem w leczeniu pacjenta lub brakiem należytej staranności albo podejrzewał(a) Pan(i), że coś takiego miało miejsce?”



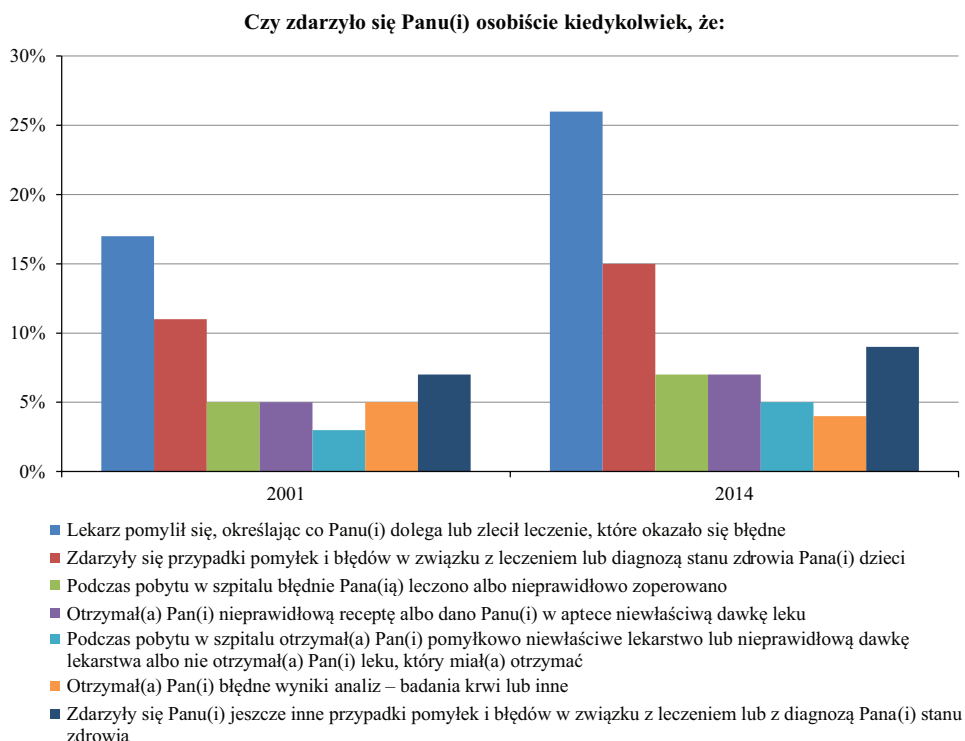
Rysunek 14. Badanie CBOS – świadomość respondentów w zakresie występowania błędów medycznych w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, CBOS, Warszawa 2014 oraz 2001.

¹³⁵ Business Insider, <https://businessinsider.com.pl/twoje-pieniadze/praca/najbardziej-poważane-zawody-w-polsce-ranking/tchxt4e> (data dostępu: 20.10.2021).

Obserwując rysunek 14, można zauważyć, że w porównaniu z 2001 r. widoczny był istotny wzrost, o 12 punktów procentowych, ilości respondentów deklarujących, że spotkali się w różnej formie z przypadkiem błędu w leczeniu, niedbalstwem lub brakiem należytej staranności personelu medycznego, co skutkowało powstaniem uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Do najczęściej wymienianych przez respondentów negatywnych działań lekarzy z jakimi się spotkali zaliczyć można m.in. (rysunek 15):

- błędy w diagnozowaniu respondenta,
- błędy w diagnozowaniu dzieci respondentów,
- niewłaściwe leczenie,
- niewłaściwie podany lek (inny lub w złej dawce),
- otrzymanie błędnych wyników analiz,
- otrzymanie źle wypisanej recepty lub wydanie złego leku przez farmaceutę.



Rysunek 15. Rodzaje błędów, z jakimi zetknęli się respondenci

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, CBOS, Warszawa 2014.

Jak wynika z powyższego rysunku, w porównaniu z 2001 r. odnotować można, że w 2014 r. nastąpił wzrost liczby osób, które spotkały się z wyżej wymienionymi problemami. Szczególnie wyraźny był wzrost liczby osób deklarujących, że lekarz,

który ich leczył, pomylił się, określając, co im dolegało lub zlecił leczenie, które okazało się błędne.

Porównując zatem powyższe wyniki do wyników badań dotyczących prestiżu zawodu jak i zaufania do lekarzy, uznać można, że fakt powstawania błędów medycznych bądź też spotkanie się pacjentów z niedbalstwem lub nienależytą starannością w wykonywaniu czynności leczniczych przez lekarzy może wpływać na zaufanie do lekarzy jak i prestiż tego zawodu.

W przypadku natomiast badania Eurobarometr¹³⁶ z 2006 r. zapytano respondentów jak duży jest – ich zdaniem – problem powstawania błędów medycznych w ich kraju. W wyniku takiego zapytania okazało się, że aż 91% badanych Polaków określiło go jako duży, podczas gdy średnia z badanych 25 krajów Unii Europejskiej wynosiła 78%. Nieco niższe udziały procentowe obserwowane były przy pytaniu o prawdopodobieństwo bycia poszkodowanym w wyniku zajścia błędu medycznego w swoim kraju, gdzie ponad 72% polskich badanych określiło je jako duże przy średniej europejskiej 47%. Dodatkowo zapytano respondentów czy oni sami lub ktoś z ich najbliższej rodziny cierpiał kiedykolwiek z powodu wystąpienia błędu medycznego. Przy tym pytaniu już tylko 28% Polaków deklarowało takie doświadczenie (18% Europejczyków). Tym samym uznać należy, że fakt występowania błędów medycznych istotnie wpływa na zaufanie do służby zdrowia w kraju.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w ramach badań Eurobarometru w 2009¹³⁷ i 2013 r.¹³⁸ przeprowadzono podobne badania społeczne obejmujące wszystkie kraje Unii Europejskiej (UE). Wynika z nich, że w 2013 r. ok. 70% polskich badanych (53% UE) deklarowało, że istnieje duże prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia niepożądanego w szpitalu, podczas gdy taką deklarację w 2009 r. wyraziło ok. 69% (50% UE). Natomiast osobiste doświadczenia dotknęły w 2013 r. 18% Polaków, a w 2009 r. 20% przy średniej europejskiej wahającej się między 26 a 27%.

136 *Medical errors. Special Eurobarometer*, „TNS Opinion & Social” 2006, vol. 241.

137 *Patient safety and quality of healthcare. Full report. Special Eurobarometer 327/Wave 72.2*, „TNS Opinion & Social” 2010, vol. 327.

138 *Patient safety and quality of care. Report. Special Eurobarometer 411/Wave EB80.2*, „TNS Opinion & Social” 2014, vol. 11.

Rozdział 2

Zarządzanie ryzykiem w szpitalach

2.1. Teoria ryzyka

Ze względu na swoją specyfikę „ryzyko” jest pojęciem, z którym spotykamy się niemalże w każdej dziedzinie naszego życia. Tak szerokie jego zastosowanie sprawia, że uznawane jest ono przez wielu autorów za jedno z najbardziej interdyscyplinarnych, wieloznacznych oraz niezwykle trudnych do zdefiniowania pojęć¹, w przypadku którego nie ma możliwości wyodrębnienia jednego uniwersalnego podejścia interpretacyjnego.

W literaturze przedmiotu przykładowo można odnaleźć definicje postrzegające ryzyko jako potencjalną zmienność zdarzeń, która powstaje wszędzie tam, gdzie aktywność powoduje powstawanie ewentualnych korzyści lub strat, których nie można przewidzieć². Inne podejścia przedstawiają ryzyko jako „potencjalną możliwość wystąpienia zdarzenia polegającego na zmianie jakościowej określonego stanu rzeczy, procesu czy zjawiska, w wyniku której może wystąpić pewna finansowa strata lub szkoda”³. Jeszcze inne traktują ryzyko jako „niechciane, niepewne zdarzenie”⁴.

Jak można zauważyć, pierwsza z definicji uznaje możliwość rozpatrywania tzw. ryzyka pozytywnego, czyli takiego, którego istnienie stanowi szansę na osiągnięcie korzyści⁵, pozostałe zaś podejścia skupiają się wyłącznie na ryzyku negatywnym, czyli takim, którego istnienie może spowodować szkodę na ciele, stratę materialną

1 A. Karmańska, *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa 2008, s. 21.

2 C. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, P. Wdowiński (tłum.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 28.

3 R. Holly, *Strategie zarządzania ryzykiem – postawy wobec ryzyka*, „Zarządzanie Ryzykiem” 2002, nr 3(11), s. 25.

4 W. Ostasiewicz, *Podstawy ubezpieczeń*, [w:] W. Ostasiewicz (red.), *Składki i ryzyko ubezpieczeniowe. Modelowanie stochastyczne*, Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004, s. 11.

5 G. Strupczewski, *Zarządzanie ryzykiem – systematyka pojęć*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2004, nr 5–6, s. 68.

lub wywołać inne straty⁶. Istnieje również podejście neutralne, które nie identyfikuje w sposób jednoznaczny ryzyka z możliwością wystąpienia zysku lub straty, a jedynie z „możliwością odchylenia przyszłego rezultatu działania od rezultatu oczekiwanego”⁷.

W ochronie zdrowia ryzyko jest najczęściej rozpatrywane w ujęciu negatywnym. Rozumiane jest m.in. jako stan rzeczywistości, w której istnieje możliwość wystąpienia zdarzenia niepożądanego będącego negatywnym odchyleniem od oczekiwanych wyników⁸. Takie podejście sprawia, że ryzyko w ochronie zdrowia jest zjawiskiem powszechnym i dynamicznym, związanym z możliwością powstawania strat o dużym zasięgu działania⁹. Wspomniane straty zdaniem S. Nieszporskiej dotyczyć mogą bezpośrednio lub pośrednio wszystkich stron uczestniczących w procesie wymiany usług medycznych tj. pacjenta, świadczeniodawcę, płatnika oraz zakład ubezpieczeń, który pełni rolę łącznika pomiędzy tymi podmiotami¹⁰. W zależności od rozpatrywanego podmiotu osiągane straty mogą mieć różny wymiar: finansowy lub niefinansowy. A zatem zaniechania lub brak działań minimalizujących ryzyka mogą doprowadzić organizacje ochrony zdrowia do utraty ciągłości działania lub konieczności ograniczania zakresu świadczonych usług czy też czasowego zawieszenia działalności.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy zauważyć, że ze względu na swoją specyfikę instytucje ochrony zdrowia są organizacjami wyjątkowo podatnymi na różnego rodzaju ryzyka. Stąd coraz bardziej uwaga zarządzających podmiotami leczniczymi skierowana jest na różnego rodzaju rozwiązania systemowe, które pozwolą nimi skutecznie zarządzać. Jak zauważa J. Sasak, obecnie zarządzanie ryzykiem stanowi jeden z ważniejszych obszarów działania współczesnych menedżerów w instytucjach ochrony zdrowia¹¹.

2.2. Zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia

W momencie gdy człowiek zdał sobie sprawę z występowania ryzyka, rozpoczął poszukiwania różnych metod zapobiegania lub ograniczania występowania negatywnych skutków jego działania. Aby zrealizować ten cel, stworzono podstawy

6 T.T. Kaczmarek, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, Difin, Warszawa 2008, s. 52.

7 M. Borda, *Ryzyko zarządzania finansami w zakładach ubezpieczeń na życie*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006, s. 14.

8 E.J. Vaughan, T.M. Vaughan, *Fundamentals of Risk and Insurance*, Wiley, Cheltenham 2014, s. 3.

9 P. Tworek, L. Kwiecińska-Bożek, *Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 410, s. 153.

10 S. Nieszporiska, *Ryzyko w ochronie zdrowia*, „Logistyka” 2012, nr 5, s. 151.

11 J. Sasak, *Zarządzanie ryzykiem w placówkach ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2020.

zarządzania ryzykiem, którego zadaniem jest zwiększanie efektywności zarządzania organizacją poprzez stworzenie możliwości lepszego poznania i oceny groźnych czynników ryzyka.

W literaturze przedmiotu przez zarządzanie ryzykiem rozumie się przede wszystkim stosowanie różnych działań zarządczych, o charakterze proaktywnym lub reagującym, których zadaniem jest m.in. identyfikacja oraz ocena ryzyka i niepewności, a także walka z ich przyczynami i wpływem na organizację, co umożliwia tym samym jej rozwój na drodze realizacji celów w najbardziej bezpośredni, efektywny i skuteczny sposób¹². Poprzez działania proaktywne należy rozumieć wszelkiego rodzaju procedury o charakterze prewencyjnym, które mają na celu zapobieganie występowaniu zdarzeń niepożądanych. Poprzez działania reagujące natomiast należy rozumieć stosowanie takich procedur, które wywołują reakcję, w sytuacji gdy już do jakiegoś zdarzenia dojdzie¹³.

Z dotychczasowych rozważań różnych autorów wynika, że zarządzanie ryzykiem zawsze należy traktować jako proces, który powinien składać się z logicznie uporządkowanego ciągu zdarzeń, działań, decyzji, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa określonemu podmiotowi¹⁴. Proces ten co do zasady realizowany jest w kilku etapach, które zasadniczo sprowadzić można do czterech głównych kroków zarządzania, którymi są:

- 1) identyfikacja ryzyka,
- 2) analiza ryzyka (najczęściej wraz z jej oceną),
- 3) sterowanie ryzykiem (opracowanie i rozwój strategii zmniejszania ryzyka i reakcji na ryzyko),
- 4) monitorowanie i kontrola ryzyka (wdrażanie planu zarządzania ryzykiem; przegląd i korekta oceny ryzyka).

Zdaniem M. Wiśniewskiej i A. Muzolf w każdej organizacji wszystkie procesy są ze sobą powiązane na każdym szczeblu zarządzania, co stanowi podstawowy element nowoczesnego zarządzania. Natomiast doskonalenie tych procesów poprzez właściwe nimi zarządzanie pozwala na osiągnięcie takich efektów, jak: redukcja kosztów przebiegu określonych procesów, poprawa jakości pracy, osiągnięcie wzrostu jakości usług i wyrobów, usprawnienie komunikacji czy poprawa pozycji danej organizacji na rynku¹⁵.

12 C. Williams, M. Smith, P. Young, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia...*, s. 57.

13 S. Heath, *Risk Management and Medical Liability – A Manual for Indian Health Service and Tribal Health Care Professionals*, Office of Clinical and Preventive Services, Indian Health Service, Headquarters April 2006, s. 1.

14 J. Stanik, R. Hoffmann, J. Napiórkowski, *Zarządzanie ryzykiem w systemie zarządzania bezpieczeństwem organizacji*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2016, nr 123, s. 328; J. Domański, *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach non profit*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 46.

15 M. Wiśniewska, A. Muzolf, *Wybrane aspekty doskonalenia systemów zarządzania jakością w obszarze opieki zdrowotnej*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, t. 13 (z. 9), s. 170–171.

Zarządzanie ryzykiem staje się zatem istotną częścią zarządzania strategicznego przedsiębiorstwami i w wielu wypadkach jest kluczowe dla zrationalizowania działań organizacji¹⁶. Stąd też w praktyce najczęściej wykorzystywane jest w przedsiębiorstwach komercyjnych, w szczególności bankach i zakładach ubezpieczeń. Niemniej jednak, jak zauważa J. Domański, potrzeba profesjonalnego zarządzania organizacjami sukcesywnie wzrasta także w przypadku organizacji nienastawionych na zysk. Są to bowiem organizacje, których działalność związana jest z podejmowaniem różnego rodzaju ryzyka, którym bardzo trudno efektywnie zarządzać, ze względu na brak skutecznych narzędzi¹⁷.

Do najczęściej wskazywanych kluczowych ryzyk (a zarazem problemów), z jakimi borykają się organizacje nienastawione na zysk, J. Domański zalicza m.in.¹⁸:

- niesprawnie działający system pozyskiwania dochodów;
- znaczne opóźnienia w przekazywaniu transz funduszy;
- brak płynności finansowej;
- występowanie klęsk żywiołowych, pożarów, zalań, kradzieży;
- prowadzenie działań w niebezpiecznym otoczeniu;
- oszustwa finansowe;
- niedostatek beneficjentów;
- zmiany polityki rządu czy też
- uzależnienie od nielicznych źródeł przychodu.

W obszarze ochrony zdrowia wyżej wymienione ryzyka dotyczą m.in. podmioty lecznicze działające w formie szpitala (zwłaszcza te, które są finansowane ze środków publicznych). Dlatego też zdaniem P. Tworka oraz L. Kwiecińskiej-Bożek zarządzanie ryzykiem w tego typu podmiotach powinno stanowić bardzo ważną i integralną część zarządzania podmiotem¹⁹. Szczególnie w sytuacji gdy ogół społeczny, który poprzez swoją ciągłą krytykę i surową ocenę społeczną działalności leczniczej oczekuje, aby w każdym podmiocie w większym stopniu prowadzone były działania identyfikujące ryzyka, poszukujące jego źródła, a następnie prowadzące do kwantyfikacji i monitorowania tych ryzyk²⁰.

2.2.1. Identyfikacja ryzyka w placówkach szpitalnych

Kluczowym etapem zarządzania ryzykiem jest identyfikacja ryzyka, która polega przede wszystkim na: ustaleniu przyczyn ryzyka, określeniu możliwych następstw jego wystąpienia, a także wskazaniu podmiotów, które mogą być dotknięte

16 J. Stanik, R. Hoffmann, J. Napiórkowski, *Zarządzanie ryzykiem w systemie...*, s. 321.

17 J. Domański, *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach...*, s. 50.

18 Tamże, s. 44.

19 P. Tworek, L. Kwiecińska-Bożek, *Menedżer ryzyka jako...*, s. 150–157.

20 W. Skrodzka, *Zarządzanie ryzykiem w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] S. Nieszporska (red.), *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach sektora ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2012, s. 30.

ryzykiem²¹. Etap ten powinien być poprzedzany w szczególności wskazaniem kontekstu w jakim będzie przeprowadzana identyfikacja. Oznacza to, że powinien być wyraźnie oznaczony obszar identyfikacji poprzez wskazanie m.in. jakiego podmiotu ma dotyczyć identyfikowane ryzyko, jakiej jego części, jakiego działu czy komórki organizacyjnej (np. intensywnej terapii, sal operacyjnych, SOR, komórki zajmującej się transfuzją krwi itd.)²².

W przypadku zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia do identyfikacji ryzyka wykorzystuje się przede wszystkim różnego rodzaju źródła dokumentowe, takie jak: raporty, systemy zgłaszania błędów, incydentów czy też statystyki skarg oraz dane pozyskane w trakcie wywiadów i rozmów przeprowadzanych wśród pracowników danej jednostki, które następnie poddawane są przeglądowi i analizie. Przykładowo A. Yawar Alam wymienia m.in. następujące narzędzia wspomagające identyfikację ryzyka²³:

- tzw. *Patient Tracer Activity* (śledzenie pobytu pacjenta od przyjęcia do wypisu);
- retrospektywne badanie dokumentacji pacjentów;
- raporty jednostek akredytujących;
- system zgłaszania incydentów i zdarzeń;
- raporty o zakażeniach związanych z opieką zdrowotną;
- raporty różnego rodzaju komisji zajmujących się bezpieczeństwem pacjentów czy też zarządzaniem obiektami;
- skargi pacjentów i wyniki ankiet dotyczących satysfakcji;
- raporty wyspecjalizowanych komisji (takich jak komisje zajmujące się zachorowalnością i śmiertelnością, zarządzaniem i stosowaniem leków, kontrolą zakażeń, utylizacją krwi, zarządzaniem placówką);
- rozmowy z szefami działów, kierownikami i pracownikami danej jednostki.

2.2.2. Analiza ryzyka w placówkach szpitalnych

Drugim niezwykle ważnym etapem zarządzania ryzykiem w podmiotach prowadzących działalność leczniczą jest analiza ryzyka przeprowadzana wraz z jej oceną. Etap ten ma na celu m.in. zrozumienie uprzednio zidentyfikowanego ryzyka poprzez: określenie jego poziomu występowania, wskazanie przyczyn jego powstawania i analizę dostępnych metod kontroli tego ryzyka, dzięki czemu możliwe będzie zredukowanie go do akceptowalnego minimum.

Do oceny ryzyka wykorzystuje się różnego rodzaju techniki. W zależności od dostępnych danych mogą to być: techniki ilościowe – wykorzystujące specjalistyczne modele matematyczne; techniki jakościowe – o charakterze

21 T.T. Kaczmarek, *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem...*, s. 98.

22 A. Yawar Alam, *Steps in the process of risk management in healthcare*, „Journal of Epidemiology and Preventive Medicine” 2016, vol. 2(2), s. 2.

23 Tamże, s. 2–3.

subiektywnym, opierające się na wiedzy i doświadczeniu osób dokonujących oceny lub techniki mieszane – opierające się zarówno na danych ilościowych, jak i jakościowych²⁴.

Do najbardziej znanych metod oceny zalicza się: metody VaR (*Value at Risk*), metody oparte na analizie drzewa, takie jak: *Event Trees* (drzewa zdarzeń – ETA), *Fault Trees* (drzewa błędów – FTA), metody czarnych punktów (*black spots*), analizy szumu i innych parametrów procesów stochastycznych czy *risk drivers*²⁵.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy zauważyć, że zarządzanie ryzykiem, a w szczególności analiza ryzyka i jej ocena wymagają szerokiej wiedzy, jaką powinien posiadać podmiot zarządzający daną jednostką. W literaturze przedmiotu wskazuje się zatem na potrzebę tworzenia w organizacji specjalnego stanowiska pracy obejmowanego przez osobę będącą odpowiedzialną za cały proces zarządzania. W praktyce tę rolę najczęściej obejmują tzw. menedżerowie ryzyka.

W ocenie P. Tworka oraz L. Kwiecińskiej-Bożek w Polsce w ochronie zdrowia funkcja menedżera zdrowia w praktyce nie występuje, a samo zarządzanie ryzykiem jest mało efektywne. Dzieje się tak ponieważ zarządzanie ryzykiem jest jednym z pośrednich zadań m.in. dyrektorów ds. leczenia oraz dyrektorów podmiotów leczniczych, którzy nie mają pełnego oglądu na ryzyko. Dlatego też w wielu przypadkach poprawna identyfikacja, analiza i ocena ryzyka jest ich zdaniem niemożliwa²⁶.

2.2.3. Sterowanie ryzykiem

Trzeci etap zarządzania ryzykiem polega na dokonaniu wyboru odpowiednich narzędzi i instrumentów wykorzystywanych do neutralizacji lub zapobiegania występowaniu określonego ryzyka. Wybór odpowiednich narzędzi najczęściej uzależniony jest od tego, czy mamy do czynienia z sytuacją już zaistniałego ryzyka, czy przewidywaniem zaistnienia danego ryzyka oraz od tego, czy dane ryzyko jest poznawalne, czy też niepoznawalne (losowe).

W sytuacji gdy mamy do czynienia z tzw. ryzykiem poznawalnym, charakteryzującym się tym, że możliwe jest jego poznanie (poprzez obserwację, analizę), jedyną metodą radzenia sobie z nim jest stosowanie działań redukujących niewiedzę w zakresie tego ryzyka²⁷. Przykładem takich działań może być m.in. raportowanie,

24 A. Kumpiałowska, *Praktyczne narzędzia zarządzania ryzykiem w jednostkach sektora publicznego*, C.H. Beck, Warszawa 2015, s. 175.

25 S. Nieszporska, *Ryzyko w ochronie zdrowia...*, s. 151. Ze względu na to, że metody analizy i oceny wykorzystywane w zarządzaniu ryzykiem w ochronie zdrowia nie są głównym tematem rozważań, ograniczono się jedynie do wymienienia najczęściej stosowanych metod.

26 P. Tworek, L. Kwiecińska-Bożek, *Menedżer ryzyka jako...*, s. 161.

27 B. Hadyniak, *O niepewności potrzebach i ryzyku*, [w:] J. Monkiewicz, L. Gąsioriewicz (red.), *Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 24.

powiadamianie o zaistniałych zdarzeniach niepożądanych, błędach czy incydentach²⁸, które pozwalają przede wszystkim na²⁹:

- poznanie różnic i charakterystyki epidemiologicznej różnych zdarzeń niepożądanych;
- wczesne wykrywanie sytuacji wyjątkowych lub alarmujących, które mogą nieść negatywne skutki związane z wystąpieniem danego zdarzenia;
- ustalanie priorytetu interwencyjnego w celu poprawy opieki nad pacjentami;
- ocenianie działań zastosowanych w celu rozwoju kontroli i ochrony przed przyszłymi zdarzeniami niepożądanymi.

Jednakże, jak podkreśla B. Hadyniak, osiągnięcie tych celów jest możliwe jedynie w sytuacji gdy jednostka stosująca te metody posiada duży zakres, skalę i zróżnicowanie doświadczeń, dostępność i umiejętność rozpoznawania istotnych informacji oraz zdolność dostrzegania tego, co nietypowe, a także charakteryzuje się rzetelnością podczas rejestracji informacji³⁰. Dopiero bowiem po spełnieniu tych warunków zastosowane instrumenty pozwolą na wyciągnięcie wniosków niezbędnych do stworzenia i wdrożenia działań, które mogą zminimalizować lub całkowicie wyeliminować dane ryzyko³¹.

W przypadku ryzyka niepoznawalnego (czyli losowego, w którym nie jesteśmy w stanie poznać uwarunkowań i czynników wywołujących dane zdarzenia) do najczęściej wymienianych przez literaturę przedmiotu metod sterowania ryzykiem zalicza się: unikanie ryzyka, zachowanie ryzyka, dzielenie się ryzykiem czy też przeniesienie ryzyka³².

Unikanie ryzyka utożsamiane jest z brakiem podejmowania wszelkich działań, które mogłyby narazić na szkody dany podmiot. Działania te uznaje się za bardzo efektywne, jednakże stojące w sprzeczności z prowadzeniem jakiejkolwiek działalności, ponieważ polega ona właśnie na podejmowaniu ryzyka³³. Dlatego też podmiot, który chce prowadzić działalność leczniczą, musi korzystać z pozostałych ww. metod.

W sytuacji gdy nie ma możliwości uniknięcia danego ryzyka, można rozważyć zachowanie ryzyka (inaczej retencję ryzyka), które polega na samofinansowaniu skutków możliwych szkód poprzez kompensatę strat z własnych bieżących dochodów lub poprzez tzw. kompensatę z góry, czyli tworzenie rezerw, lub poprzez kompensatę

28 D. Korytkowska, *System raportowania niepożądanych zdarzeń jako instrument zarządzania ryzykiem w jednostkach prowadzących działalność leczniczą*, [w:] W. Sułkowska (red.), *Rynek ubezpieczeń. Współczesne problemy*, Difin, Warszawa 2013, s. 61.

29 A. Prat Marín, J. Grau Cano, *La seguridad clínica y sus sistemas de información. Notificación de efectos adversos*, „JANO: Medicina y humanidades” 2011, vol. 1776, s. 59–63.

30 B. Hadyniak, *Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie*, [w:] B. Hadyniak, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 1, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 46.

31 B. Hadyniak, *Przewidywalność, wartość i ryzyko*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 38.

32 Tamże, s. 39.

33 Tamże, s. 41.

z dołu, czyli zaciąganie pożyczek³⁴. W praktyce ze względu na chronicznie trudną sytuację finansową podmiotów leczniczych (w szczególności SPZOZ) samofinansowanie ryzyka jest bardzo trudne, bowiem może w istotny sposób wpłynąć na pogorszenie sytuacji finansowej danej jednostki, a tym samym na jej działalność leczniczą jeśli dojdzie do realizacji ryzyka. Dlatego częściej wykorzystuje się metody sterowania oparte na dzieleniu się ryzykiem i przenoszeniu ryzyka.

Dzielenie się ryzykiem polega na ponoszeniu ewentualnych skutków niepewnych zdarzeń wspólnie przez wszystkie podmioty narażone na to samo ryzyko³⁵. W ochronie zdrowia instrumenty dzielenia się ryzykiem najczęściej mają na celu obniżenie ceny produktów leczniczych lub kosztów terapii. Formalnie rozwiązania dotyczące stosowania instrumentów dzielenia się ryzykiem zostały wprowadzone stosunkowo niedawno ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³⁶. W myśl ww. ustawy instrumentem dzielenia się ryzykiem jest zobowiązanie podejmowane wobec Ministra Zdrowia przez firmy farmaceutyczne w zamian za uzyskanie określonej wysokości urzędowej ceny zbytu na ich leki w postaci m.in.:

- uzależnienia wielkości przychodu wnioskodawcy od uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- uzależnienia wysokości urzędowej ceny zbytu od zapewnienia przez wnioskodawcę dostaw po obniżonej ustalonej w negocjacjach cenie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego;
- uzależnienia wysokości urzędowej ceny zbytu od wielkości obrotu lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobem medycznym;
- uzależnienia wysokości urzędowej ceny zbytu od zwrotu części uzyskanej refundacji podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Ze względu na ograniczony zasięg metod dzielenia się ryzykiem do refundacji leków, najczęściej wykorzystywaną metodą kontrolowania ryzyka w ochronie zdrowia jest **przenoszenie ryzyka** (cedowanie, transferowanie). Metoda ta polega na ponoszeniu skutków niepewnych zdarzeń przez inny podmiot niż podmiot pierwotnie obciążony ryzykiem. Ma ona sens tylko wtedy, gdy jednostka przyjmująca dane ryzyko potrafi je lepiej kontrolować. Podstawowymi metodami przenoszenia ryzyka są gwarancje, poręczenia, kontrakty handlowe oraz umowy ubezpieczenia³⁷.

W ochronie zdrowia najczęściej wykorzystywanymi metodami przenoszenia ryzyka są: umowy ubezpieczenia, zarządzanie aktywami i pasywami (ALM – *Assets and Liabilities Management*) lub *hedging*³⁸.

34 Tamże, s. 39.

35 Tamże, s. 40.

36 Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz. U. 2011, nr 122, poz. 696, ze zm.

37 B. Hadyniak, *Przewidywalność, wartość i ryzyko...*, s. 40.

38 W. Skrodzka, *Zarządzanie ryzykiem w zakładach...*, s. 39.

Ubezpieczenia są instrumentami stosowanymi m.in. w celu ochrony przed skutkami finansowymi związanymi z pewnymi aspektami nieznanej przyszłości. W ich przypadku transfer i finansowanie ryzyka wynikają z zawartej pomiędzy podmiotem zagrożonym a zakładem ubezpieczeń umowy, w zamian za opłatę składki ubezpieczeniowej³⁹. Wyróżnia się tutaj ubezpieczenia obowiązkowe, które wynikają z przepisów odrębnych ustaw lub umów ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, nakładające obowiązek zawarcia umowy, oraz ubezpieczenia dobrowolne⁴⁰.

Metody ALM oraz *hedging* wykorzystywane są przede wszystkim w celu zarządzania ryzykiem finansowym i cenowym. Pierwsza z metod związana jest ściśle z zarządzaniem aktywami i pasywami podmiotów leczniczych poprzez strukturyzowanie aktywów i pasywów podmiotu w celu zapewnienia realizacji wyznaczonego zadania. Druga zaś polega na transferze ryzyka z podmiotu, w którym ryzyko może się zrealizować, na podmiot, który jest w stanie to ryzyko przejąć w nadziei osiągnięcia ponadprzeciętnych zysków. W przypadku *hedgingu* najczęściej wykorzystywanymi narzędziami są instrumenty pochodne, takie jak: *futures*, *swaps*, *options*, *forwards*⁴¹.

2.2.4. Monitorowanie i kontrola ryzyka

Ostatni etap zarządzania ryzykiem uznawany jest za dopełnienie całego procesu zarządzania. Polega on m.in. na ciągłym monitorowaniu zidentyfikowanych rodzajów ryzyka w celu: sprawdzenia skuteczności podjętych działań w określonej perspektywie czasu, ich adekwatności i przydatności. Aby tego dokonać, sprawdza się założenia planu działania w zakresie stosowania narzędzi kontroli ryzyka, a następnie dokonuje oceny tych działań. Konieczność przeprowadzania okresowej kontroli i monitorowania ryzyka wynika przede wszystkim ze zmian zachodzących w perspektywie czasu zarówno wewnątrz organizacji, jak również w jej otoczeniu. Zmianie mogą bowiem ulec cele czy priorytety danej jednostki lub różnego rodzaju przepisy prawa. Stąd etap ten stanowi podstawę do dokonywania zmian w zakresie np. sterowania ryzykiem⁴².

39 W. Ronka-Chmielowiec, *Wykorzystanie ubezpieczeń do zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie*, [w:] J. Monkiewicz, L. Gąsioriewicz (red.), *Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 54.

40 Szerzej na temat ubezpieczeń w ochronie zdrowia traktuje punkt 2.4.

41 Szerzej na temat można znaleźć m.in. w takich pracach, jak: M. Bartkowiak, *Instrumenty pochodne: wprowadzenie do inżynierii finansowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2019; A. Majewska, *Instrumenty pochodne jako narzędzie wspomagające zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Volumina, Szczecin 2013; P. Ożga, *Rachunkowość instrumentów pochodnych*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.

42 P. Kokot-Stępień, *Identyfikacja ryzyka jako kluczowy element zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, t. 1, nr 855(74), s. 537;

2.3. Systemy zewnętrznej oceny wykorzystywane w zarządzaniu ryzykiem w placówkach szpitalnych

Zdaniem W. Skrodzkiej współczesna praktyka wskazuje na dominację sformalizowanych i scentralizowanych systemów zarządzania ryzykiem⁴³, jednakże, jak podkreślają P. Tworek oraz L. Kwiecińska-Bożek, w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi to nie dotyczy Polski⁴⁴. W przypadku bowiem zajścia zdarzeń nagłych, takich jak katastrofy czy pojawienie się ogniska chorób zakaźnych w podmiocie leczniczym, działania, jakie odnotowują, mają raczej charakter reagujący. Niemniej jednak coraz częściej obserwuje się podejmowanie prób zarządzania w oparciu o sformalizowany system zarządzania, szczególnie w zakresie zarządzania jakością. W tym celu wykorzystuje się systemy zarządzania oparte m.in. na normach ISO lub akredytacji. Nie zagłębiając się w szczegóły tych form, gdyż nie jest to główny wątek niniejszej pracy, scharakteryzujemy po krótku te systemy.

2.3.1. System zewnętrznej oceny zarządzania oparty o normy ISO

Zarządzanie oparte na normach ISO polega na wdrażaniu szeregu procesów i procedur zgodnie ze standardami określonymi przez ISO, czyli Międzynarodową Organizację Normalizującą, będącą federacją złożoną z przedstawicieli 166 (stan na 2021 r.) krajowych organów normalizujących⁴⁵.

Normy ISO są zatem dokumentami opracowanymi przez ekspertów z różnych dziedzin, zawierającymi informacje i praktyczne wskazówki oraz dobre praktyki, jakich powinno się przestrzegać w przypadku prowadzenia jakiegokolwiek działalności. Z założenia normy te nie są stworzone dla konkretnej branży czy konkretnego rodzaju organizacji, co podkreśla ich uniwersalny charakter.

Potwierdzenie spełnienia określonych standardów danych norm ISO stanowi certyfikat. Przyznawany jest przez różne firmy certyfikujące, działające na danym rynku na z góry określony czas – trzy lata. Istotną cechą systemu ISO jest to, że do oceny i certyfikacji dany podmiot może zgłosić wybrane działy, a nie całą organizację. Jak wskazuje zatem G. Broniewska, dzięki wdrożeniu standardów ISO podmioty mogą sformalizować i udokumentować procesy realizowane w określonym obszarze. Przykładowo w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w formie

T.T. Kaczmarek, *Podstawowe zasady interdyscyplinarnego zarządzania ryzykiem*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2011, nr 1–2, s. 37–56.

43 W. Skrodzka, *Zarządzanie ryzykiem w zakładach...*, s. 35.

44 P. Tworek, L. Kwiecińska-Bożek, *Menedżer ryzyka jako...*, s. 157.

45 ISO, <https://www.iso.org/about-us.html> (data dostępu: 20.10.2021).

szpitala można udokumentować i sformalizować procesy medyczne w zakresie postępowania na oddziałach szpitalnych⁴⁶.

Wśród wszystkich systemów oceny zewnętrznej opartej na normach ISO istnieje wiele rodzin norm dotyczących zarządzania ryzykiem (tabela 4). Jednakże na rynku polskim, wśród podmiotów leczniczych, najczęściej korzysta się z norm ISO z rodziny 9000⁴⁷, co wynika z dużej rozpoznawalności świadectwa jakości ISO w społeczeństwie, jak i lepszego zrozumienia istoty tej grupy norm oraz ewentualnego wpływu na poprawę jakości świadczonych usług.

Tabela 4. Wybrane Normy ISO w zakresie zarządzania ryzykiem

Norma	Czego dotyczy?
ISO 9001	System Zarządzania Jakością
ISO 13485	System Zarządzania Jakością dla Wyrobów Medycznych
ISO 14001	System Zarządzania Środowiskowego
ISO 14971	Wyroby medyczne – Zastosowanie zarządzania ryzykiem do wyrobów medycznych
ISO 22000 (HACCP)	System Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności
ISO 22301	System Zarządzania Ciągłością Działania
ISO 28000	System Zarządzania Bezpieczeństwem Łańcucha Dostaw
ISO 31000	Zarządzanie ryzykiem – zasady i wytyczne
ISO 45001	System Zarządzania BHP
ISO 55001	System Zarządzania Energią

Źródło: opracowanie własne na podstawie ISO, <https://www.iso.org.pl/>

Przykładem zestawu norm możliwych do zastosowania w każdym rodzaju organizacji, odnoszących się *stricte* do zarządzania ryzykiem, są normy ISO 31000. Tworzą one zbiór zasad i wytycznych niestanowiących podstawy do certyfikacji, dotyczących dobrych praktyk, jakie należy stosować w celu ustalania, wdrażania, utrzymywania i doskonalenia efektywności procesu zarządzania ryzykiem w organizacji⁴⁸.

W przypadku podmiotów leczniczych zdaniem P. Tworka i L. Kwiecińskiej-Bożek w Polsce niewiele szpitali wdraża tego typu rozwiązania⁴⁹, jednakże istnieją już pewne próby w tym zakresie. Przykładem mogą być pojawiające się deklaracje ze strony niektórych szpitali o chęci np. wdrażania standardów oceny ryzyka określonych w normie PN-ISO 31000⁵⁰.

46 G. Broniewska, *Systemy zarządzania jakością w opiece zdrowotnej*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003, t. 5, nr 6, s. 39–48.

47 Jak podaje A. Jasińska-Biliczak, ponad 80% wszystkich certyfikatów uzyskiwanych przez podmioty lecznicze wydawanych jest za zgodność z normą ISO 9001 – A. Jasińska-Biliczak, *Certyfikacja i akredytacja – narzędzia doskonalące zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Logistyka” 2014, nr 5, s. 1854–1859.

48 ISO, <https://www.iso.org.pl/uslugi-zarzadzania/wdrazanie-systemow/zarzadzanie-ryzykiem/iso-31000/> (data dostępu: 20.10.2021).

49 P. Tworek, L. Kwiecińska-Bożek, *Menedżer ryzyka jako...*, s. 157.

50 Przykładowo Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, <https://szpitale.lodzkie.pl/kopernik/bip/pl/c/zgodnosc-ze-standardami.html> (data dostępu: 9.10.2020).

2.3.2. System zewnętrznej oceny zarządzania oparty o akredytację

Zgodnie z powszechnie obowiązującą definicją, akredytacja jest to zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, wydającą stosowne świadectwo⁵¹.

W Polsce tą niezależną instytucją jest Centrum Monitorowania Jakości z siedzibą w Krakowie. Została ona utworzona na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1994 r. w sprawie utworzenia Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia⁵². Obecnie zaś działa na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia⁵³.

Na mocy ww. aktu (Załącznik 2, §1) CMJ zostało powołane m.in. do monitorowania jakości poprzez: opracowywanie standardów akredytacyjnych, przygotowywanie i prowadzenie analiz działalności zakładów opieki zdrowotnej związanych z jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych, ocenę działań podejmowanych przez zakłady opieki zdrowotnej mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń, ocenę działalności zgłaszających się zakładów opieki zdrowotnej pod względem spełniania standardów wpływających na jakość i jej poprawę poprzez opracowywanie opinii i zaleceń.

Proces akredytacji w ochronie zdrowia w Polsce został uregulowany ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁵⁴, która określa m.in. cel oraz sposób przeprowadzenia akredytacji.

Na mocy wspomnianej ustawy procedura akredytacyjna inicjowana jest przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, poprzez złożenie odpowiedniego wniosku za pośrednictwem CMJ do ministra właściwego ds. zdrowia. Wpłynięcie wniosku rozpoczyna tzw. procedurę oceniającą, która polega na przeprowadzeniu przeglądu podmiotu pod względem spełnienia standardów akredytacyjnych. Po zakończeniu procedury ośrodek akredytacyjny przedstawia Radzie Akredytacyjnej raport z przeprowadzonych działań, na bazie którego rada dokonuje oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów. Na tej podstawie Rada wydaje rekomendację (w drodze głosowania), którą następnie przekazuje ministrowi właściwemu ds. zdrowia, który ostatecznie podejmuje decyzję o udzieleniu lub nie akredytacji.

51 M. Dobska, *Interpretacja jakości w usługach medycznych*, [w:] M. Dobska (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 134.

52 Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1994 r. w sprawie utworzenia Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Dz. Urz. MZIOS 1994, nr 2, poz. 3.

53 Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Dz. Urz. MZ. 2010, nr 9, poz. 59.

54 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz. U. 2016, poz. 2135 (dalej: u.a.o.z.).

Należy przy tym zauważyć, że co do zasady na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r., akredytacji nie przyznaje się podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, które uzyskały mniej niż 75% punktów⁵⁵. Natomiast pozytywna ocena akredytacyjna ma bardzo istotne znaczenie dla określenia wysokości otrzymywanego przez podmiot ryczałtu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach funkcjonujących profili systemu zabezpieczenia, który, jak już zostało zasygnalizowane, uzależniony został od spełnienia warunków jakościowych.

Po pozytywnym przejściu procedury akredytacyjnej podmiot leczniczy otrzymuje certyfikat akredytacyjny, którego ważność utrzymuje się przez 3 lata (art. 3 u.a.o.z.). Po tym terminie podmiot, który chce utrzymać certyfikat, bezwzględnie musi poddać się kolejnej ocenie akredytacyjnej.

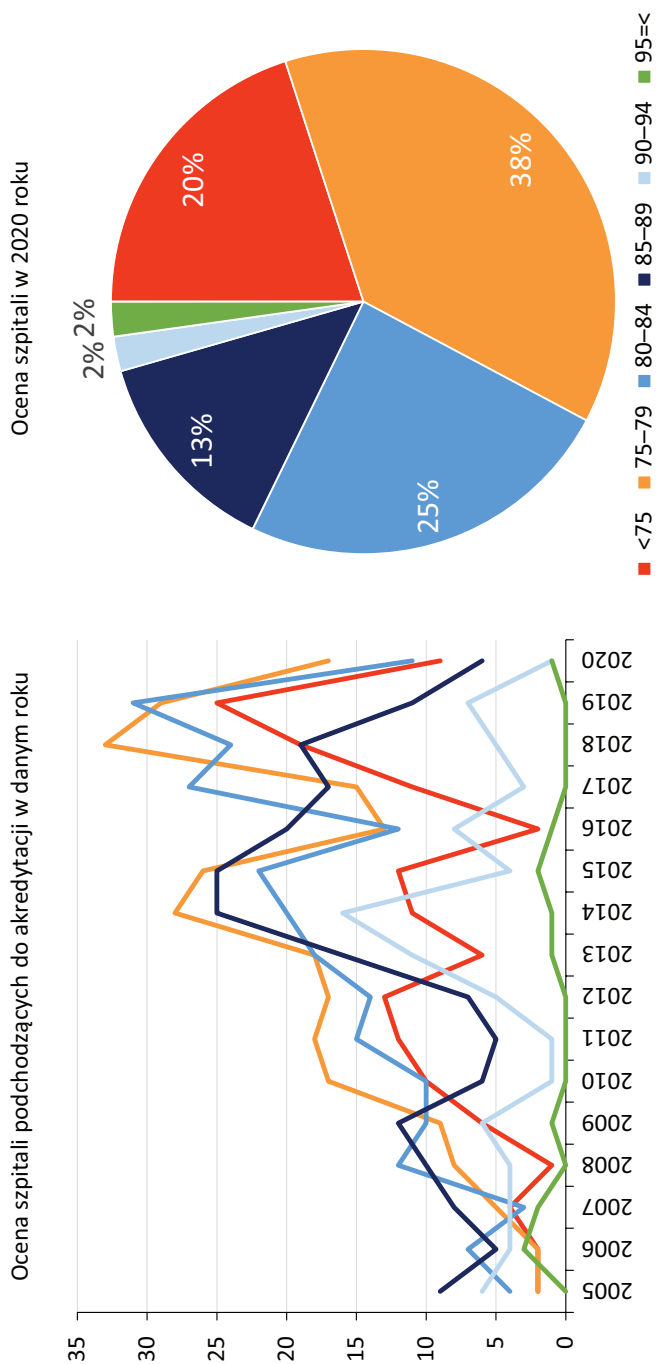
Na mocy art. 2 u.a.o.z. standardy akredytacyjne opracowuje ośrodek akredytacyjny, będący jednostką podległą ministrowi właściwemu ds. zdrowia właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych, tj. CMJ. Obecnie program akredytacyjny skierowany do szpitali składa się z 15 działów obejmujących takie zagadnienia, jak: Ciągłość Opieki (CO), Prawa Pacjenta (PP), Ocena Stanu Pacjenta (OS), Opieka nad Pacjentem (OP), Kontrola Zakażeń (KZ), Zabiegi i Znieczulenia (ZA), Farmakoterapia (FA), Laboratorium (LA), Diagnostyka Obrazowa (DO), Odżywianie (OD), Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ), Zarządzanie Ogólne (ZO), Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ), Zarządzanie Informacją (ZI), Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO), w których wymieniono 210 szczegółowych standardów⁵⁶. Przyjrzyjmy się zatem, jak w latach 2005–2020 oceniano szpitale w procedurze akredytacyjnej (rysunek 16).

Jak można zauważyć na podstawie rysunku 16, najczęściej akredytowane szpitale w latach 2005–2020 uzyskiwały ocenę z przedziału 75–89 punktów. Wyższe oceny otrzymywały tylko nieliczne podmioty, w sumie co roku było ich mniej niż 10. Z wyjątkiem 2014, gdzie takich podmiotów było ponad 15. Dodatkowo należy zauważyć, że w 2017 r. zaczęła zdecydowanie wzrastać liczba podmiotów, które wypadały na tyle słabo w procedurze, że nie kwalifikowały się do otrzymania certyfikatu. Przykładowo w 2020 r. aż 20% podmiotów podlegających procedurze akredytacyjnej nie przeszło jej pozytywnie, a jedynie 4% z ocenianych podmiotów otrzymało bardzo dobry wynik, przewyższający 90 punktów.

Pomimo rygorystycznego podejścia do oceny akredytacyjnej, zainteresowanie przeprowadzaniem procedury akredytacyjnej stale rośnie (rysunek 17).

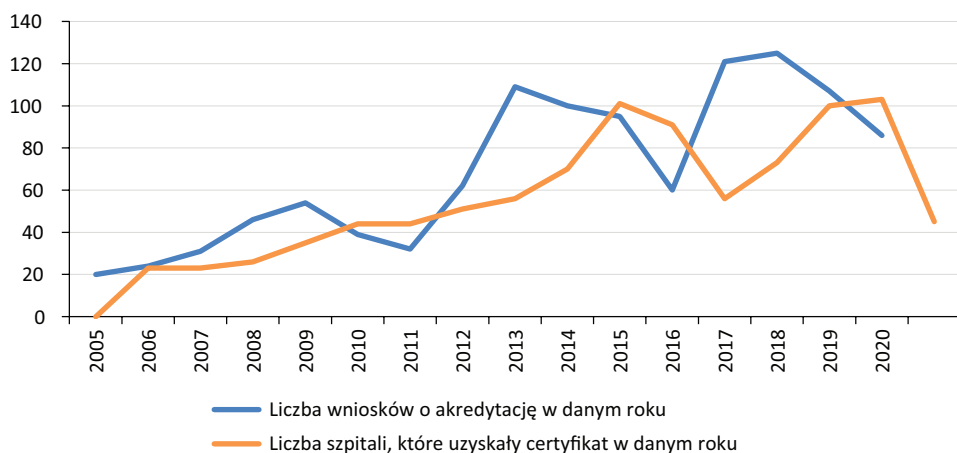
55 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie, Dz. U. 2009, nr 150, poz. 1216.

56 E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program Akredytacji. Szpitale – zestaw standardów*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009.



Rysunek 16. Ocena szpitali podchodzących do procedury akredytacyjnej w latach 2005–2020 oraz wynik ocen przeprowadzonych w 2020 r.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z CMJ.

Zarządzający podmiotami leczniczymi coraz częściej dostrzegają zalety, jakie wiąże się z faktem posiadania przez podmiot leczniczy certyfikatu akredytacyjnego, takie jak: większy prestiż wśród pacjentów czy wyższe przychody dla podmiotu, które zostały uzależnione od faktu posiadania tego certyfikatu przez podmiot leczniczy. Niestety, pomimo rosnącego zainteresowania certyfikatami, nie jest łatwo je uzyskać nie tylko ze względu na konieczność spełnienia określonych standardów, ale również ze względu na możliwości akredytacyjne CMJ, które są ograniczone przez wysokość środków budżetowych, jakie pozostają w dyspozycji tego organu oceniającego w danym roku kalendarzowym.

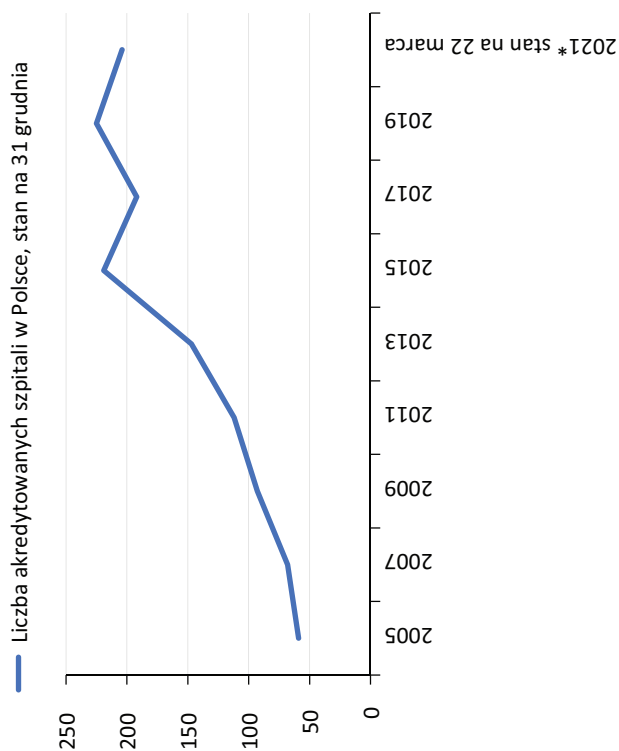
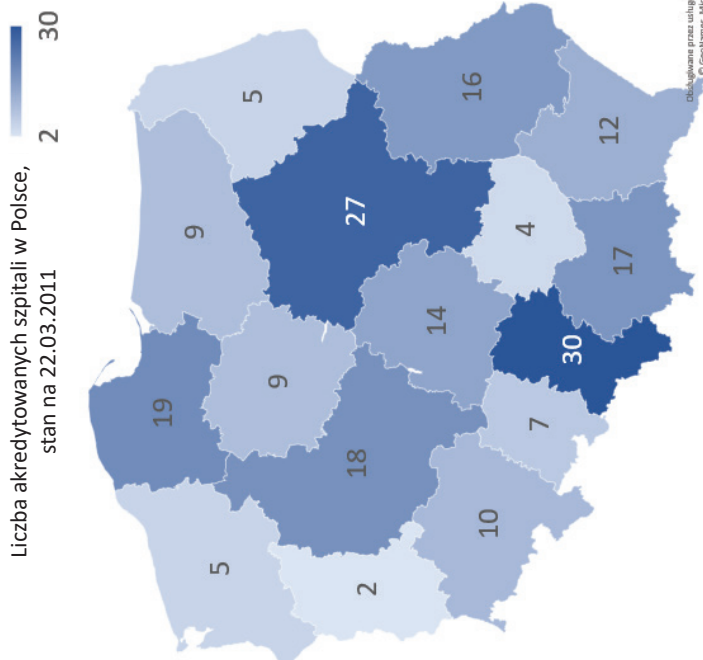


Rysunek 17. Liczba wpływających wniosków do CMJ o wszczęcie procedury akredytacyjnej oraz liczba szpitali uzyskujących certyfikat akredytacyjny w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z CMJ.

Pomimo istniejących trudności można zauważyć (rysunek 18), że w latach 2005–2020 z roku na rok następował bardzo duży wzrost liczby podmiotów szpitalnych posiadających aktywny certyfikat akredytacyjny. Szczególnie wyraźne tempo wzrostu obserwowane jest od 2017, kiedy to weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia, które uzależniło fakt uzyskania przez szpital ryczałtu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach funkcjonujących profili systemu zabezpieczenia od spełnienia warunków jakościowych⁵⁷. Patrząc natomiast na rozkład przestrzenny podmiotów szpitalnych z certyfikatem akredytacyjnym, okazuje się, że najwięcej tych podmiotów znajduje się w takich województwach, jak: śląskie (30 szpitali), warmińsko-mazurskie (27 szpitali) czy pomorskie (19 szpitali).

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2017, poz. 1783.



Rysunek 18. Liczba akredytowanych szpitali w Polsce w latach 2005–2021 oraz liczba akredytowanych szpitali w Polsce w 2021 r. według województw
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z CMJ.

Podsumowując, należy zauważyć, że w odróżnieniu od systemu certyfikacji ISO, który dotyczy wszystkich rodzajów branż i w którym świadectwa spełnienia norm ISO wystawiane są przez różne instytucje zajmujące się certyfikacją, w systemie akredytacji organem odpowiedzialnym za wystawienie certyfikatu będącego świadectwem spełnienia przez dany podmiot leczniczy standardów akredytacyjnych jest jedna instytucja, CMJ, której działalność koncentruje się wyłącznie na podmiotach ochrony zdrowia. Ponadto akredytacja charakteryzuje się kompleksowością, bowiem podlega jej cała jednostka, a nie jak w przypadku ISO – wybrany obszar działalności podmiotu⁵⁸. Co więcej, akredytacja odnosi się wyłącznie do wewnętrznych procesów klinicznych i zarządczych w podmiotach poddanych ocenie, podczas gdy ISO ocenia dodatkowo relacje danego podmiotu, działu ze środowiskiem zewnętrznym np. dostawcami.

2.4. Ubezpieczenie jako instrument zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia

Ubezpieczenie uznawane jest za bardzo ważny i niezbędny element zarządzania ryzykiem, który powinien być uwzględniany przy każdej analizie funkcjonowania różnego rodzaju podmiotów zarówno w obszarze makro, jak i mikro tej jednostki. Fakt ten wynika przede wszystkim ze szczególnego charakteru tego instrumentu, jakim jest uniwersalność. Ubezpieczenie łączy bowiem zarówno elementy transferu, kontroli, jak i dystrybucji ryzyka, umożliwiając tym samym zastosowanie go w różnych sytuacjach, m.in. jako instrument samodzielny lub uzupełniający inne metody manipulacji ryzykiem⁵⁹. Stąd też jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi wspomagających zarządzanie ryzykiem.

Ubezpieczenie w zależności od obszaru, którego dotyczy, może przynosić określone korzyści dla funkcjonujących podmiotów. Z punktu widzenia makroekonomicznego wpływa przede wszystkim na poprawę gospodarki realnej, jak i wspiera bezpieczeństwo sektora finansowego państwa. W sferze mikroekonomicznej natomiast do jego zadań można zaliczyć w szczególności: ograniczanie skutków finansowych, jakie powstają wraz z realizacją danego ryzyka, motywowanie do podejmowania określonych działań prewencyjnych czy też kształtowanie wartości danej jednostki⁶⁰.

58 M. Kautsch, R. Lewandowski, *System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 3, s. 11–16; M. Kautsch, R. Lewandowski, *Rynek certyfikacji placówek ochrony zdrowia w Polsce*, „Problemy Jakości” 2009, nr 4(41), s. 24.

59 M. Hyski, *Ubezpieczenia jako instrument finansowej kontroli ryzyka*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie” 2017, z. IX, s. 109–121.

60 E. Wierzbicka, *Rola ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas: Zarządzanie” 2017, nr 4, s. 133–147.

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia ubezpieczenia mają fundamentalne znaczenie. Dzieje się tak, gdyż jest to jedno z głównych narzędzi wykorzystywanych do gromadzenia środków finansowych niezbędnych do realizacji podstawowych zadań leczniczych, które mają zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. W skali mikro natomiast jest to narzędzie wykorzystywane jako instrument ochrony interesów poszczególnych członków tego systemu w związku z realizacją określonego ryzyka.

Ze względu na bardzo duże zróżnicowanie podmiotów leczniczych w systemie ochrony zdrowia, zarówno pod względem rodzaju, formy czy sposobu finansowania wykonywanej działalności leczniczej, każdy podmiot funkcjonujący w systemie narażony jest na działanie różnego rodzaju ryzyka. Ich liczba i rodzaj uzależnione są przede wszystkim od złożoności procedur jakimi się zajmuje, rodzaju podmiotu czy formy finansowania działalności leczniczej – stąd dobór odpowiednich produktów ubezpieczeniowych ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia właściwej ochrony. Problem ten szczególnie istotny jest z punktu widzenia zarządzania ryzykiem w placówkach szpitalnych, które wykonują różne zaawansowane technologicznie procedury terapeutyczne, diagnostyczne i zachowawcze, łącząc je z opieką ambulatoryjną czy hotelową.

Przykładowe rodzaje ryzyka z jakim najczęściej mierzą się podmioty lecznicze działające w formie szpitala, zostały wyodrębnione m.in. w badaniu przeprowadzonym w latach 2006–2007 przez zespół badawczy Uniwersytetu Medycznego w Łodzi⁶¹. Na podstawie przeprowadzonych analiz zespół ten wyodrębnił dwie główne grupy ryzyka (ryzyka specyficzne i niespecyficzne), z którymi wiąże się prowadzenie działalności szpitalnej (tabela 5)⁶².

Do pierwszej grupy zaliczono przede wszystkim ryzyka, które związane są bezpośrednio z uwarunkowaniami tkwiącymi wewnątrz danego podmiotu leczniczego oraz w jego najbliższym otoczeniu. Są to ryzyka co do zasady poznawalne, przez co możliwe do kontrolowania i monitorowania, a przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi możliwe do całkowitego wyeliminowania lub zminimalizowania ich negatywnych skutków. Właściwość ta sprawia, że ryzyka te stanowią główny obszar zainteresowania zarządzających, a dobór odpowiednich narzędzi stanowi duże wyzwanie dla zapewnienia odpowiedniego bezpieczeństwa jednostki.

Do drugiej grupy ryzyk zaliczono natomiast ryzyka co do zasady niepoznawalne, których realizacja związana jest z działaniem sił zewnętrznych, takich jak siły przyrody czy warunki makroekonomiczne w jakich funkcjonuje dany podmiot. Ze względu zatem na swój charakter ryzyka te w niewielkim stopniu dają się kontrolować, a wszelkie działania ograniczają się najczęściej do transferu ryzyka na zakłady ubezpieczeniowe poprzez zawieranie różnego rodzaju umów ubezpieczenia związanych m.in. z⁶³:

61 Efektem tych prac jest publikacja: R. Holly, J. Suchecka (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź–Warszawa 2009.

62 D. Cichońska, E. Gabryś, *Zarządzanie ryzykiem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polityka Zdrowotna – Polityka zdrowotna i system ochrony zdrowia w Polsce” 2006, t. 6, s. 95–104.

63 A. Piechota, *Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia Ekonomiczne Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2014, nr 198, cz. 2, s. 205–215.

Tabela 5. Rodzaje ryzyka wyodrębnione w podmiotach leczniczych przez zespół badawczy Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w badaniu przeprowadzonym w latach 2006–2007

Ryzyko specyficzne	Ryzyko niespecyficzne
ryzyko finansowe	ryzyko klasyczne – żywiołowo-kradzieżowe
ryzyko systemowe (w tym także polityczne) i prawne	szkody następne , skutki żywiołowych zdarzeń losowych
ryzyko wynikające z odpowiedzialności cywilnej pracowników medycznych	ryzyko techniczne – awarie sprzętu
ryzyko związane z decyzyjnością kierowników zakładów opieki zdrowotnej	ryzyko kryminalne i ryzyko oszustwa
ryzyko deficytu personelu medycznego	ryzyko odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym
pozostałe ryzyka specyficzne – wynikające ze specyfiki prowadzonej przez przedsiębiorstwo działalności i wypełnianych przez nie funkcji	ryzyko transportowe , komunikacyjne
–	ryzyko utraty wizerunku (reputacji)

Źródło: D. Cichońska, E. Gabryś, *Zarządzanie ryzykiem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polityka Zdrowotna – Polityka zdrowotna i system ochrony zdrowia w Polsce” 2006, t. 6, s. 95–104.

- ochroną potencjału majątkowego, takich jak ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ryzyka dewastacji, szyb i przedmiotów szklanych od stłuczenia, maszyn elektrycznych od szkód elektrycznych, sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk, autocasco;
- ochroną praw i zobowiązań, takich jak ubezpieczenia: odpowiedzialności cywilnej z tytułu działalności pozamedycznej, odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- ochroną potencjału kadrowego ubezpieczenia, takich jak: grupowe ubezpieczenie na życie.

Spośród wymienionych ryzyk zespół badawczy Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wyodrębnił także trzy rodzaje ryzyk, które wywierają największy wpływ na działalność podmiotu leczniczego, tj. ryzyko systemowe i prawne, ryzyko finansowe oraz ryzyko wynikające z odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

W pierwszym przypadku uznano, że jest to ryzyko związane z niespójnością występujących przepisów prawnych w postaci ustaw i rozporządzeń, a także z ich zbyt częstą zmianą oraz istnieniem „prawnej dyskryminacji” placówek publicznych względem prywatnych⁶⁴.

64 E. Gabryś, *Zarządzanie ryzykiem w szpitalach publicznych w Polsce*, [w:] R. Holly, J. Suchecka (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź–Warszawa 2009, s. 97.

W drugim przypadku stwierdzono, że ryzyko związane jest w głównej mierze ze stosowaniem nieadekwatnego do potrzeb systemu finansowania ochrony zdrowia. Polega ono m.in. na⁶⁵:

- braku istnienia standardów medycznych (zarówno w zakresie wyposażenia placówek medycznych, jak i standardów leczenia);
- niedostosowaniu systemu liczenia kosztów działalności leczniczej;
- braku prawnych możliwości pozyskiwania środków ze sprzedaży swoich usług.

W trzecim zaś przypadku ustalono, że jest to ryzyko związane z rosnącą falą roszczeń wpływających do sądów z tytułu zajścia szkody na pacjentach. Potencjalnym zagrożeniem staje się bowiem wzrost świadczeń, które muszą wypłacić zakłady ewentualnym poszkodowanym⁶⁶. Jak podano w przywołanym opracowaniu, w 2005 r. do zakładów ubezpieczeń w Polsce zgłoszono ponad 1000 roszczeń odszkodowawczych, a w 2006 r. już 1600⁶⁷.

O ile w dwóch pierwszych przypadkach nie istnieje żaden produkt ubezpieczeniowy, za pomocą którego można złagodzić skutki realizacji tego typu ryzyka, o tyle w trzecim przypadku stworzono realny instrument, który daje częściowo taką możliwość. Narzędziem tym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, które na mocy ustawy o działalności leczniczej stało się ubezpieczeniem obowiązkowym. Dodatkowo w ramach zarządzania ryzykiem zarządzający podmiotem mają możliwość skorzystania z umowy ubezpieczenia nadwyżkowego, które rozszerza podstawową ochronę ubezpieczeniową poprzez podwyższenie sum gwarancyjnych lub dodanie do umowy dodatkowych klauzul.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego ze względu na swoją specyfikę jest szczególnym rodzajem ubezpieczenia wykorzystywanym w ochronie zdrowia. Ta wyjątkowość wynika przede wszystkim z faktu, że chroni zarówno podmiot wykonujący działalność leczniczą, ale również i bezpośrednio poszkodowanych pacjentów, dając im gwarancję otrzymania świadczenia odszkodowawczego w razie zajścia określonej szkody. Stąd też ubezpieczenie to stanowi jeden z głównych obszarów rozważań w niniejszym opracowaniu.

65 Tamże, s. 96.

66 Skala tego problemu jest przewodnim tematem prezentowanej pracy, zatem szerzej na ten temat w następnych rozdziałach.

67 E. Gabryś, *Zarządzanie ryzykiem w szpitalach...*, s. 96. Dlatego też jednym z głównych celów niniejszego opracowania jest zbadanie jak kształtuje się wpływ spraw do sądów powszechnych w Polsce z tytułu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych oraz jakie skutki finansowe rodzi dla podmiotu leczniczego prawomocny wyrok uwzględniający powództwo poszkodowanego pacjenta.

2.4.1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej jako szczególny rodzaj ubezpieczenia wykorzystywanego w ochronie zdrowia

Przez swój charakter, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, która dokonała podziału ubezpieczeń ze względu na dział, grupę i rodzaj ryzyka, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zostało sklasyfikowane jako ubezpieczenie działu II, czyli pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe, należące do grupy 13, oznaczonej jako ubezpieczenia odpowiedzialności, nieujęte w grupach 10–12⁶⁸.

Pojęcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostało natomiast uregulowane w Kodeksie cywilnym. Zgodnie z art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający lub ubezpieczony.

Należy przy tym dodać, że ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dotyczy jedynie tych zdarzeń, które będą miały miejsce po zawarciu umowy ubezpieczenia. A zatem wszelkie roszczenia, jakie są kierowane przeciwko ubezpieczonemu przez poszkodowanych, są nieznane zarówno co do charakteru, jak i wysokości w chwili zawierania umowy⁶⁹. Oznacza to, że w konsekwencji zawarcia umowy ubezpieczenia ewentualne odszkodowania za doznaną szkodę poszkodowany otrzymywać będzie nie od sprawcy, a od ubezpieczyciela, który przyjął na siebie wszelkie zobowiązania sprawcy związane ze szkodą. Tym samym zakład ubezpieczeń staje się gwarantem wypłaty świadczenia w razie wystąpienia szkody⁷⁰.

Głównym motywem wprowadzenia do obrotu ubezpieczeniowego ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej było zabezpieczenie ubezpieczonego przed konsekwencjami finansowymi, jakie mogą powstać w razie wyrządzenia przez niego szkody osobie trzeciej. Szczególnie jest to istotne w momencie gdy istnieje duże ryzyko wystąpienia szkód, których wysokość znacznie przekracza możliwości finansowe sprawcy. Przy okazji fakt posiadania takiego ubezpieczenia stanowi również gwarancję dla poszkodowanego uzyskania świadczenia odszkodowawczego.

W systematyce dotyczącej ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej wyróżnia się dwa podstawowe rodzaje umów ubezpieczeniowych: obowiązkowe i dobrowolne.

Ubezpieczenia obowiązkowe polegają na tym, że obowiązek jak i warunki ich zawarcia są nakładane przez przepisy prawa. W zależności od tego jaki akt prawny wprowadza obowiązkowość posiadania danego ubezpieczenia, wyróżnia się ubezpieczenia obowiązkowe⁷¹:

68 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz. U. 2015, poz. 1844, ze zm.

69 S. Byczko, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Difin, Warszawa 2013, s. 184.

70 E. Kowalewski, *Istota ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, „Prawo Asekuracyjne” 2002, nr 3(32), s. 6.

71 Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. 2016, poz. 2060, ze zm.

- powszechne ubezpieczenia obowiązkowe – których obowiązek zawarcia został wymieniony w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK;
- szczególne ubezpieczenia obowiązkowe – w których obowiązek ubezpieczenia wynika z przepisów odrębnych ustaw lub umów ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską nakładających na określone podmioty obowiązek zawierania umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenia dobrowolne zaś zależą tylko i wyłącznie od woli ponoszącego dane ryzyko czy wyraża chęć posiadania takiego ubezpieczenia, czy też nie. Są one regulowane przez przepisy Kodeksu cywilnego oraz postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia wydawanych przez poszczególnych ubezpieczycieli uprawnionych do sprzedaży określonych produktów ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej⁷².

Obok wyżej wymienionych kategorii ubezpieczeń wyróżnia się również tzw. ubezpieczenia przymusowe. Jak podaje W. Mogiński, zastosowanie przymusu ubezpieczeniowego polega na zastosowaniu wszelkiego rodzaju bezpośredniego lub pośredniego ograniczania swobody kontraktowej w ubezpieczeniach, a w szczególności swobody decyzji do zawarcia umowy ubezpieczenia⁷³. Są to ubezpieczenia, co do których ustawodawca wyraził w odrębnych ustawach lub ratyfikowanych umowach międzynarodowych nakaz ubezpieczenia. Najczęściej nakaz ten dotyczy⁷⁴:

- ubezpieczeń osobowych;
- ubezpieczeń majątkowych innych niż ubezpieczenia OC i ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych;
- ubezpieczeń OC, co do których nie została wyznaczona przez ustawodawcę minimalna suma gwarancyjna;
- ubezpieczeń, co do których przymus ubezpieczenia nie został wyrażony przez ustawodawcę w sposób stanowczy.

Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ze względu na swą specyfikę różni się nieco od standardowej umowy ubezpieczenia. Elementami charakterystycznymi poza ustaleniem w jej strukturze rodzaju i przedmiotu ubezpieczenia, praw i obowiązków stron umowy, są:

- pojęcie sumy gwarancyjnej zastosowane w miejsce sumy ubezpieczenia;
- specyficzny zakres czasowej odpowiedzialności, znany jako TRIGGER;
- nadanie możliwości dochodzenia roszczeń przez poszkodowanego bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń prowadzącego ubezpieczenie sprawcy szkody.

72 M. Gasińska, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia*, [w:] R. Holly (red.), *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 1999, s. 297–298.

73 W.W. Mogiński, *Pojęcie ubezpieczenia obowiązkowego w kontekście form przymusu ubezpieczenia*, [w:] E. Kowalewski, W.W. Mogiński (red.), *System prawny ubezpieczeń obowiązkowych. Przesłanki i kierunki reform*, Dom Organizatora, Toruń 2014, s. 41–60.

74 M. Orlicki, *Regulacja umowy ubezpieczenia*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 140.

Natomiast niezmiennymi elementami umowy są m.in.:

- ustalenie zakresu przedmiotowego danego ubezpieczenia;
- określenie praw i obowiązków stron;
- określenie zakresu odpowiedzialności.

Jak wynika z przytoczonej definicji ubezpieczenia OC, przedmiotem umowy tego ubezpieczenia jest zobowiązanie się przez ubezpieczyciela do wypłaty określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Zakres przedmiotowy ubezpieczenia OC uzależniony jest od takich czynników, jak: tytuł odpowiedzialności, rodzaj odpowiedzialności cywilnej oraz występowanie tzw. klauzul dodatkowych⁷⁵. Biorąc pod uwagę kryterium podziału, jakim jest tytuł odpowiedzialności, wyróżnić można odpowiedzialność cywilną:

- wynikającą z aktywności zawodowej ubezpieczającego lub ubezpieczonego (np. odpowiedzialność cywilna z tytułu wykonywania działalności leczniczej);
- związaną z posiadaniem mienia określonego rodzaju (odpowiedzialność cywilna posiadacza pojazdu mechanicznego);
- wynikającą z funkcjonowania ubezpieczającego lub ubezpieczonego jako osoby fizycznej (odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym).

Ze względu natomiast na kryterium rodzaju odpowiedzialności cywilnej, za przedmiot odpowiedzialności może być stosowana tzw. odpowiedzialność deliktowa, kontraktowa lub deliktowo-kontraktowa⁷⁶. O ile w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych OC na mocy prawa ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zarówno odpowiedzialność deliktową, jak i kontraktową, jeśli nie stoi to w sprzeczności do zapisów ustaw, o tyle w ubezpieczeniach dobrowolnych OC fakt objęcia ochroną konkretnego rodzaju odpowiedzialności wynika zawsze z poszczególnych zapisów zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczeń lub danej umowy ubezpieczenia⁷⁷.

Klauzule dodatkowe natomiast stanowią instrument dostosowujący daną umowę do potrzeb różnego rodzaju podmiotów ubezpieczających. Stosowane są one tylko w ubezpieczeniach dobrowolnych jako załącznik do ogólnych warunków umowy lub są zawarte w treści tych warunków. Dają możliwość rozszerzenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za dodatkową opłatą⁷⁸.

Jedną z głównych cech ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej jest ich trójstronny charakter. Występują tu bowiem trzy różne stosunki prawne pomiędzy

75 E. Myśliwiec, *Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, s. 294–295.

76 O rodzajach odpowiedzialności cywilnej traktuje punkt 3.4.4.

77 E. Myśliwiec, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla przedsiębiorstw*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia dla przedsiębiorców*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014, s. 22.

78 E. Myśliwiec, *Istota, konstrukcja i rodzaje...*, s. 295.

trzema różnymi podmiotami, jakimi są: ubezpieczyciel, ubezpieczony oraz poszkodowany⁷⁹:

- A) **ubezpieczyciel – ubezpieczony** – źródłem tego stosunku prawnego jest umowa ubezpieczenia OC pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym;
- B) **ubezpieczony – poszkodowany**⁸⁰ – źródłem tego stosunku prawnego jest fakt wyrządzenia szkody osobie trzeciej wskutek dopuszczenia się czynu niedozwolonego lub niewykonania lub też nienależytego wykonania zobowiązania umownego przez ubezpieczonego;
- C) **poszkodowany – ubezpieczyciel** – jest stosunkiem prawnym, który stanowi podstawę dochodzenia przez poszkodowanego roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, a nie od sprawcy szkody.

Ze względu na swój trójstronny charakter w zależności od tego z jakim podmiotem stosunku prawnego mamy do czynienia, ubezpieczenia OC mogą pełnić następujące funkcje⁸¹:

- **ochronną** – z punktu widzenia ubezpieczającego chronią przed majątkowymi skutkami, jakie mogą wystąpić w razie wyrządzenia poszkodowanemu szkody;
- **gwarancyjną** – z punktu widzenia poszkodowanego zapewniają drugiego obok sprawcy szkody dłużnika, jakim jest zakład ubezpieczeń;
- **repartycyjną** – z punktu widzenia innych podmiotów ubezpieczających się w ramach odpowiedzialności cywilnej przesuwają ciężar naprawienia szkody z pojedynczych osób na pewną grupę ubezpieczonych.

Ze względu na brak możliwości określenia tzw. wartości ubezpieczenia, w ubezpieczeniach OC nie stosuje się sumy ubezpieczenia, lecz sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Oznacza to, że w razie konieczności wypłaty odszkodowania jego wysokość jest ustalana i wypłacana w granicach odpowiedzialności cywilnej, jednakże wyłącznie do wysokości sumy, która została ustalona w umowie⁸². W zależności od tego z jakim rodzajem ubezpieczenia OC mamy do czynienia, dobrowolnym czy obowiązkowym, inny podmiot będzie odpowiedzialny za ustalenie sumy gwarancyjnej.

79 A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 81.

80 Jak podaje E. Myśliwiec (*Istota, konstrukcja i rodzaje...*, s. 284), za **osobę poszkodowaną** w ubezpieczeniu OC uznaje się: (1) osobę spoza kręgu osób objętych ubezpieczeniem OC, której ubezpieczający lub ubezpieczony wyrządził szkodę; (2) osobę będącą ubezpieczonym, za której odpowiedzialność cywilną za wyrządzoną jej szkodę odpowiada inny ubezpieczony w ramach tej samej umowy ubezpieczenia OC lub ubezpieczający, a sam ubezpieczony nie ponosi za tę szkodę odpowiedzialności, a także (3) osobę będącą ubezpieczającym, za której odpowiedzialność cywilną za wyrządzoną jej szkodę odpowiada jeden z ubezpieczonych, a sam ubezpieczający nie ponosi za tę szkodę odpowiedzialności cywilnej.

81 M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Toruń 2006, s. 381.

82 M. Gasińska, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej...*, s. 279.

W przypadku ubezpieczeń dobrowolnych to strony umowy dokonują tego wyboru, natomiast w ubezpieczeniach obowiązkowych wysokość tę określają odpowiednie przepisy prawa.

Istnieją również różne sposoby określania wysokości sumy gwarancyjnej. Wyróżnia się bowiem sumy ustalone⁸³:

- na jedno zdarzenie (*per one occurrence*);
- na wszystkie zdarzenia (*in the annual aggregate*);
- na jedno i wszystkie zdarzenia.

Pierwszy sposób określania sumy gwarancyjnej polega na tym, że ubezpieczyciel odpowiada za szkodę w ustalonych sumą granicach w odniesieniu do każdego wypadku z osobna. Drugi sposób polega na tym, że świadczenia ubezpieczyciela z tytułu każdego kolejnego zdarzenia pomniejsza wysokość sumy gwarancyjnej aż do jej całkowitego wyczerpania. Trzeci zaś sposób określania sumy związany jest z przyjęciem jednoczesnego limitu wypłaty odnoszącego się zarówno do jednego, jak i wszystkich zdarzeń⁸⁴.

Z punktu widzenia określenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jedną z najistotniejszych części umowy ubezpieczenia jest określenie czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, ponieważ to od tych zapisów w umowie zależeć będzie ewentualna wypłata świadczeń odszkodowawczych z polisy.

W odróżnieniu od standardowych umów ubezpieczenia, w ubezpieczeniu OC czasowy zakres ochrony uzależniony jest od przyjętej w danej umowie ubezpieczenia definicji wypadku ubezpieczeniowego (określającej początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń) oraz instytucji przedawnienia roszczeń (wyznaczającej koniec odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń)⁸⁵.

W literaturze przedmiotu wypadek ubezpieczeniowy definiuje się jako niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, które powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową⁸⁶. O tym, jakie zdarzenie losowe uznaje się za wypadek ubezpieczeniowy lub nie w określonym ubezpieczeniu OC, decydują przede wszystkim warunki umowy ubezpieczenia. Jak podkreśla I. Kwiecień, w praktyce wypadek ubezpieczeniowy identyfikuje się z sytuacją zajścia zdarzenia losowego lub też konsekwencją zajścia tego zdarzenia losowego⁸⁷. Oznacza to zatem, że sposób zdefiniowania rodzaju zdarzenia (wypadku ubezpieczeniowego) wpływa na określanie czasowego

83 M. Serwach, *Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej – aktualne problemy prawne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 2(11), s. 34.

84 D. Szewieczek, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne S.A., Warszawa 2013, s. 344.

85 L. Nowakowski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2004, s. 116, 118.

86 M. Krajewski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej według Kodeksu cywilnego*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 168.

87 I. Kwiecień, *Umowa i stosunek ubezpieczenia*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 66.

zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (tzw. *triggera*⁸⁸). W przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej na rynku polskim można wyróżnić pięć różnych rodzajów triggerów kształtujących wspomniany czasowy zakres odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń, które zostały wymienione w tabeli 6.

Tabela 6. Rodzaj zdarzenia losowego a rodzaj stosowanego triggera w umowach ubezpieczenia OC

Lp.	Trigger	Rodzaj zdarzenia wywołującego odpowiedzialność	Rodzaj ubezpieczenia
1.	Act committed	wadliwe działanie lub zaniechanie (przyczyna szkody)	obowiązkowe
2.	Occurrence	zdarzenie wyrządzające szkodę	obowiązkowe
3.	Loss occurrence	powstanie szkody	dobrowolne
4.	Loss manifestation	ujawnienie się szkody	dobrowolne
5.	Claims made	zgłoszenie roszczenia	dobrowolne

Źródło: A. Wtorkowska, *Zakres czasowy ochrony*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2010, nr 7(11), s. 7–9.

Ze względu na swoją specyfikę stosowanie określonych triggerów uzależnione jest od rodzaju umowy ubezpieczenia, jedne bowiem stosuje się wyłącznie w umowach ubezpieczeń obowiązkowych, inne zaś tylko w umowach dobrowolnych. W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych stosuje się jedynie trigger *act committed* lub *occurrence*, co oznacza, że fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego zawsze wiązany jest z⁸⁹:

- samym zdarzeniem lub przyczyną szkody (*act committed* lub *occurrence*) – w wyniku czego ubezpieczyciel staje się odpowiedzialny za szkodę tylko wtedy, jeśli ubezpieczał sprawcę w chwili działania lub zaniechania stanowiącego przyczynę tej szkody. A zatem ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za zdarzenia wywołujące szkodę, pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową.

Podejście takie powoduje, że powstaje najszerszy zakres odpowiedzialności, który w pełni chroni ubezpieczonego.

W przypadku umów dobrowolnych zaś, występuje różnorodność w określaniu czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, gdyż fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego może być wiązany z⁹⁰:

- wystąpieniem/powstaniem szkody (*loss occurrence*) – czyli sytuacją, w której zobowiązanym do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego jest ten, kto

88 **Trigger** rozumie się jako określone „zapadki” czasowe, które definiują czasowy zakres ochrony ubezpieczeniowej na tle umów ubezpieczeń OC – E. Kowalewski, *Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 k.c. – konsekwencje prawne i praktyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2003, nr 4(37), s. 13.

89 M. Serwach, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów – część 2*, „Medycyna Praktyczna”, 2010, nr 9, s. 125–134.

90 Tamże, s. 125–134.

zapewniał ochronę ubezpieczeniową w chwili powstania szkody, dlatego też ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko wtedy, gdy szkoda powstanie w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia;

- ujawnieniem/odkryciem szkody (*loss manifestation*) – czyli sytuacją, w której ubezpieczyciel staje się odpowiedzialny za szkodę w momencie ujawnienia się szkody niezależnie od czasu jej wyrządzenia. Oznacza to, że ubezpieczyciel przyjmuje na siebie odpowiedzialność, jeśli szkoda zostanie zidentyfikowana w trakcie trwania umowy;
- zgłoszeniem roszczenia (*claims made*) – czyli sytuacją, w której ubezpieczyciel staje się odpowiedzialny za szkodę zgłoszoną w okresie obowiązywania umowy, bez względu na to kiedy powstała i kiedy została ujawniona. Uznaje się zatem, że odpowiedzialność zakładu nastąpi w momencie zgłoszenia szkody w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

Jak zostało zasygnalizowane, oprócz określenia początku odpowiedzialności odszkodowawczej na uwagę zasługuje również sposób określenia końca tej odpowiedzialności, który uzależniony jest od instytucji przedawnienia. W przypadku ubezpieczeń OC na mocy art. 819 §3 k.c. roszczenie poszkodowanego do ubezpieczyciela o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania⁹¹. Oznacza to zatem, że instytucja ta regulowana jest przez art. 117–125 k.c., stanowiąc ograniczenie możliwości dochodzenia roszczeń w czasie określonym przez ustawę⁹². Termin przedawnienia roszczeń zależy zatem m.in. od:

- charakteru prawnego umowy;
- sposobu wyrządzenia szkody;
- podmiotu, który poniósł szkodę

i wynosi od maksymalnie 2 do nawet 20 lat (tabela 7). Należy również przy tym zaznaczyć, jak wskazuje M. Nesterowicz, że terminy przedawnienia mają charakter bezwzględnie obowiązujący i nie mogą być ani skracane, ani przedłużane przez inicjowanie jakichkolwiek czynności prawnych. Na bieg terminu przedawnienia mogą mieć wpływ jedynie zdarzenia powodujące zawieszenie biegu terminu przedawnienia (w terminie, w którym przedawnienie nie biegnie, a następnie biegnie dalej) lub przerwę w biegu przedawnienia (co oznacza, że po każdym przerwaniu biegnie na nowo). Dodatkowo jeżeli przerwanie przedawnienia nastąpiło na skutek wniesienia powództwa do sądu, to termin przedawnienia będzie biegł od początku od momentu uprawomocnienia się zakończonego postępowania⁹³.

91 A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego...*, s. 103.

92 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 11, Dom Organizatora, Toruń 2016, s. 151.

93 Tamże, s. 152.

Tabela 7. Sposób określenia upływu terminu przedawnienia roszczeń z punktu widzenia określonego rodzaju roszczeń i określonego rodzaju odpowiedzialności

Termin przedawnienia	Rodzaj roszczeń wynikający z rodzaju odpowiedzialności		Maksymalny czas, po którym roszczenie ulega przedawnieniu (w latach)	Moment wyznaczający ostateczny termin przedawnienia roszczeń
Ogólny	dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz świadczenia związane z prowadzeniem działalności gospodarczej		3	od dnia, kiedy roszczenie staje się wymagalne, a w przypadku roszczenia o zaniechanie od dnia, w którym ten przeciwko komu roszczenie przysługuje, nie zastosował się do treści roszczenia
	dla pozostałych roszczeń		6*	
Szczególny	odpowiedzialność deliktowa	szkody powstałe w wyniku błędów medycznych	3–10	od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. Jednak termin nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, gdy nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę
		szkody wynikłe z przestępstwa	20	od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia
		szkody na osobie małoletniej	2	od uzyskania pełnoletności
	odpowiedzialność kontraktowa	w odniesieniu do umowy o usługi podobne do zlecenia	2	od dnia ujawnienia się szkody
		roszczenia z umowy o dzieło	2	od dnia oddania dzieła, a jeżeli dzieło nie zostało oddane, od dnia, w którym zgodnie z treścią umowy miało być oddane

* Termin ten obowiązuje od lipca 2018 r. na mocy ustawy z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2018, poz. 1104; wcześniej termin ten wynosił maksymalnie 10 lat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Grego-Hoffmann, *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego*, PRESSCOM, Wrocław 2013, s. 106–109.

Jak można zaobserwować w tabeli 7, termin przedawnienia roszczeń bywa bardzo długi. Szczególnie w przypadku: szkód powstałych w wyniku zajścia błędu medycznego (maksymalnie 10 lat od momentu powstania zdarzenia niepożądanego), szkód wynikłych z przestępstwa (maksymalnie 20 lat od dnia popełnienia przestępstwa) czy też szkód powstałych na osobie małoletniej (maksymalnie 2 lata od momentu uzyskania przez małoletniego pełnoletności). Dodatkowo na mocy art. 5 k.c., w wyjątkowych i szczególnych sytuacjach, będących w sprzeczności z zasadami współżycia społecznego, może dojść do skutecznego dochodzenia praw przez poszkodowanego pomimo przedawnienia roszczeń⁹⁴.

2.4.2. Przegląd obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1998–2021

Rynek obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej funkcjonujących w ochronie zdrowia, jest stosunkowo młody. Jak podaje M. Gasińska⁹⁵, za jego początki uznać można lata 90. XX w., kiedy istotnie zaczął się zmieniać rynek usług medycznych, za sprawą stworzenia możliwości wykonywania zawodu medycznego poza publiczną służbą zdrowia. Przełomowym momentem było wprowadzenie tzw. kontraktowego przymusu ubezpieczeniowego na wybrane podmioty świadczące usługi medyczne poprzez wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i opieki społecznej w sprawie ogólnych warunków zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu i rozliczania należności za te świadczenia⁹⁶. Zgodnie z tym rozporządzeniem jednym z istotniejszych elementów każdej umowy było zobowiązanie się zleceniobiorcy do posiadania ubezpieczenia OC.

Ostatecznie wprowadzenie pierwszego ubezpieczenia OC w służbie zdrowia spełniającego warunki ubezpieczenia obowiązkowego nastąpiło dopiero w 1998 r. na mocy ustawy o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarstwa i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie innych ustaw⁹⁷.

Pojawianie się kolejnych ubezpieczeń obowiązkowych było natomiast konsekwencją dostosowywania się do intensywnie zmieniającego się rynku usług

94 M. Grego-Hoffmann, *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych...*, s. 108.

95 M. Gasińska, *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej...*, s. 288.

96 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia, Dz. U. 1993, nr 76, poz. 363, §24, ust. 2, pkt 11.

97 Ustawy z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarstwa i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie innych ustaw, Dz. U. 1998, nr 162, poz. 1115.

Tabela 8. Obowiązkowe ubezpieczenia OC w systemie ochrony zdrowia w latach 1998–2021

Obowiązkowe ubezpieczenie OC	Lata														
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012-2021
Podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń	Dz. U. 1998, nr 143, poz. 921 uchylono 1.01.2005 na podstawie ustawy z dn. 22 maja 2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK														
Podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne							Dz. U. 2004, nr 283, poz. 2825 uchylono 1.07.2011 na podstawie ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej								
Świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej										Dz. U. 2008, nr 3, poz. 10 uchylono 1.07.2011 na podstawie ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej					
Lekarzy i lekarzy dentyków														Dz. U. 2010, nr 78, poz. 515 uchylono jw. 1.07.2011	
Świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej														Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1728	
Podmiotu wykonującego działalność leczniczą														Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729, od 2019 zastąpiony przez Dz. U. 2019, poz. 866	

Źródło: D. Korytkowska, *Rozwój obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2016, nr 318: Ochrona zdrowia – aspekty ubezpieczeniowe i finansowe, s. 65–78.

medycznych oraz świadomości ubezpieczeniowej jego konsumentów. W rezultacie w 2011 r. równolegle funkcjonowały aż trzy ubezpieczenia obowiązkowe.

Fakt wprowadzenia tak dużej liczby obowiązkowych ubezpieczeń wywołał sprzeciw środowiska medycznego. Nierzadką sytuacją było bowiem jednoczesne zatrudnienie lekarzy udzielających świadczeń medycznych w kilku różnych miejscach pracy na podstawie różnych stosunków prawnych – tym samym zmuszeni zostali do wykupienia wszystkich trzech obowiązujących w tym czasie ubezpieczeń dotyczących tego samego ryzyka. Jeśli bowiem lekarz był zatrudniony w ramach⁹⁸:

- posiadanego kontraktu ze szpitalem – wymagano obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne;
- kontraktu z NFZ – wymagano obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej;
- prowadzenia prywatnej praktyki lub umowy cywilnoprawnej z zakładem opieki zdrowotnej – wymagano obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyków wykonujących zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Wspomniany sprzeciw środowiska medycznego ostatecznie spotkał się ze zrozumieniem ustawodawcy, który dokonał gruntownej zmiany, zastępując wszystkie trzy funkcjonujące do tej pory obowiązkowe ubezpieczenia OC jednym ubezpieczeniem *odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych*. Ubezpieczenie to zostało wprowadzone ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. Katalog wszystkich ubezpieczeń obowiązkowych odpowiedzialności cywilnej oferowanych w systemie ochrony zdrowia w Polsce zawiera tabela 8.

2.4.2.1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń

Jak wspomniano w poprzednim punkcie, ubezpieczenie OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń było pierwszym obowiązkowym ubezpieczeniem, jakie musiał posiadać każdy podmiot medyczny przyjmujący zamówienie na świadczenia zdrowotne. Obowiązek posiadania tej polisy został nałożony ustawą z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie innych ustaw. Natomiast szczegóły dotyczące ogólnych warunków tego ubezpieczenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r.⁹⁹

⁹⁸ A. Twardowski, *OC w branży medycznej*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2011, nr 8(6), s. 32–33.

⁹⁹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, Dz. U. 1998, nr 143, poz. 921.

Ubezpieczenie to funkcjonowało w latach 1998–2004, aż do momentu jego uchylenia, które nastąpiło z dniem 1 stycznia 2005 r. przez wejście w życie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, która zmieniła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (art. 144, 161).

Na mocy wspomnianego rozporządzenia obowiązek posiadania tego ubezpieczenia dotyczył wyłącznie podmiotów przyjmujących zamówienie na świadczenia zdrowotne; podmiotami tymi zgodnie z §3 ww. rozporządzenia były:

- niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu;
- osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniając warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Zakres ochrony tego ubezpieczenia zgodnie z §12 obejmował odpowiedzialność cywilną ubezpieczającego lub osoby, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność, za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne. Jednakże odpowiedzialność ta została ograniczona do ustalonej sumy gwarancyjnej w zakresie jednego wypadku ubezpieczeniowego, która została uzależniona od rodzaju podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (tabela 9).

Tabela 9. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń

Rodzaj świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	Suma gwarancyjna – na jedno zdarzenie
Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu	200 000 zł
Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach	200 000 zł
Osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych	50 000 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń.

Patrząc na tabelę 9, zauważyć można, że sumy gwarancyjne zostały ustalone na tym samym poziomie zarówno dla niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak i osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki i wynoszą maksymalnie 200 000 zł na jedno zdarzenie. Natomiast osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych zostały zobowiązane do ubezpieczenia się na kwotę dużo niższą, wynoszącą 50 000 zł w zakresie jednego zdarzenia.

2.4.2.2. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne

Ubezpieczenie podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne zastąpiło dotychczas funkcjonujące obowiązkowe ubezpieczenie OC, na mocy rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne¹⁰⁰. W ramach powyższego rozporządzenia dokonano rozszerzenia podmiotów zobowiązanych do wykupienia tego ubezpieczenia o: osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek i położnych, podmioty wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej praktyki lekarskiej oraz grupowej praktyki pielęgniarek i położnych. Ponadto dokonano uzależnienia wysokości wymaganych minimalnych sum gwarancyjnych od średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski (NBP) po raz pierwszy w roku, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia (tabela 10).

Tabela 10. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne

Rodzaj świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Suma gwarancyjna przy uwzględnieniu kursu euro do złotego w latach 2004–2011
Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	46 500 euro	167 284–194 003 zł
Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach		
Grupowa praktyka lekarska prowadzona na zasadach określonych w odrębnych przepisach		

¹⁰⁰ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, Dz. U. 2004, nr 283, poz. 2825.

Tabela 10 (cd.)

Rodzaj świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Suma gwarancyjna przy uwzględnieniu kursu euro do złotego w latach 2004–2011
Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek i położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach	25 000 euro	89 937–104 302 zł
Grupowa praktyka pielęgniarek i położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach		
Osoby legitymujące się nabyciem fachowych uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniając warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej	12 000 euro	43 170–50 065 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne.

Kurs euro do złotego w latach obowiązywania omawianego ubezpieczenia wahał się między 3,5975 zł a 4,1721 zł. A zatem, jak można zauważyć w tabeli 10, ostatecznie wysokość sum gwarancyjnych oferowanych w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienie na świadczenie zdrowotne zostały obniżone w stosunku do tych, które funkcjonowały w ramach poprzedniego ubezpieczenia.

2.4.2.3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej było ubezpieczeniem funkcjonującym równolegle do ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne w latach 2007–2011. Obowiązek posiadania tego ubezpieczenia został nałożony przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na wszystkie podmioty, które udzielały świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem środków publicznych. Warunki zaś tego ubezpieczenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r.¹⁰¹

¹⁰¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, nr 3, poz. 10.

Obowiązek posiadania tego ubezpieczenia został poprzedzony wprowadzeniem przymusu kontraktowego, jaki został nałożony przez wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰². Zgodnie z §4 ww. rozporządzenia określono, że w umowie zawieranej z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, **może** istnieć zastrzeżenie o zobowiązaniu świadczeniodawcy do zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w kształcie proponowanym przez rozporządzenie. W praktyce natomiast często zapis ten stał się fundamentalnym kryterium w podejmowaniu decyzji o podpisaniu lub nie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z danym świadczeniodawcą.

Ostatecznie od 2008 r. ubezpieczenie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 136b ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmienionej przez art. 1 pkt 70 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r.¹⁰³, stało się ubezpieczeniem obowiązkowym. Warunki tego ubezpieczenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. Na podstawie ww. rozporządzenia określono zakres tego ubezpieczenia, który był co do zasady tożsamy z założeniami przedstawionymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. Obejmował on odpowiedzialność cywilną świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z której wyraźnie wyłączono szkody:

- polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- polegające na zapłacie kar umownych;
- powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Przy tym odpowiedzialność ta została ograniczona sumami gwarancyjnymi określonymi w zakresie jednego zdarzenia i zróżnicowana w zależności od rodzaju podmiotu objętego obowiązkowym ubezpieczeniem OC. Różnica zaś w warunkach dotyczyła określenia w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. dodatkowego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, w sytuacji gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia wystąpi wiele szkód poprzez wprowadzenie sumy gwarancyjnej określonej na wszystkie zdarzenia do jakich może dojść w okresie obowiązywania umowy. Należy przy tym zauważyć, że podobnie jak w poprzednim przypadku, wszystkie ustalone sumy gwarancyjne zostały uzależnione od średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia (tabela 11).

102 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2005, nr 197, poz. 1643.

103 Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2007, nr 166, poz. 1172.

Tabela 11. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, dla różnego rodzaju świadczeniodawców

Rodzaj świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia
	W latach 2007–2011 w euro i zł	
Zakłady Opieki Zdrowotnej	46 500 euro, tj. 177 997–194 003 zł	275 000 euro, tj. 1 052 672–1 147 328 zł
Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach		
Grupowa praktyka lekarska prowadzona na zasadach określonych w odrębnych przepisach		
Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek i położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach	25 000 euro, tj. 95 697–104 303 zł	140 000 euro, tj. 535 906–584 094 zł
Grupowa praktyka pielęgniarek i położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach		
Osoby legitymujące się nabyciem fachowych uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej	12 000 euro, tj. 45 935–50 065 zł	67 500 euro, tj. 258 383–281 617 zł
Podmioty realizujące w ramach umów wyłączanie czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi		

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak można zauważyć, powiązanie sum gwarancyjnych ze średnim kursem euro ogłaszanym po raz pierwszy w roku obowiązywania umowy ubezpieczenia spowodowało istotne zmiany w ochronie ubezpieczeniowej. W latach 2007–2011 średni kurs euro osiągał wartości z przedziału 3,5975–4,1729 zł za jedno euro. Przy czym najniższy kurs dotyczył umów ubezpieczenia zawieranych w 2008 r., najwyższy zaś umów zawieranych w 2009 r.

2.4.2.4. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów

Kolejną grupą podmiotów, która została zobligowana do wykupienia ubezpieczenia obowiązkowego, byli lekarze i lekarze dentyści, którzy udzielali świadczeń medycznych w ramach prowadzenia prywatnej praktyki lekarskiej lub w ramach zawartej umowy cywilnoprawnej z zakładem opieki zdrowotnej. Obowiązek ten został nałożony na podstawie art. 48b znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁰⁴. Szczegóły dotyczące warunków ubezpieczenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących swój zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej¹⁰⁵.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem przedmiotem tego ubezpieczenia była odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej przy wykonywaniu czynności zawodowych. Jednakże na podstawie §2 ust. 2 omawianego rozporządzenia wyłączeniu poddano szkody:

- wyrządzone przez ubezpieczonego po pozbawieniu go prawa do wykonywania zawodu, a także w okresie zawieszenia prawa do wykonywania zawodu, chyba że szkoda była następstwem wykonywania zawodu przed pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu lub zawieszenia;
- polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- polegające na zapłacie kar umownych;
- powstałe wskutek działań wojennych, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Podobnie jak w poprzednich omawianych ubezpieczeniach, tak i przy okazji ubezpieczenia lekarzy i lekarzy dentystów we wspomnianym rozporządzeniu określono minimalne wymagane sumy gwarancyjne. Sumy te zostały zróżnicowane w zależności od rodzaju specjalizacji jaką zajmował się lekarz lub lekarz dentyista podlegający ubezpieczeniu oraz uzależnione od średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta (wynosząc w 2010 r. – 4,0924 zł za jedno euro, a w 2011 r. – 3,9622 zł za jedno euro). Obowiązujące sumy gwarancyjne zostały ostatecznie zaprezentowane w tabeli 12.

¹⁰⁴ Rozporządzenie wprowadzono na mocy art. 48b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 2011, nr 277, poz. 1634, która została zmieniona art. 117 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 2009, nr 219, poz. 1708, ze zm.

¹⁰⁵ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących swój zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 2010, nr 78, poz. 515.

Tabela 12. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących swój zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Rodzaj lekarza objętego obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej	Minimalna wymagana suma gwarancyjna na jedno i wszystkie zdarzenia obowiązująca w latach 2010–2011 w euro i zł
W odniesieniu do lekarza i lekarza dentyisty wykonujących zawód w zakresie specjalizacji w następującej dziedzinie medycyny: anestezjologia i intensywna terapia, położnictwo i ginekologia, wszystkie chirurgie, neonatologia, onkologia kliniczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, urologia, otorynolaryngologia, okulistyka, medycyna ratunkowa	100 000 euro, tj. 396 220–409 240 zł
W odniesieniu do lekarza dentyisty, z wyłączeniem lekarza dentyisty wykonującego zawód w zakresie specjalizacji w następującej dziedzinie medycyny: chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa	50 000 euro, tj. 198 110–204 620 zł
W odniesieniu do lekarza niewymienionego powyżej	25 000 euro, tj. 99 055–102 310 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących swój zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Podsumowując, przyjęte wysokości minimalnych sum gwarancyjnych zostały wyznaczone w tej samej kwocie zarówno na jedno, jak i wszystkie zdarzenia jakie mogłyby nastąpić w okresie trwania umowy ubezpieczenia. Co oznacza, że z punktu widzenia jednego zdarzenia zostały one ustalone na poziomie dużo wyższym, a w przypadku wszystkich zdarzeń dużo niższym od tych ustalonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Powiązanie natomiast sum gwarancyjnych ze średnim kursem euro ogłaszany przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta, spowodowało nieznaczny spadek wartości tych sum (maksymalnie o ok. 13 000 zł) w 2011 r., w porównaniu do sum określonych w 2010 r.

2.4.2.5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

W związku ze zmianą systemową służby zdrowia jaka nastąpiła w 2011 r. poprzez wejście w życie ustawy o działalności leczniczej, istotnym stało się również dostosowanie rynku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia do nowych realiów.

Przypomnijmy, że ustawa ta wprowadziła m.in. nowe pojęcie, jakim jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, którym w myśl art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l. jest każdy podmiot leczniczy oraz lekarz lub pielęgniarz wykonujący zawód

w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową. Zgodnie z art. 17–19 u.d.l. podmioty te zobligowano do posiadania obowiązkowej polisy odpowiedzialności cywilnej. Jednakże w sytuacji gdy określony podmiot wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej lub wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie wystarczy, że posiada on jedną polisę ubezpieczenia OC z ustaloną sumą gwarancyjną odpowiadającą równowartości najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej. Tym samym ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej jak i ubezpieczenie OC lekarzy i lekarzy dentystów zostały zastąpione jednym ubezpieczeniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Warunki obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą ostatecznie zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r.¹⁰⁶ Jednakże w 2019 r., w związku z nowelizacją ustawy o działalności leczniczej, która do katalogu podmiotów prowadzących działalność leczniczą dodała fizjoterapeutów, warunki te zostały zastąpione przez rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r.¹⁰⁷

W myśl §2 ww. rozporządzenia przedmiotem omawianego ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych bądź też niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem szkód, które:

- zostały wyrządzone przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- polegają na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- polegają na zapłacie kar umownych;
- powstały wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

W porównaniu do warunków obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz lekarzy i lekarzy dentystów, w ubezpieczeniu OC podmiotów leczniczych odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń została rozszerzona o szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są one udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Dodatkowo zmianie uległy wysokości obowiązujących

¹⁰⁶ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729.

¹⁰⁷ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. 2019, poz. 866.

minimalnych sum gwarancyjnych ustalonych zarówno na jedno, jak i wszystkie zdarzenia, które po raz kolejny zostały powiązane ze średnim kursem euro ogłoszonym przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta (tabela 13).

Tabela 13. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dla różnego rodzaju podmiotów działalności leczniczej

Rodzaj działalności leczniczej	Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia
	obowiązująca w latach 2011–2021 w euro i zł	
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne	100 000 euro, tj. 406 710–454 850 zł	500 000 euro, tj. 2 033 550–2 274 250 zł
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne	75 000 euro, tj.	350 000 euro, tj.
Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	305 032–341 138 zł	1 423 485–1 591 975 zł
Świadczenia lekarza lub lekarza dentystry		
Świadczenia pielęgniarki lub położnej		
Świadczenia fizjoterapeuty* (od 2019 r.)	30 000 euro, tj. 122 013–136 455 zł	150 000 euro, tj. 610 065–682 275 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Jak można zauważyć, przyjęte ww. rozporządzeniem minimalne sumy gwarancyjne zostały wyraźnie podwyższone w stosunku do tych, które obowiązywały przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej. Powiązanie zaś tych sum ze średnim kursem euro ogłaszanym po raz pierwszy w roku obowiązywania umowy ubezpieczenia spowodowało istotne zmiany w ochronie ubezpieczeniowej. W latach 2011–2021 średni kurs euro osiągał wartości z przedziału 4,0671–4,5485 zł za jedno euro. Przy czym najniższy kurs dotyczył umów ubezpieczenia zawieranych w 2012 r., najwyższy zaś umów zawieranych w 2021 r. Co oznacza, że sumy gwarancyjne stosowane np. w przypadku szpitali wykonujących działalność leczniczą znacząco wzrosły.

2.4.2.6. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Obok obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wraz z wejściem w życie u.d.l. wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie OC świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, ale udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. W myśl ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu od lipca 2011 r. świadczeniodawcą takim jest podmiot będący osobą fizyczną inną niż podmiot wykonujący

działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Warunki tego ubezpieczenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁸.

Na mocy ww. rozporządzenia uznano, że przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przy czym z odpowiedzialności wyraźnie wyłączono szkody:

- polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- polegające na zapłacie kar umownych;
- powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Określone rozporządzeniem minimalne sumy gwarancyjne zostały zróżnicowane ze względu na rodzaj podmiotu jakiego dotyczą i podobnie jak w poprzednich przypadkach powiązane ze średnim kursem euro ogłoszonym przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta. Przyjęte sumy gwarancyjne prezentuje tabela 14.

Tabela 14. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Rodzaj świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia
	obowiązująca w latach 2011–2021 w euro i zł	
Osoby fizyczne niebędące podmiotem wykonującym działalność leczniczą, które uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielania ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej	30 000 euro, tj. 122 013–136 455 zł	150 000 euro, tj. 610 065–682 275 zł
Podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne	10 000 euro, tj. 40 671–45 485 zł	50 000 euro, tj. 203 355–227 425 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁰⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1728.

2.4.3. Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zajścia zdarzenia medycznego

Oprócz wymienionych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej funkcjonujących w ochronie zdrowia, mających istotny wpływ na zmniejszenie skutków finansowych związanych z powstającą roszczeniowością poszkodowanych pacjentów w wyniku prowadzenia działalności leczniczej, na uwagę zasługuje również jeszcze jedno ubezpieczenie, które nie jest ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej. Jest to ubezpieczenie pacjentów od zdarzeń medycznych, które powstało w 2012 r. Pierwotnie zostało ono wprowadzone na mocy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i RPP oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK¹⁰⁹. Początkowo ustawa ta nadała temu ubezpieczeniu charakter obowiązkowy w stosunku do podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie szpitala. Jednakże wobec silnej dezaprobaty środowiska medycznego w stosunku do tego ubezpieczenia ostatecznie ustawodawca zdecydował o wycofaniu nałożonego obowiązku ubezpieczania się. Niemniej jednak polisy te nadal mogą być oferowane na rynku, jednakże w formie dobrowolnej.

Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zajścia zdarzenia medycznego jest ściśle związane z powstałym na mocy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nowym pozasądowym reżimem odpowiedzialności, który został opisany w punkcie 3.4.5. Jest to ubezpieczenie, które dotyczy tylko i wyłącznie podmiotów prowadzących szpital. Przedmiotem tego ubezpieczenia są zdarzenia medyczne określone w ww. ustawie jako zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczeniem, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, jakie miały miejsce w okresie ubezpieczenia.

Omawiane ubezpieczenie jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych, jakie występowało na polskim rynku ubezpieczeń służby zdrowia. Co więcej, było ono przedmiotem krytyki wielu czołowych przedstawicieli nauki prawa w Polsce¹¹⁰, prezentujących często odmienne stanowiska interpretacyjne. Ze względu na ich złożony charakter zasygnalizowano jedynie kilka istotnych punktów spornych, które odnoszą się m.in. do¹¹¹:

109 Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. 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. 2011, nr 113, poz. 660.

110 Na uwagę zasługują m.in. takie prace, jak: M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 4(73), s. 5–12; E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1(70), s. 3–24; W.W. Mogilski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 111–143.

111 D. Korytkowska, *Rozwój obowiązkowych ubezpieczeń...*, s. 75–76.

- trudności w ustaleniu **jakim rodzajem jest** to ubezpieczenie – ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej czy też ubezpieczeniem osobowym;
- faktu **obowiązkowości** posiadania tego ubezpieczenia wyłącznie przez placówki szpitalne (trwała bowiem dyskusja na temat rozszerzenia tego ubezpieczenia na inne podmioty lecznicze);
- faktu ustalenia **terminu wymagalności** posiadania przez szpitale tej polisy ubezpieczeniowej (termin dotyczący obowiązku wykupienia wspomnianej polisy wielokrotnie był przesuwany, ostatecznie jednak zdecydowano się zrezygnować z obowiązkowości posiadania tego ubezpieczenia przez placówki szpitalne);
- **braku wydania przepisów wykonawczych** regulujących warunki omawianego ubezpieczenia¹¹²;
- **braku określenia minimalnego zakresu** ubezpieczenia;
- **braku konkurencji** występującej na tym rynku ubezpieczeń (polisy były oferowane głównie przez jeden zakład ubezpieczeń, PZU – pojedyncze polisy wydawała Ergo Hestia SA i Inter Polska SA – dzięki czemu uzyskał status monopolisty)¹¹³;
- **wysokiej ceny ubezpieczenia** (wynikającej z braku konkurencji oraz braku informacji statystycznej o szkodowości związanej z tego typu ryzykiem).

Jak można zauważyć, przytoczona lista problemów związanych z omawianym ubezpieczeniem jest dość długa, co sprawia, że nie jest to ubezpieczenie łatwe. Ograniczmy się zatem do stanowiska Ministra Zdrowia¹¹⁴, które określiło jak należy rozumieć nowo wprowadzone ubezpieczenie.

Zgodnie ze stanowiskiem ministra ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zajścia zdarzeń medycznych należy traktować jako ubezpieczenie osobowe, którego przedmiotem jest życie i zdrowie pacjenta, zatem jak podają E. Kowalewski i W.W. Mogiński należy je zaliczyć do grupy 1 działu II według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹¹⁵. Oznacza to, że doznanie przez osobę ubezpieczoną nieszczęśliwego wypadku w postaci zdarzenia medycznego powodującego skutki określone w warunkach ubezpieczenia determinuje powstanie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego.

Jak zostało to zasygnalizowane, jednym z głównych problemów przy kształtowaniu tego ubezpieczenia był brak wprowadzenia przepisów wykonawczych określających warunki tego ubezpieczenia wraz z określeniem minimalnych sum stanowiących górną granicę odpowiedzialności dla zakładów ubezpieczeń. Granicę tę próbowano ustalić m.in. na podstawie ustawy o działalności leczniczej w zakresie art. 25 ust. 1, który został zmieniony ustawą o zmianie ustawy o działalności

112 M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń...*, s. 6.

113 J. Preis, *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2, s. 142.

114 J. Szulc, *Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację 2900 w sprawie ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, 3.04.2012, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=0257F04D> (data dostępu: 28.11.2021).

115 E. Kowalewski, W.W. Mogiński, *Istota i charakter ubezpieczenia...*, s. 12.

leczniczej oraz niektórych innych ustaw (ust. 1a–1f)¹¹⁶, co stanowiło pewne *novum*, bowiem nigdy dotąd taki sposób wyliczania sum nie był stosowany na polskim rynku ubezpieczeniowym.

W założeniu system ten miał być oparty na kilku możliwych wariantach umów, polegających na tym, że¹¹⁷:

- wysokość sumy ubezpieczeniowej na jaką powinny być ubezpieczone szpitale miała być uzależniona od ilości posiadanych przez nie łóżek oraz sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka. Przy czym uznano, że suma ubezpieczenia niezależnie od ilości łóżek nie powinna być niższa niż 300 000 zł, a suma przypadająca na jedno łóżko nie powinna być niższa niż 1000 zł;
- jeśli dany szpital nie posiadałby certyfikatu akredytacyjnego w rozumieniu u.a.o.z. w zakresie lecznictwa szpitalnego, to uznawano by, że placówce takiej przysługiwać miała zniżka w wysokości, 10% sumy ubezpieczeniowej w odniesieniu do jednego łóżka;
- każda umowa mogłaby zawierać takie elementy, jak:
 - ustalenie tzw. zagregowanej franszyzy lub
 - ustalenie proporcjonalnego udziału własnego, określonych w wysokości nie wyższej niż 50% sumy ustalonej przez strony umowy.

Wobec licznych kontrowersji występujących wokół ubezpieczenia pacjentów z tytułu zajścia zdarzeń medycznych, bardzo wysokiej ich ceny, jak również braku konkurencji, zainteresowanie tym ubezpieczeniem było bardzo niewielkie. Jak podkreśla J. Preis, w początkowej fazie obowiązywania konieczności posiadania tego ubezpieczenia zaledwie 12% szpitali wykupiło tego typu ubezpieczenie, pomimo tego że ubezpieczenie było traktowane jako obowiązkowe, a nawet objęte „sankcją” w postaci odmowy wpisu szpitala do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹¹⁸.

Biorąc powyższe pod uwagę, ustawodawca kilkakrotnie przesuwiał w czasie obowiązkowość posiadania tego ubezpieczenia, najpierw określając ten czas od 1 stycznia 2014 r.¹¹⁹, następnie od 1 stycznia 2016 r.¹²⁰, aż do ostatecznego jego uchylecia, które nastąpiło na mocy art. 1 ust. 7 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw¹²¹.

116 Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2012, poz. 742.

117 Omawiany przepis dotyczący sposobu wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, został poddany krytyce m.in. przez M. Serwach, która uznała go za nieprecyzyjny, niejasny i niezrozumiały dla podmiotów, do których jest skierowany. M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń...*, s. 9.

118 J. Preis, *W sprawie charakteru prawnego...*, s. 143.

119 Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2012, poz. 742, art. 11.

120 Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2013, poz. 1290, art. 3.

121 Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2016, poz. 960.

Rozdział 3

Prawne aspekty odpowiedzialności szpitali i lekarzy w Polsce

Aby możliwe było przeprowadzenie analizy finansowych skutków szkód na pacjentach, do jakich dochodziło w szpitalach, niezbędne jest wyjaśnienie szeregu pojęć, powszechnie używanych w terminologii prawniczej oraz medycznej.

W pierwszej kolejności należy bowiem wyjaśnić, co rozumiemy przez pojęcie „szkoda”, ponieważ od tego, jaki rodzaj szkody wystąpi, zależy jaka odpowiedzialność odszkodowawcza będzie mogła być przypisana do jej sprawcy.

Następnie uwaga zostanie skierowana na szczególny rodzaj szkody, jakim jest wystąpienie „błędu medycznego” i odróżnienie tego pojęcia od stosunkowo nowo wprowadzonych pojęć „zdarzenia niepożądanego” i „zdarzenia medycznego”.

Wyjaśnienie takie jest konieczne, gdyż w tym przypadku nadmierne wprowadzanie kolejnych pojęć może prowadzić do chaosu terminologicznego, który zaczyna powstawać wokół badanej problematyki.

3.1. Pojęcie szkody. Rodzaje i klasyfikacje

Pojęcie szkody nie doczekało się swojej legalnej definicji, stąd też kształtowane jest m.in. przez doktrynę prawniczą oraz orzecznictwo sądowe. W literaturze prawnej pojęcie to definiowane jest jako: uszczerbek w dobrach i interesach prawnie chronionych poniesionych co do zasady wbrew woli poszkodowanego¹. W przypadku zaś orzecznictwa sądowego szkoda utożsamiana jest z wszelkimi uszczerbkami dotyczącymi osoby bez prawnego uzasadnienia, wyrażającymi się w różnicy pomiędzy stanem majątku poszkodowanego jaki istniał i mógłby w normalnej kolei rzeczy istnieć i wytworzyć się a stanem jaki powstał wskutek zdarzenia wywołu-

1 M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Toruń 2006, s. 366; Z. Radwański, *Zobowiązania – część ogólna*, wyd. 3, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 83.

jącego zmianę. A zatem szkoda w orzecznictwie sądowym rozumiana jest jako uszczerbek, który następuje w majątku uprawnionego².

Pojęcie szkody jest również jednym z podstawowych terminów używanych w ubezpieczeniach, jednakże w tej sytuacji jest ono rozumiane zupełnie inaczej niż w przypadku orzecznictwa sądowego czy też doktryny prawniczej. Na gruncie teorii ubezpieczeniowej bowiem „szkoda” utożsamiana jest z występowaniem konkretnego zjawiska „fizycznego”, na skutek realizacji wypadku ubezpieczeniowego³. Ponadto pojęcie to może być różnie definiowane w zależności od podmiotu, który tworzą np. Ogólne Warunki Ubezpieczeń (OWU) oraz w zależności od rodzaju produktu ubezpieczeniowego, z którym związana jest odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Do najczęstszych rodzajów szkód definiowanych w OWU ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej można zaliczyć w szczególności:

- szkody na osobie – utożsamiane ze śmiercią, uszkodzeniem ciała⁴ lub rozstrojem zdrowia⁵, utraconymi korzyściami poniesionymi przez poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- szkody w mieniu – utożsamiane z uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą rzeczy, utraconymi korzyściami poszkodowanego, które by mógł osiągnąć, gdyby nie zaistniała szkoda;
- czyste straty finansowe, które nie wynikają bezpośrednio ze szkód w mieniu lub na osobie.

Ze względu na różnorodność podejść do pojęcia „szkody”, piśmiennictwo polskie wyodrębniło szereg rodzajów szkód, które zostały sklasyfikowane m.in. w pracy M. Serwach⁶, w której wyróżnionych zostało pięć kryteriów podziału szkód zaprezentowanych na rysunku 19.

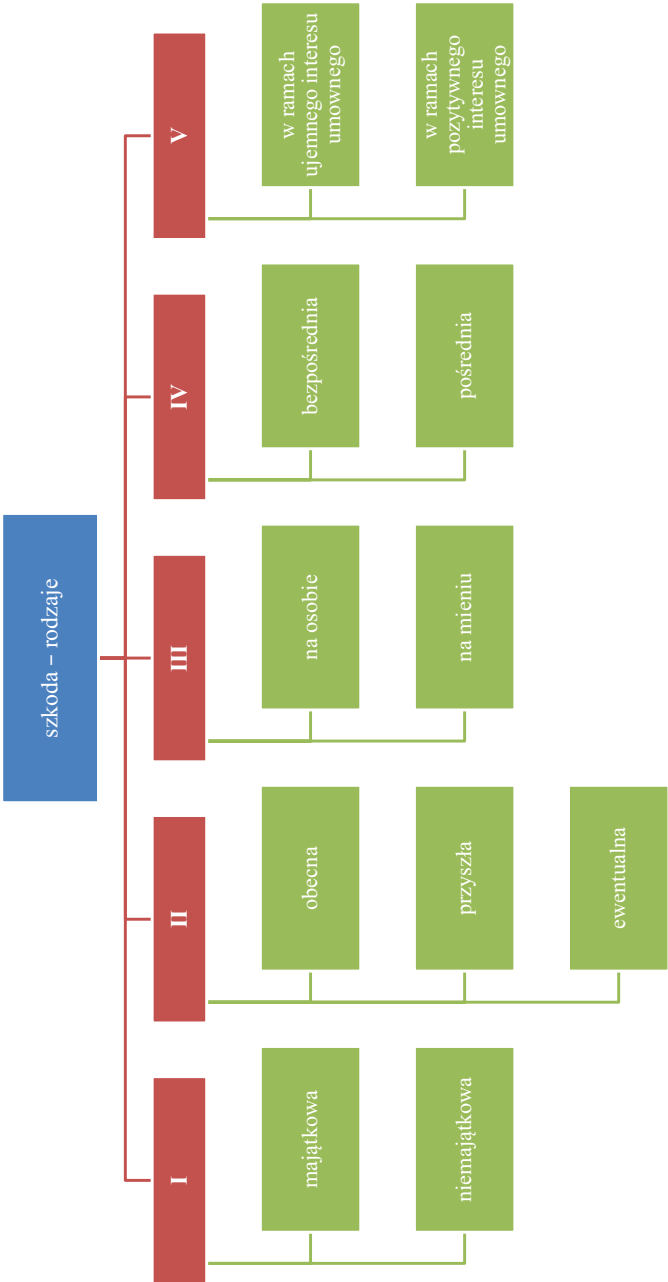
2 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 kwietnia 2005 r., sygn. I ACa 140/05 i I ACz13 2/05.

3 A. Janowski, *Ekonomiczne aspekty ubezpieczeń*, Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2013, s. 131.

4 **Uszkodzenie ciała** to sytuacja, kiedy dochodzi do naruszenia integralności fizycznej człowieka, która polega na zniszczeniu (zerwaniu ciągłości) jego tkanek lub organów (np. rany, pozabawienie części ciała). Uszkodzenie ciała często pociąga za sobą rozstrój zdrowia, mogący powstać także z innych przyczyn; A. Olejniczak, *Czyny niedozwolone*, [w:] Z. Gawlik, A. Janiak, G. Kozieł, A. Olejniczak, A. Pyrzyńska, T. Sokołowski, A. Kidyba (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 3: *Zobowiązania. Część ogólna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 549.

5 **Rozstrój zdrowia** często jest powodowany uszkodzeniem ciała, ale także może powstać z innych przyczyn. Polega na wywołaniu dysfunkcji organizmu człowieka przez doprowadzenie do zakłócenia funkcjonowania poszczególnych układów i systemów (np. układu pokarmowego, systemu nerwowego). Wstrząs psychiczny, doznany wskutek określonego zdarzenia, może być źródłem rozstroju zdrowia; tamże, s. 549. Dość obszerne wyjaśnienie pojęcia **rozstrój zdrowia** przedstawione zostało w pracy T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010. Autor uznał, że najprościej pojęcie to definiuje L. Wachholz, który mówi, że rozstrój zdrowia jest stanem patologicznym (chorobą), przejawiającym się zaburzeniami prawidłowych czynności organizmu lub jego części (s. 138). Przeanalizowawszy szereg wyroków sądowych, T. Jurek wymienia przykłady schorzeń uznanych za rozstrój zdrowia. Są nimi: somatyczne, psychiczne dolegliwości związane z obrażeniami ciała; rozchwianie emocjonalne i cierpienia psychiczne (s. 130).

6 M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC...*, s. 367–368.



Rysunek 19. Klasyfikacje szkód
Źródło: M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC...*, s. 367–368.

Najważniejszym z nich jest podział na szkodę majątkową i niemajątkową. W zależności bowiem od tego, z jakim rodzajem szkody mamy do czynienia, staje się możliwe zastosowanie odpowiedniej sankcji za czyn szkodzący.

M. Serwach utożsamia **szkodę majątkową** ze szkodą, która znajduje reperkusje w majątku poszkodowanego, natomiast **szkoda niemajątkowa** to szkoda, która polega na ujemnych doznaniach psychicznych, bólu, cierpieniach związanych ze szkodą na osobie lub też stanowi konsekwencje naruszenia dóbr osobistych poszkodowanego. Szkoda taka utożsamiana jest z krzywdą⁷.

Drugi podział dotyczy klasyfikacji szkód ze względu na moment powstania szkody. Wyróżnia się: **szkodę obecną** – związaną bezpośrednio ze zdarzeniem będącym jej źródłem, a jej istnienie i rozmiary są co do zasady znane w chwili jej wyrządzenia; **szkodę przyszłą** – która powstaje dopiero po pewnym czasie od samego zdarzenia będącego jej źródłem, co oznacza, że np. w chwili obecnej nie jest możliwe określenie jej rozmiarów; **szkodę ewentualną** – polegającą na utracie szansy uzyskania określonej korzyści majątkowej, a nie na utracie samej korzyści⁸.

Trzeci podział został dokonany ze względu na przedmiot, którego dotyczy szkoda. A zatem wyróżniamy: **szkodę na osobie** – jak podaje L. Nowakowski⁹, nie dotyczy ona składników majątku poszkodowanego, ale jest skierowana w stosunku do jego osoby. Oznacza to, że szkoda ta jest konsekwencją naruszenia dóbr osobistych danej osoby, skutek czego w sposób pośredni dochodzi do negatywnych następstw w jej majątku. Kryterium to spełnia w szczególności: uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, naruszenie innych dóbr osobistych, np. czci, wolności; **szkodę na mieniu** obejmującą w sposób bezpośredni poszczególne składniki majątku poszkodowanego, niemającą związku z naruszeniem jego dóbr osobistych. Szkoda tego rodzaju najczęściej polega na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy bądź też naruszeniu wyodrębnionego prawa majątkowego¹⁰.

Czwarty podział dotyczy sposobu oddziaływania danej szkody na poszkodowanego, tym samym można mówić o **szkodzie bezpośredniej** wyznaczonej przy zastosowaniu kryterium *causa proxima*, co oznacza, że stanowi ona bezpośrednie następstwa określonego zdarzenia, w tym również identyfikowana jest z uszczerbkiem jakiego doznaje dobro dotknięte zdarzeniem szkodzącym, oraz o **szkodzie pośredniej** dotyczącej pozostałych dóbr i interesów poszkodowanego¹¹.

Ostatni zaś podział dokonany został ze względu na rodzaj występującego interesu umownego pomiędzy sprawcą a poszkodowanym danej szkody. Wymienia się tutaj **szkodę powstałą w ramach ujemnego interesu umownego**, która wynika z niedojścia umowy do skutku (termin ten oznacza szkodę powstałą w następstwie tego, że poszkodowany w celu zawarcia umowy podjął określone działania

7 Tamże, s. 367.

8 Tamże.

9 L. Nowakowski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2004, s. 32.

10 Tamże.

11 M. Serwach, *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC...*, s. 368.

zmierzające do jej powstania, ale umowa nie została zawarta z przyczyn obciążających drugą stronę) oraz **szkodę w ramach pozytywnego interesu umownego** będącą następstwem niewykonania zawartej uprzednio umowy¹².

Dodatkowo można podzielić szkody ze względu na to jakie składniki szkody podlegają naprawieniu. Tym samym wyodrębnić można tzw. **szkodę *damnum emergens*** (tj. szkodę rzeczywiście poniesioną) – polegającą na zmniejszeniu majątku poszkodowanego wskutek zdarzenia, z którym związana jest odpowiedzialność innego podmiotu oraz tzw. **szkodę *lucrum cessans*** (utożsamianą z utraconymi korzyściami) – polegającą na tym, że majątek poszkodowanego nie zwiększył się na skutek wyrządzenia szkody, co oznacza, że utrata obejmuje korzyści jakich poszkodowany mógł się spodziewać, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Szkada w tej postaci musi być przez poszkodowanego wykazana z tak dużym prawdopodobieństwem, że w świetle doświadczenia życiowego uzasadnia przypuszczenie, że utrata spodziewanych korzyści rzeczywiście wystąpiła¹³.

W przypadku szkód, do których dochodzi na pacjentach, w piśmiennictwie polskim jak i w orzeczeniach sądowych wyróżniono szczególny rodzaj szkody, jakim jest **szkoda medyczna**. Pojęcie to rozumiane jest jako szkoda wyrządzona na osobach (pacjentach), która stanowić może każdy niepomyślny wynik leczenia (lub zaniechania leczenia), który prowadzi bezpośrednio lub pośrednio do pomniejszenia majątku poszkodowanego albo utraty przez niego korzyści¹⁴. Taka szkoda może być wyrządzona pacjentowi lub w wyniku jego śmierci osobom pośrednio poszkodowanym (np. małżonkowi, dzieciom) oraz dziecku nienarodzonemu przez samego lekarza oraz/lub personel medyczny. Ponadto szkoda może być wywołana przez zaniedbania organizacyjne szpitala czy fakt posługiwania się niesprawnym sprzętem medycznym lub dopuszczenie do zakażenia pacjenta chorobą zakaźną poprzez nieprzestrzeganie podstawowych zasad aseptyki.

A zatem szkodą medyczną określa się szkody na osobie, które związane są z wystąpieniem szkody majątkowej (rozumianej jako uszczerbek w dobrach i interesach mających wartość majątkową, dającą się oszacować w pieniądzu) oraz szkody niemajątkowej, która wyraża się w odczuwaniu bólu i cierpienia przez poszkodowanego (często utożsamianej z pojęciem krzywdy)¹⁵.

Aby przybliżyć rodzaje konkretnych szkód medycznych do jakich może dojść na pacjencie, przytoczmy kilka przykładów wymienionych przez M. Nesterowicza¹⁶, który do szkód majątkowych na osobie zalicza:

12 Tamże.

13 Tamże, s. 366; A. Cudna-Wagner, *Odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczyciela*, Kodeks, Warszawa 2002, s. 37.

14 S. Krześ, *Odpowiedzialność cywilna lekarza*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 34.

15 A. Rososzczuk, *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego za szkody spowodowane niewłaściwym postępowaniem medycznym lekarza pozostającego w stosunku pracy z tym podmiotem*, „Rocznik Nauk Prawniczych” 2013, nr 23(4), s. 50–51.

16 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 11, Dom Organizatora, Toruń 2016, s. 93.

- ponoszenie kosztów leczenia i innych uzasadnionych wydatków wynikających z uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, spowodowania trwałego kalectwa;
- straty wynikłe z: całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, ze zwiększenia się potrzeb poszkodowanego lub zmniejszenia jego widoków powodzenia w przyszłości;
- ponoszenie kosztów związanych z koniecznością przygotowania do innego zawodu;
- utratę dochodów, których na skutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowany nie mógł osiągnąć;
- straty, które wskutek śmierci poszkodowanego ponoszą osoby trzecie, takie jak: koszty pogrzebu, uszczerbek majątkowy wynikły z utraty środków utrzymania, pogorszenie się sytuacji życiowej.

Poza wymienionymi M. Nesterowicz dodaje, że szkoda może być wynikiem wadliwego leczenia lub leczenia nawet zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, lecz przeprowadzonego bez zgody pacjenta lub z przekroczeniem zakresu zgody. Natomiast za przykłady szkód niemajątkowych podaje m.in.¹⁷:

- dokonanie zabiegu operacyjnego bez zgody pacjenta na uszkodzonym organizmie;
- pozostawienie ciała obcego w organizmie pacjenta, a w konsekwencji rozstrój zdrowia,

w wyniku których pacjent doznał krzywdy w postaci cierpień fizycznych i moralnych powstałych na skutek przeprowadzenia wadliwego zabiegu, lub też zabiegu wykonanego pomyślnie, lecz bez zgody pacjenta.

W literaturze przedmiotu można spotkać się również z podziałem szkód medycznych wynikającym z rodzaju zdarzenia powodującego szkodę. Podział taki prezentuje w szczególności M. Boratyńska, która wyróżnia szkody wynikające z błędów (zawinionych lub niezawinionych) oraz takie, które nie wynikają z błędów. Z punktu widzenia możliwości dochodzenia odpowiedzialności za powstanie szkody uznaje się, że tylko szkody wynikające z błędów zawinionych podlegają obowiązkowi naprawienia, co oznacza, że tylko ujemne następstwa błędów zawinionych mogą być uznane za przestępstwa podlegające karze¹⁸.

Tym samym należy wyjaśnić, jak należy rozumieć pojęcie błędu, który determinuje powstanie szkody medycznej.

17 Tamże, s. 94.

18 M. Boratyńska, *Błąd w sztuce medycznej jako podstawa odpowiedzialności*, „Poradnik Stomatologiczny” 2010, nr 4, s. 149.

3.2. Pojęcie błędu medycznego

Rodzaje i klasyfikacje

Jak podano w poprzednim punkcie, wśród szkód medycznych występują takie, które wynikają z błędu. Błąd ten, ze względu na to, że związany jest z działalnością medyczną, powszechnie nazywany jest „błędem medycznym”. Stanowi on jedną z najczęściej wskazywanych przyczyn powstawania szkód na pacjencie w postaci utraty jego zdrowia lub życia.

Samo jednak wystąpienie tego błędu, jak podaje M. Nesterowicz, nie przesądza o przyjęciu odpowiedzialności. W pierwszej bowiem kolejności należy ustalić, czy lekarz wykonywał swoje obowiązki z tzw. należyłą starannością, a następnie określić subiektywny element winy¹⁹.

Pojęcie „należyta staranność” zostało zdefiniowane w art. 355 §1 k.c., który stanowi, że „dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność)”. Jak podaje R. Patryn, oznacza to, że staranność można wytłumaczyć pewnym modelem postępowania lub wykonywania pracy zarówno w rozumowaniu obiektywnym utożsamianym z przestrzeganiem i stosowaniem się do pewnych ściśle określonych reguł i zasad postępowania, które są najczęściej sformalizowane i precyzyjnie określone, jak i rozumieniu subiektywnym polegającym na osobistym zaangażowaniu się w wykonywanie danej czynności²⁰. W praktyce odnosi się przede wszystkim do pewnego wzorca, który jest budowany według kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Do wyznaczenia wspomnianego właściwego poziomu fachowości stosuje się tzw. wskaźnik kwalifikacji (specjalizację, stopień naukowy), zdobyte doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia²¹.

Obok wyżej wymienionego aktu znaleźć można również szereg innych przepisów prawnych traktujących o staranności, która używana jest w różnych kontekstach takich jak wymóg sumiennego, uważnego czy też troskliwego zajmowania się pacjentem²². Przykładem może być art. 4 u.z.l.l.d., który stanowi, że „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyłą starannością” oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej (k.e.l.)²³ art. 8, który stanowi, że „lekarz powinien

19 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 236–237.

20 R. Patryn, *Określenie zasady postępowania lekarza z należyłą starannością z płaszczyzny orzecznictwa sądowego*, „Prawo i Medycyna” 2012, vol. 2(14), s. 81.

21 Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09.

22 J. Trnka, J. Drobnik, R. Susło, A. Steciwo, *Staranność i rzetelność a lekkomyślność w pracy lekarza rodzinnego*, „Przewodnik Lekarza” 2008, nr 1, s. 266.

23 *Kodeks Etyki Lekarskiej, przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r.*, „Biuletyn NRL” 2004, nr 1(84).

przeprowadzać wszelkie postępowania diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.

Dla wyjaśnienia należy dodać, że w prawodawstwie polskim wszelkie działania lekarza, który nie zachował wspomnianej należytej staranności traktowane są jako niedbalstwo²⁴ lub lekkomyślność (czyli z formą winy nieumyślnej, jeśli uchybieniu towarzyszyło niewłaściwe nastawienie subiektywne w postaci lekceważenia, nieuwagi czy też nieuzasadnionego pośpiechu²⁵), przy czym niedbalstwo traktowane jest jako znacznie poważniejsze naruszenie prawa niż lekkomyślność²⁶.

Pojęcie błędu medycznego w ostatnich dziesięcioleciach było przedmiotem wielu dyskusji oraz badań toczonych w różnych zainteresowanych środowiskach lekarzy, prawników, poszkodowanych pacjentów oraz wśród wszystkich tych, którzy komentują i oceniają zdarzenia jakie występują w wyniku prowadzenia procedur leczniczych. Pomimo tego pojęcie to nie doczekało się swojej legalnej definicji, za to wraz z upływem czasu zaczęto je zastępować innymi, o szerszym znaczeniu pojęciami. Doszło zatem do swoistej ewolucji pojęcia, która wywołana została m.in. zmianami jakie zachodziły w systemach opieki zdrowotnej oraz szybkim postępem technologicznym, jaki dokonał się w medycynie, przez co rozszerzył się krąg odpowiedzialnych za wystąpienie błędu.

Jednym z najstarszych odpowiedników pojęcia błędu medycznego jest termin „błąd w sztuce lekarskiej”, w którym podkreślano fakt zdobycia pewnych umiejętności, kunsztu, mistrzostwa w danej dziedzinie. Jednak zdaniem części autorów określenie to zbyt mocno kojarzyło się ze sztuką artystyczną²⁷, tym samym aby uniknąć nieporozumień zaczęto stosować pojęcie „błąd lekarski”. Z biegiem czasu również i ten termin dość szybko stracił uznanie części badaczy, ponieważ zauważono, że wiąże się ono tylko z działalnością lekarza, a jak podaje Z. Marek, współcześnie praca lekarzy opiera się na pracy zespołowej, nierzadko powiązanej ze współpracą z przedstawicielami innych zawodów²⁸. Dlatego uznał on, że bardziej zasadnym jest stosowanie pojęcia „błąd medyczny” jako lepiej odpowiadającego realiom.

Istotne znaczenie ma również kontekst w jakim jest używane pojęcie „błąd medyczny”. Z punktu widzenia medyka sądowego i prawnika ma ono znaczenie w sensie zdarzenia wynikającego z nieprawidłowego postępowania, rodzącego określone skutki prawne w postaci m.in. przypisania winy. Z punktu widzenia zaś badań nad sposobami ograniczania występowania błędów większe znaczenie ma stosowanie pojęcia „zdarzenia niepożądanego”, które jest pojęciem znacznie

24 Za: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 99, **Niedbalstwo** polega na niedołożeniu wysokiej miary wiedzy i staranności.

25 M. Boratyńska, *Błąd w sztuce medycznej...*, s. 149.

26 J. Trnka, J. Drobnik, R. Susło, A. Steciwo, *Staranność i rzetelność a lekkomyślność...*, s. 266.

27 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1998, s. 24.

28 Z. Marek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001, s. 235.

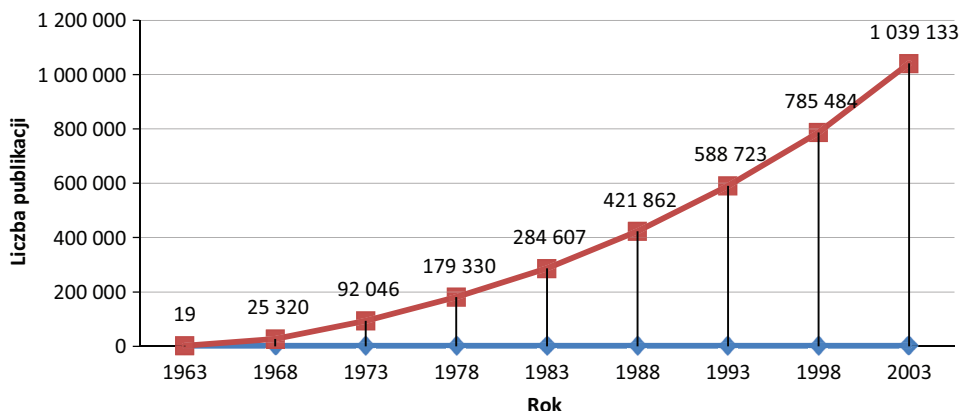
szerszym i neutralnym, niepowodującym konfliktów pomiędzy lekarzami. Uznano bowiem, że pojęcie „błąd medyczny” jest nacechowane negatywnie, budzi wśród lekarzy niechęć i obawy, natomiast wśród pacjentów wzmaga poczucie doznanej krzywdy oraz wpływa na ich nastawienie roszczeniowe i rodzi konflikt²⁹.

Jak można zauważyć, pojęcie „błędu medycznego” rozwijało się przez wiele lat, a nawet, jak udowodnił Z. Marek³⁰, przez wiele wieków. Tym samym literatura bogata jest w prace dotyczące tej tematyki. Za największy jej rozwój uznać należy drugą połowę XX w., w którym to doszło do szybkiego rozwoju medycyny i technologii medycznej. Skutkiem zaistniałych przemian w systemach opieki zdrowotnej był znaczny wzrost zainteresowania tą tematyką zarówno z punktu widzenia dochodzenia przez poszkodowanych pacjentów swoich praw, jak i tworzenia systemów ograniczających występowanie tych błędów.

Skala zjawiska powstawania coraz to większej ilości publikacji widoczna jest w pracy hiszpańskich badaczy, którzy postanowili zmierzyć liczbę publikowanych prac na temat błędów medycznych (rysunek 20). Poszukiwania rozpoczęli od platformy MEDLINE oraz raportów różnych agencji państwowych, używając zapytań w językach hiszpańskim, angielskim i francuskim. Okres, jaki przebadano, dotyczył lat 1950–2003, a słowami kluczowymi były takie pojęcia, jak: „błąd medyczny”, „zdarzenie niepożądane” czy „choroba jatrogenna”³¹. W rezultacie otrzymano ponad milion rezultatów w samym 2003 r., co stanowiło niemalże dwukrotny wzrost liczby powstających prac w stosunku do poprzedniej dekady³².

Tak duża liczba powstających publikacji musiała wpłynąć na liczbę tworzonych definicji pojęcia błędu medycznego, które w swej złożoności nie zawsze są jednoznaczne. Nie sposób oczywiście przytoczyć wszystkie stworzone podejścia, jednak dla pokazania różnorodności przedstawiono przykładowy katalog definicji, które dostępne są zarówno w opracowaniach międzynarodowych, jak i polskich (tabela 15).

- 29 T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, *Zdarzenia niepożądane a błąd medyczny*, [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki (red.), *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Komitet Ergonomii przy Prezydium PAN, Kraków 2010, s. 144.
- 30 Z. Marek, *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007, s. 13–20.
- 31 Pojęcie **choroba jatrogenna** jest definiowane jako zdarzenie możliwe, pożądane lub nie, o którym lekarz wie, że może zajść. Jest to sytuacja, w której lekarz, stosując np. dany lek lub działania medyczne, ma świadomość możliwości wystąpienia negatywnych skutków. Przykładem takiej sytuacji są działania niepożądane leków, które mogą ujawnić się w trakcie leczenia. Por. V. Cerecedo Cortina, *Iatrogenia y error médico*, „Revista Médica del Hospital General de México” 1997, vol. 60(2), s. 75–83; J.M. Aranaz, C. Aibar, M.T. Gea, M.T. Leon, *Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica*, „Medicina Clínica” 2004, vol. 123(1), s. 21–25.
- 32 D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia niepożądanego i choroby jatrogennej – rozważania terminologiczne*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2013, nr 296, s. 66.



Rysunek 20. Liczba publikacji znalezionych w systemie MEDLINE dotyczących zdarzeń niepożądanych, błędów medycznych i chorób jatrogennych

Źródło: J.M. Aranaz, C. Aibar, M.T. Gea, M.T. Leon, *Efectos adversos en la asistencia...*, s. 21–25.

Tabela 15. Przykładowe definicje błędu medycznego występujące w literaturze międzynarodowej

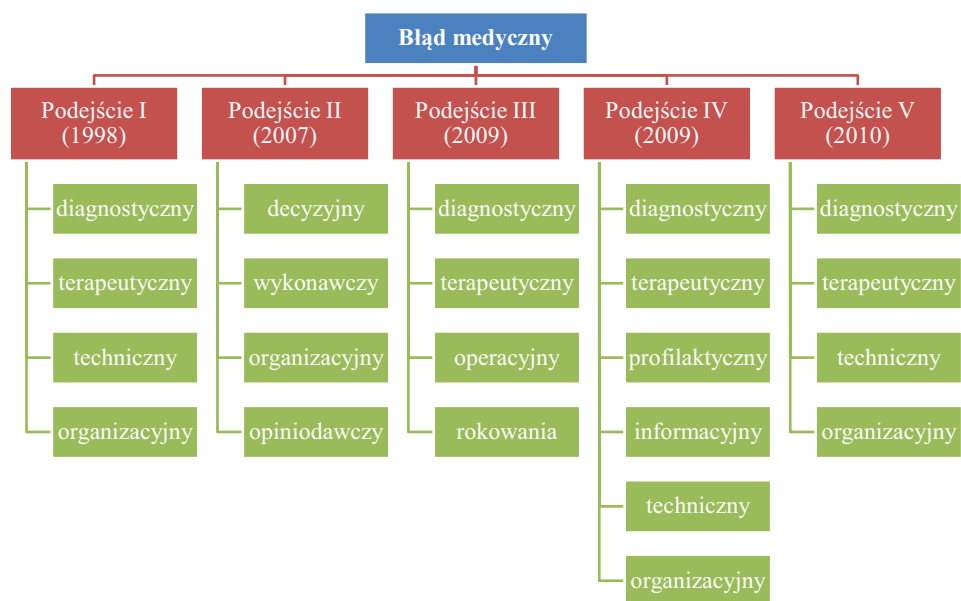
Badanie	Definicje błędu medycznego stosowane w literaturze międzynarodowej
Bhasale	Niezamierzone działanie, które mogło spowodować lub spowodowało szkodę na pacjencie.
Ely	Działanie lub zaniechanie, za które był odpowiedzialny lekarz, który doprowadził do poważnych konsekwencji dla pacjenta.
Dovey	Działania w praktyce lekarskiej, które nie powinny się zdarzyć, których nie można było przewidzieć, i które skłaniają do użycia stwierdzenia: „nie chcę, by do tego jeszcze raz doszło”.
Fischer	Zdarzenia, które powodują szkody fizyczne, psychiczne (emocjonalne) oraz finansowe na pacjencie.
Badanie	Definicje błędu medycznego stosowane w literaturze polskiej
Wachholz	Błąd jest to nierozumne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego dokonane przez lekarza lub inną osobę do leczniczej działalności upoważnioną, a to wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania. (...) Błąd może być tylko wtedy uznany za karygodny, jeżeli był widoczny, jeżeli go można było uniknąć, przez zastosowanie zwykłych a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności i jeżeli był wynikiem należytego namysłu lekarza, nie zaś działania porywczego wywołanego nagłością przypadku.
Popielski	Błąd jest to postępowanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej, w szkodliwym dla chorego działaniu lub zaniechaniu, którego można było uniknąć, stosując się do zasad odpowiadających stanowi wiedzy lekarskiej.
Liszewska	Błędem w sztuce lekarskiej nazywamy takie postępowanie lekarza, które narusza wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej obowiązujące w konkretnym wypadku reguły postępowania zawodowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie N.C. Elder, S.M. Dovey, *Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature*, „The Journal of Family Practice”, 2002, vol. 51(11), s. 927–932; D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2012, nr 274, s. 58.

Biorąc pod uwagę występowanie tak dużych rozbieżności definicyjnych, na gruncie prawa polskiego nie mogła powstać legalna definicja tego pojęcia, dlatego też obecnie jest ona kształtowana głównie przez orzecznictwo sądowe, które w ostatnich latach definiuje to pojęcie jako: czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym³³.

Dodatkowo, jak zasygnalizował Z. Marek, istnieją duże różnice w rozumieniu omawianego pojęcia, w przypadku pacjentów i samych lekarzy. Jak podaje, najczęściej mianem „błąd medyczny” pacjenci określają „każdy wynik leczenia, który nie spełnił oczekiwań chorego”, natomiast lekarze często uznają, że takie podejście nie jest zasadne, gdyż za brak uzyskania w pełni dobrego wyniku leczniczego odpowiada „splot niekorzystnych okoliczności”³⁴.

Oprócz problemów definicyjnych dotyczących pojęcia „błąd medyczny” na uwagę zasługuje klasyfikacja tych błędów. Tu bowiem także następował szereg zmian. Ich przebieg w opracowaniach polskich został przedstawiony na rysunku 21. Jak można zauważyć, różnice te polegają przede wszystkim na stosowaniu odmiennego nazewnictwa poszczególnych rodzajów błędów, a także sposobu uszczegółowienia.



Rysunek 21. Wybrane klasyfikacje błędów medycznych występujące w literaturze polskiej

Źródło: opracowanie własne na podstawie dostępnej literatury podanej chronologicznie:

A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 153–198; Z. Marek, *Błąd medyczny – odpowiedzialność...*, s. 75–106; J. Witkowski, *Błąd lekarski: ryzyko popełnienia a kwestia obiektywizmu w orzekaniu*, „Prawo i Medycyna”, 2009, <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=163>; L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2009, nr 2(4), s. 289; A. Fiutak, *Klasyfikacja błędów medycznych*, „Medycyna Rodzinna” 2010, nr 2, s. 50–54.

33 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54.

34 Z. Marek, *Błąd medyczny – odpowiedzialność...*, s. 33.

Jak wynika z rysunku 21, najczęściej spotykaną w literaturze polskiej klasyfikacją błędów medycznych jest podział na błędy terapeutyczne, organizacyjne i diagnostyczne. Dodatkowo spotyka się jeszcze podział na błędy rokowania, informacyjne i techniczne.

Za najważniejszy z błędów medycznych uznaje się **błąd diagnozy**. Należy bowiem pamiętać, że bez trafnej diagnozy nie może być mowy o prawidłowej terapii czy też leczeniu pacjenta. Błąd diagnostyczny inaczej nazywany jest błędem decyzyjnym lub błędem w rozpoznaniu i polega on na postawieniu niewłaściwej diagnozy przez lekarza. Wyróżnić można co najmniej trzy rodzaje błędu diagnozy: *błąd pozytywny*, czyli taki, który nie wywołuje negatywnych skutków dla chorego, *błąd negatywny*, czyli taki, który może wywołać poważne szkody na pacjencie oraz *błąd mieszany*.

Przykładem pozytywnego błędu diagnozy będzie np. rozpoznanie choroby u zdrowej osoby – skutki bowiem takiego błędu mogą być niewielkie dla zdrowia pacjenta. W drugim zaś przypadku błąd polega na sytuacji odwrotnej, tzn. w momencie gdy pacjent jest chory, lekarz uznaje, że jest zdrowy. Trzeci rodzaj błędu dotyczy sytuacji, gdy pacjent jest chory na daną chorobę, a lekarz rozpoznaje inną³⁵.

Za specyficzny rodzaj błędu diagnostycznego uznaje się **błąd rokowania**, inaczej nazywany **błędem prognozy**. Jak podaje J. Witkowski³⁶, polega on na wadliwej ocenie całokształtu postępowania lekarza, a w szczególności wykazaniu związku, jaki powstaje pomiędzy wadliwym rokowaniem a takim zachowaniem, z powodu którego można by postawić lekarzowi zarzut. Przykładem takiego błędu jest stwierdzenie czasowej niezdolności do pracy, podczas gdy jest to niezdolność trwała.

Za źródła powstawania błędów diagnostycznych uznaje się m.in.³⁷:

- pobieżne, niestaranne zbadanie pacjenta;
- nieprzeprowadzenie specjalistycznych badań, niezbędnych do postawienia prawidłowej diagnozy, takich jak: badania radiologiczne, tomografia komputerowa, endoskopia itp.;
- złą interpretację wyników badań;
- zaniechanie zebrania prawidłowego wywiadu poprzez np. niezebranie wszystkich informacji o stanie zdrowia pacjenta, stawianie diagnozy bez osobistego kontaktu z pacjentem itp.;
- nadmierną pewność siebie i nieumiejętność korygowania konkluzji wysnutych z poszczególnych danych uzyskanych w badaniach specjalistycznych oraz korygowania pierwszego rozpoznania w miarę uzyskiwania dalszych danych.

Błąd terapeutyczny inaczej nazywany jest błędem wykonawczym. Zachodzi, gdy zostaje wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego

35 A. Fiutak, *Klasyfikacja błędów medycznych...*, s. 51.

36 J. Witkowski, *Błąd lekarski: ryzyko...*

37 G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991, s. 180; A. Fiutak, *Klasyfikacja błędów medycznych...*, s. 51.

metoda lub sposób leczenia. Błąd ten może stanowić kontynuację błędu diagnostycznego, lub też mieć charakter samoistny, polegający na tym, że diagnoza została postawiona prawidłowo, ale lekarz podjął niewłaściwe decyzje terapeutyczne³⁸. Uznaje się także, że najczęściej do błędów terapeutycznych dochodzi podczas wykonywania operacji³⁹. Przykładami błędów terapeutycznych mogą być m.in.⁴⁰:

- zlecenie nieodpowiedniego leku;
- niepouczenie o stosowaniu danego leku;
- niewłaściwa dawka leku;
- nieskierowanie pacjenta do szpitala pomimo istnienia wskazań;
- przeprowadzenie bezpodstawnego zabiegu z punktu widzenia medycyny;
- nienależyte wykonanie zabiegu operacyjnego;
- poszerzenie pola operacyjnego bez potrzeby.

Błąd profilaktyki występuje, gdy naruszenie reguł wiedzy i dobrej praktyki lekarskiej zostanie popełnione w związku z działalnością profilaktyczną⁴¹.

Błąd informacyjny występuje, gdy przekazanie pacjentowi informacji jest nieprawidłowe (tzn. niezgodne z aktualną wiedzą) lub gdy informacja nie została przekazana, a lekarz powinien ją przekazać. Pacjent przed podjęciem decyzji o wyrażeniu zgody na zabieg leczniczy musi uzyskać od lekarza informacje o charakterze danego zabiegu, możliwych powikłaniach, stopniu ryzyka zabiegowego, możliwości alternatywnego sposobu leczenia. Brak takiej informacji może skutkować podjęciem błędnej, nieważnej prawnie decyzji⁴².

Błąd techniczny jest to niewłaściwe pod względem technicznym wykonanie czynności leczniczej. Najczęściej błąd ten jest popełniany podczas skomplikowanych operacji/zabiegów wymagających zastosowania określonych urządzeń technicznych⁴³ lub może przejawiać się np. w podaniu innego leku, zamiast tego, który był przepisany i zamierzony w ramach działalności leczniczej⁴⁴.

Błąd organizacyjny występuje, gdy poważny uszczerbek na dobrach pacjenta powstał nie na skutek wadliwego przeprowadzenia procesu leczenia, lecz w związku ze złą organizacją pracy lekarzy i personelu medycznego, np. ordynatorów, kierowników zespołów operacyjnych, szefów pracowni diagnostycznych czy laboratoriów, osób kierujących jednostkami szpitalnymi, wielospecjalistycznymi przychodniami, a także kierowników wojewódzkich wydziałów zdrowia czy

38 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 219.

39 K. Bączek-Rozwadowska, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3, s. 39.

40 A. Fiutak, *Klasyfikacja błędów medycznych...*, s. 53.

41 L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny...*, s. 289.

42 J. Drobnik, J. Trnka, R. Susto, A. Steciwo, *Nowa kategoria błędu medycznego – błąd informacyjny*, „Medicine and Primary Care Review” 2009, nr 3(11), s. 593.

43 A. Fiutak, *Klasyfikacja błędów medycznych...*, s. 53.

44 L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny...*, s. 289.

kierowników resortów⁴⁵. Oznacza to, że winę za błąd organizacyjny można przypisać zarówno konkretnemu lekarzowi, jak i podmiotowi leczniczemu. W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się następujące przesłanki odpowiedzialności za ten rodzaj błędu⁴⁶:

- nieuzasadnioną odmowę przyjęcia pacjenta do szpitala;
- skutki, jakie może wywołać niezbadanie chorego po przyjęciu do szpitala;
- brak w szpitalu odpowiedniej liczby wymaganych dla jego działania doświadczonych lekarzy i specjalistów, co naraża chorego na pogorszenie stanu zdrowia albo śmierć;
- zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym podczas jego pobytu w szpitalu;
- zwłokę w udzielaniu pomocy lekarskiej, w wypadku gdy pomoc lekarska tylko wówczas mogła być skuteczna, gdyby natychmiast została udzielona;
- szkody powstałe w wyniku posługiwania się wadliwymi przyrządami lub urządzeniami;
- wadliwość identyfikacji pacjenta i dokonanie zabiegu na innym chorym lub omyłkowe dokonanie innego zabiegu;
- ograniczenie lekarzy w wyborze środków lekarskich lub technicznych;
- złe warunki leczenia i sanitarne szpitala, wadliwe rozmieszczenie chorych, uchybienia w zakresie organizacji leczenia, dokonywanie opatrunków niezgodnie z zasadami aseptyki;
- zakażenia szpitalne⁴⁷;
- wadliwą organizację przechowywania leków i środków toksycznych silnie trujących, jeżeli stało się to przyczyną wyrządzenia pacjentowi szkody.

Obok klasyfikacji występujących w literaturze polskiej, przedstawmy również przykład podziału błędów pojawiającego się w literaturze międzynarodowej. Podział ten zaprezentowano na rysunku 22. Jak można zauważyć, nie odbiega on znacznie od propozycji polskich, jednak wyodrębnia nową kategorię błędów, tzw. **błędy lekowe**. Do niedawna stanowiły one punkt wspólny z błędami administracyjnymi (organizacyjnymi), jednakże ze względu na dużą częstość ich występowania oraz szeroki zakres odpowiedzialnych osób za zarządzanie lekami postanowiono potraktować je jako oddzielną kategorię⁴⁸.

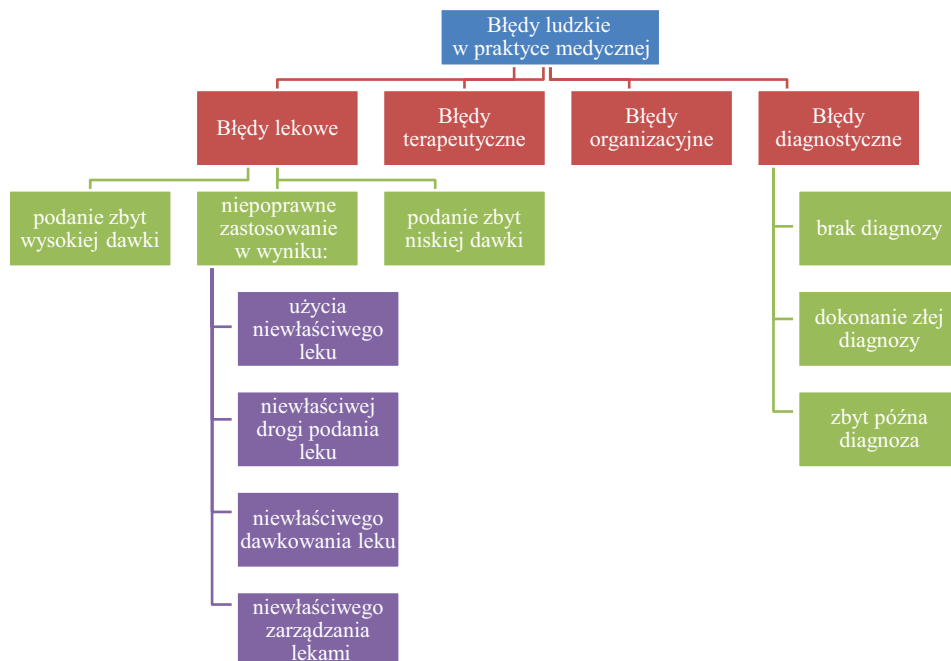
45 Z. Marek, *Błąd medyczny – odpowiedzialność...*, s. 91.

46 L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny...*, s. 291.

47 Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2016, poz. 1866) art. 2 pkt 33 **zakażeniem szpitalnym** nazywa się zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:

- a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania, albo
- b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

48 D. Kopec, M. Kabir, D. Reinharth, O. Rothschild, J. Castiglione, *Human errors in medical practice: systematic classification and reduction with automated information system*, „Journal of Medical Systems” 2003, nr 27(4), s. 302.



Rysunek 22. Klasyfikacja błędów medycznych

Źródło: D. Kopec, M. Kabir, D. Reinharth, O. Rothschild, J. Castiglione, *Human Errors in Medical...*, s. 302.

Do błędów lekowych może dojść w trojaki sposób⁴⁹:

- 1) przez podanie zbyt niskiej dawki leku,
- 2) przez podanie zbyt wysokiej dawki leku,
- 3) przez niepoprawne zastosowanie, tj.:
 - a) użycie niewłaściwego leku;
 - b) wybranie niewłaściwej drogi podania leku: np. zamiast dożylnie – doustnie;
 - c) podanie leku w niewłaściwej dawce niedostosowanej do wieku pacjenta;
 - d) niepoprawne administrowanie lekiem objawiające się tym, że pacjentowi zostaje podany lek, na który jest uczulony, pomimo wcześniejszego powiadomienia o uczuleniu.

49 Tamże, s. 303–304.

3.3. Pojęcie zdarzenia niepożądanego i zdarzenia medycznego

Za pojęcie dużo szersze w swym znaczeniu od pojęcia „błąd medyczny”, uznaje się termin „zdarzenie niepożądane” (*adverse event*). Przyjmuje się bowiem, że jego zakresem obejmuje się wszystkie te przypadki, których skutek nie był zgodny z oczekiwaniami lub spodziewanym rezultatem, niezależnie od przyczyn. Natomiast błąd medyczny jest identyfikowany z zejściem zdarzenia niepożądanego wynikającego z nieprawidłowego postępowania (konkretna przyczyna), które rodzi określone konsekwencje prawne i daje możliwość przypisania winy. A zatem, jak podają T. Jurek, B. Świątek i W. Golema, zdarzenie niepożądane może wynikać z⁵⁰: błędu medycznego; realizacji ryzyka leczniczego lub diagnostycznego przy prawidłowym postępowaniu medycznym; możliwych do wystąpienia powikłań; niepowodzenia leczniczego; innych zdarzeń wynikających z czynników zewnętrznych, losowych niezależnych od procesu udzielania świadczeń zdrowotnych a naruszających bezpieczeństwo pacjenta.

Pojęcie zdarzenia niepożądanego zostało stworzone przede wszystkim na potrzeby budowania systemów rejestracji, zgłaszania i raportowania zaistniałych zdarzeń w szczególności w placówkach medycznych w celu eliminacji przyczyn ich występowania oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów⁵¹. Systemy te opierają się na założeniu, że poprawa bezpieczeństwa jest najskuteczniejsza, gdy polega na uczeniu się i wnioskowaniu z zaistniałych zdarzeń niepożądanych i błędów⁵².

Podobnie jak pojęcie „błędu medycznego”, pojęcie „zdarzenia niepożądanego” nie doczekało się swojej legalnej definicji. Obecnie jest ono kształtowane głównie przez lekarzy i administrację zajmującą się problematyką tworzenia systemów raportowania. Ze względu również na to, że rozwój tych systemów w Polsce jest bardzo niewielki, przyjmowane definicje opierają się głównie na doświadczeniach zagranicznych. Przytoczmy zatem kilka najczęściej pojawiających się w literaturze przedmiotu definicji zdarzenia niepożądanego.

Za jedno z pionierskich podejść uznaje się powstanie raportu *To Err is Human* stworzonego przez The Institute of Medicine⁵³. W raporcie tym przez zdarzenie niepożądane rozumie się wszelkiego rodzaju działania, które powodują urazy takie jak: zgon, zagrażające życiu choroby, niepełnosprawność, przedłużenie pobytu

50 T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, *Zdarzenia niepożądane a błąd...*, s. 145.

51 P. Gajewski, M. Bała, *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, 8.11.2012, <http://www.mp.pl/artykuly/76459> (data dostępu: 23.02.2015).

52 S. Ostrowski, M. Mikos, *System raportowania zdarzeń niepożądanych – model lubelski*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2007, nr 5, s. 60.

53 J. Corrigan, M. Donaldson, L. Kohn, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academies Press, Washington 2000.

w szpitalu itp., wynikające z medycznych interwencji, które wpływają na wystąpienie szkody u pacjenta.

Nieco inne podejście, również dość często przytaczane przez literaturę, to utożsamianie zdarzenia niepożądanego z sytuacją, w której pacjent doznaje szkody nieumyślnej w wyniku interwencji medycznej niewynikającej z wcześniej występującej choroby⁵⁴. Oznacza to, że szkoda powstała w wyniku świadczenia usługi medycznej może być niezwiązana z komplikacjami wynikającymi z wcześniej występującej choroby. Zdarzenie to dotyczy zatem wszystkich rodzajów świadczeń zarówno diagnostycznych i terapeutycznych wraz z systemami i urządzeniami wykorzystywanymi w celu osiągnięcia oczekiwanego leczenia.

Można wnioskować, że na tej definicji opierano się przy tworzeniu systemu zdarzeń niepożądanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie. Przyjęto tam, że zdarzeniem niepożądanym będzie każde działanie lub wypadek powstały w trakcie diagnostyki i/lub leczenia pacjenta mogący wywołać niekorzystne skutki dla pacjenta⁵⁵.

Jeszcze inną definicję zdarzenia niepożądanego zaproponowano w tzw. Programie Akredytacji Szpitali, który przedstawia zestaw standardów, jakie powinna spełniać placówka medyczna. Przyjmuje on, że jest to szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia⁵⁶. Przykładami zatem zdarzeń niepożądanych w rozumieniu tej definicji są m.in.:

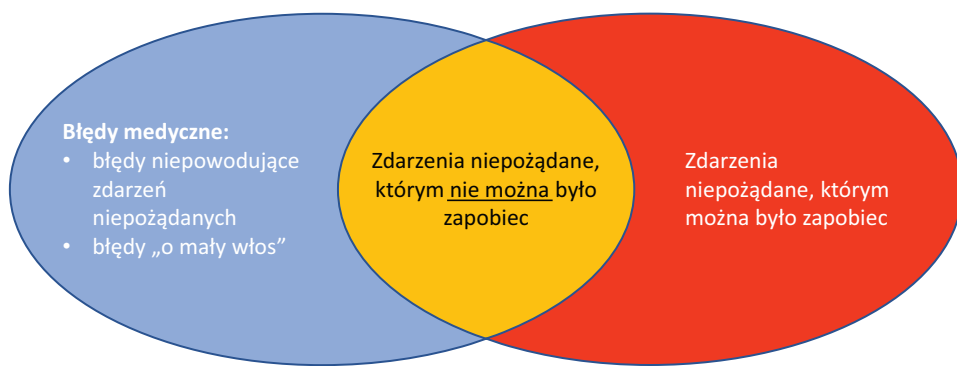
- ciało obce pozostawione w polu operacyjnym;
- niewłaściwy pacjent/miejsce/strona operowana/niewłaściwa procedura operacyjna;
- uszkodzenia ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego;
- sepsa po zabiegu operacyjnym;
- samobójstwo w szpitalu;
- niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania);
- upadki w szpitalu;
- nieterminowe dostarczenie opieki;
- nieplanowane, powtórne hospitalizacje;
- samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.

54 S. Luengas Amaya, *Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos*, „Centro de Gestión Hospitalaria, Via Salud” 2009, vol. 48, s. 6–21.

55 S. Ostrowski, M. Mikos, *System raportowania zdarzeń...*, s. 60.

56 E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski, *Program Akredytacji Szpitali – zestaw standardów*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009, s. 110. **Program Akredytacji Szpitali** – jest to zestaw standardów, które powinna spełniać placówka medyczna, chcąc otrzymać certyfikat akredytacji. W tym celu placówka musi się poddać zewnętrznemu audytowi, obejmującemu całą jej organizację. Certyfikat ten stanowi potwierdzenie spełnienia przez placówkę szpitalną standardów akredytacyjnych w zakresie udzielanych świadczeń medycznych.

Jak już wspomniano, wyodrębnienie definicji zdarzenia niepożądanego miało na celu przede wszystkim umożliwienie stworzenia odpowiedniego systemu raportowania, który mógłby pozwolić na regularną ocenę bezpieczeństwa pacjentów i wyciąganie z niej wniosków. Stąd też, aby wpłynąć na zwiększenie efektywności analiz raportowanych zdarzeń, w literaturze przedmiotu dokonano ich podziału ze względu na istnienie możliwości ich zapobieżenia. Tym samym wyróżniono zdarzenia niepożądane, którym można było zapobiec (*a preventable adverse events*) oraz zdarzenia niepożądane, którym nie można było zapobiec (*an unpreventable adverse events*)⁵⁷. Relacje zachodzące pomiędzy tymi pojęciami przedstawiono na rysunku 23.



Rysunek 23. Relacja pomiędzy błędem medycznym a zdarzeniem niepożądanym, któremu można było zapobiec i zdarzeniem, któremu nie można było zapobiec

Źródło: opracowanie własne na podstawie M.R. Miller, Robinson K.A., L.H. Lubomski, M.L. Rinke, P.J. Pronovos, *Medication errors in paediatric care: A systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*, „Quality and Safety in Health Care” 2007, vol. 16(2), s. 116–126; S. Luengas Amaya, *Seguridad del paciente...*, s. 10.

A zatem szczególną kategorią zdarzeń niepożądanych podlegającą raportowaniu są zdarzenia niepożądane, którym można było zapobiec. Mogą one wynikać z zajścia błędu medycznego lub też nie. Istotą ich analizy jest to, aby poprzez badania naukowe móc je w dużym stopniu ograniczać lub całkowicie wyeliminowywać. Zdarzenia niepożądane, którym nie można było zapobiec, to takie, wobec których stan obecnej wiedzy medycznej nie ma wpływu na proces leczenia. W przypadku zaś błędów medycznych niepowodujących zdarzenia niepożądanego nie stosuje się żadnych form ich rejestracji. Są to błędy, które nie wywołują niepożądanych skutków na pacjencie, a pomimo ich zajścia osiąga się oczekiwany rezultat leczniczy. Obok błędów niepowodujących zdarzenia niepożądanego wyróżnia się także tzw. błędy „o mały włos” (*near miss*), które związane są z sytuacją, w której

57 D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego...*, s. 57.

dochodzi do błędu, jednakże podjęte odpowiednio szybko działania powodują, że do szkody nie dochodzi⁵⁸.

Istnieją również podejścia, które ograniczają zdarzenia niepożądane tylko do sytuacji, które wywołały konkretne skutki w postaci szkód, do których doszło na osobie otrzymującej świadczenia opieki zdrowotnej, w wyniku działania których nastąpiła m.in. wydłużona hospitalizacja pacjenta, jego niepełnosprawność lub śmierć⁵⁹.

W odróżnieniu od przedstawionych wyżej pojęć „zdarzenia niepożądanego” i „błędu medycznego”, pojęcie „zdarzenia medycznego” doczekało się swojej legalnej definicji. Zostało ono zastosowane przez ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w brzmieniu uwzględniającym nowelizację ww. ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i RPP oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. W myśl jej art. 67a ust. 1 „**zdarzeniem medycznym**” nazywamy zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;
- 2) leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego;
- 3) zastosowaniem produktu leczniczego⁶⁰ lub wyrobu medycznego⁶¹.

Na mocy zaś art. 67a ust. 2, przepis ten stosuje się tylko do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu, wykluczając tym samym takie podmioty lecznicze, jak przychodnie, ambulatoria, pogotowie ratunkowe itp.

58 S. Luengas Amaya, *Seguridad del paciente...*, s. 11.

59 K. Hauck, X. Zhao, J. Terri, *Adverse event rates as measures of hospital performance*, „Health Policy” 2012, vol. 104, s. 146–154.

60 **Produkt leczniczy** – zgodnie z definicją prezentowaną w art. 2 pkt 32 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. 2016, poz. 2142 – jest to substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania i leczenia chorób występujących u ludzi czy zwierząt, podawana w celu postawienia diagnozy albo przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne.

61 **Wyrób medyczny** – zgodnie z definicją prezentowaną w art. 2 ust. 1 pkt. 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. 2021, poz. 1565 – jest to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę, do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu: (a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby; (b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia; (c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego; (d) regulacji poczęć, który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami.

3.4. Rodzaje odpowiedzialności

Prawo nakłada na szpitale i lekarzy (jako podmioty zabiegów medycznych) liczne obowiązki polegające na przestrzeganiu m.in. praw pacjenta, a także zapewnia im bezpieczeństwo poprzez określenie podstaw prawnych i etycznych, których podmioty te powinny się trzymać. Jeśli natomiast ich działania będą sprzeczne z obowiązującym prawem, to w razie niewłaściwego postępowania skutkującego wystąpieniem szkody na pacjencie lub grupie pacjentów podmioty te mogą ponieść odpowiedzialność.

Odpowiedzialność definiuje się jako obowiązek ponoszenia przewidzianych przez przepisy prawa lub inne normy społeczne konsekwencji zachowania się własnego lub innych osób. W zależności od przyjętych założeń i źródeł prawnych można wyróżnić wiele rodzajów odpowiedzialności, takich jak⁶²: cywilna, karna, zawodowa, pracownicza, konstytucyjna, polityczna, karnoskarbowa.

Placówki szpitalne – jako instytucje świadczące usługi lecznicze, które posiadają osobowość prawną – mogą podlegać zarówno odpowiedzialności cywilnej oraz odpowiedzialności w trybie ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary⁶³, a także od 1 stycznia 2012 r. odpowiedzialności za zajście zdarzenia medycznego. W przypadku lekarzy wyróżnić można natomiast cztery najbardziej istotne rodzaje odpowiedzialności, jakim podlegają. Jest to odpowiedzialność: zawodowa (często utożsamiana z dyscyplinarną), pracownicza, karna i cywilna. Wymienione rodzaje odpowiedzialności nie wyłączają się wzajemnie, gdyż ich podstawy są odmienne, co świadczy o tym, że lekarz może równocześnie podlegać im wszystkim⁶⁴.

Ze względu na swoją specyfikę odpowiedzialność podmiotów zbiorowych jest ściśle uzależniona od faktu pociągnięcia do odpowiedzialności karnej osoby fizycznej pozostającej z tym podmiotem w jakimkolwiek związku funkcjonalnym⁶⁵. Ponadto wystąpienie tej odpowiedzialności nie wyłącza odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę, stąd podmiot leczniczy prowadzący szpital może jednocześnie podlegać tym dwóm reżimom odpowiedzialności (art. 6 u.o.p.z.). Odmierna sytuacja dotyczy odpowiedzialności z tytułu zajścia zdarzeń medycznych.

Postępowanie dotyczące zajścia zdarzenia medycznego nie może się toczyć równolegle z innymi postępowaniami w tej sprawie. A zatem nie może być ono

62 L. Nowakowski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej...*, s. 12.

63 Ustawa z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, Dz. U. 2020, poz. 358 (dalej: u.o.p.z.).

64 M. Filar, *O odpowiedzialności lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej w ogólności*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 17; B. Popielski, *Medycyna i prawo*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1968, s. 356.

65 M. Filar, *Odpowiedzialność zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów zbiorowych*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 237.

wszczęte, jeśli w związku z tym zdarzeniem prawomocnie osądzono już sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie albo toczy się odpowiednie postępowanie w sądzie cywilnym. W przypadku gdy postępowanie zostało już wszczęte, podlega ono umorzeniu. Jednocześnie ulega również zawieszeniu, jeśli toczy się w związku z tym samym zdarzeniem postępowanie karne w sprawie o przestępstwo lub w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny, zaś w razie ich zakończenia, postępowanie przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych podejmuje się z urzędu⁶⁶.

W przypadku odpowiedzialności lekarzy należy pamiętać, że postępowania karne, cywilne i dyscyplinarne dotyczące tego samego zdarzenia mogą wzajemnie na siebie oddziaływać, z tym zastrzeżeniem, że największy wpływ wywierać będzie wyrok karny na postępowanie dyscyplinarne. Dlatego też często postępowanie dyscyplinarne zostaje zawieszone do czasu zakończenia postępowania karnego. W przypadku zaś postępowania cywilnego, wszelkie ustalenia zawarte w wyroku nie mają większego wpływu na postępowanie dyscyplinarne, co świadczy o tym, że orzeczenie wydane przez sąd lekarski może się różnić od orzeczenia sądu cywilnego⁶⁷.

Odnosząc odpowiedzialność zawodową do odpowiedzialności karnej, należy zauważyć, że ma ona znacznie szerszy zakres przedmiotowy niż odpowiedzialność karna, ponieważ ponosi się ją już tam, gdzie ogólne prawo karne nie przewiduje żadnej odpowiedzialności. Wynika to z tego, że przynależność do danej organizacji czy grupy zawodowej pociąga za sobą konieczność przestrzegania poza powszechnie uznawanymi obowiązkami obowiązków wynikających z przynależności do określonej organizacji⁶⁸.

W przypadku zaś wpływu postępowania cywilnego na postępowanie karne okazuje się, że moc wiążąca orzeczeń sądu cywilnego nie dotyczy spraw leżących w gestii sądów karnych, które na podstawie art. 8 §1 k.p.k. charakteryzują się tzw. samodzielnością jurysdykcyjną⁶⁹. Jednakże wpływ ten występuje w przypadku postępowania karnego na postępowanie cywilne. Przybiera on inną formę w zależności od tego, w którym momencie dane powództwo zostało wszczęte. Jeśli bowiem⁷⁰:

66 M. Serwach, *Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 4(69), s. 31.

67 S. Krześ, *Odpowiedzialność lekarzy przed sądami lekarskimi*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 286.

68 E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Liber, Warszawa 2001, s. 93.

69 Ł. Błaszczak, *Wiadomości wstępne i wprowadzenie do nauki postępowania cywilnego*, [w:] E. Marszałkowska-Krześ, Ł. Błaszczak, I. Gil, E. Rudkowska-Ząbczyk, *Postępowanie cywilne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 23.

70 A. Zieliński, *Postępowanie cywilne. Kompendium*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2014, s. 17.

- postępowanie cywilne toczy się po zakończeniu postępowania karnego – to sąd cywilny związany jest tylko wyrokiem karnym skazującym oraz ustaleniami co do faktu popełnienia przestępstwa;
- oba postępowania toczą się równocześnie – to sąd w postępowaniu cywilnym może zawiesić z urzędu to postępowanie do czasu zakończenia postępowania karnego;
- postępowanie cywilne zostało zakończone przed wszczęciem postępowania karnego – to w przypadku gdy dojdzie do zakończenia postępowania karnego, może powstać podstawa do wznowienia postępowania cywilnego z przyczyn tzw. restytucyjnych.

Należy przy tym pamiętać, że lekarza nie można wezwać do odpowiedzialności za powstanie tzw. błędów nauki, niepomyślne skutki leczenia czy też przedsięwzięcie zabiegów, jeżeli postępowanie jego było zgodne z prawem i zasadami wiedzy medycznej⁷¹.

Na uwagę zasługuje również fakt, że reżimy odpowiedzialności stosowane wobec podmiotów leczniczych (zakładów opieki zdrowotnej, lekarzy) nie pozostają obojętne w stosunku do zmian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej. Szczególnie jeśli chodzi o odpowiedzialność cywilną czy karną.

Jak podkreśla M. Serwach, w przypadku odpowiedzialności cywilnej we wczesnych fazach rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia, tj. w latach 1989–2011 istotne znaczenie miało m.in. to, kto ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez osoby wykonujące zawód medyczny: lekarz (osoba z personelu medycznego), zakład leczniczy (podmiot leczniczy) czy Państwo (Skarb Państwa). Fakt ten związany był przede wszystkim z rozwojem prywatnych usług medycznych i możliwością ich wykonywania na podstawie różnych umów cywilnoprawnych. Od 2012 r. natomiast odpowiedzialność cywilna została uzależniona od formy prawnej wykonywania działalności leczniczej oraz pośrednio od tego z jakich środków finansowana jest ta działalność (publicznych czy komercyjnych)⁷².

W przypadku funkcjonujących reżimów odpowiedzialności istotne znaczenie mają również zdarzenia nieprzewidywalne o charakterze globalnym i lokalnym. Przykładowo wybuch pandemii, w związku z rozpowszechnianiem się od 2020 r. zakaźnej choroby COVID-19 wywoływanej przez koronawirusa SARS-CoV-2, wpłynął na odpowiedzialność karną. W wyniku tego zdarzenia zdecydowano m.in. o czasowym ograniczeniu odpowiedzialności karnej lekarzy. Zmiany te zostały wprowadzone ustawą o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19⁷³.

71 M. Nesterowicz, *Prawo wobec lekarza (od starożytności do czasów współczesnych)*, „Prawo i Medycyna”, 2010, nr 3(40), s. 41.

72 M. Serwach, *Ochrona ubezpieczeniowa pacjentów przed negatywnymi skutkami leczenia*, „Medycyna Praktyczna”, Kraków 2018, s. 235–236.

73 Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, Dz. U. 2020, poz. 2112, art. 24.

Na mocy tej ustawy wprowadzono tzw. klauzulę dobrego samarytanina, która stwierdza, że nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 §2, art. 157 §3 lub art. 160 §3 k.k. ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.

Biorąc pod uwagę powyższe, przyjrzyjmy się bliżej poszczególnym reżimom odpowiedzialności, którym podlegają podmioty lecznicze w związku z prowadzoną działalnością leczniczą.

3.4.1. Odpowiedzialność pracownicza

W literaturze przedmiotu odpowiedzialność pracownicza⁷⁴ rozumiana jest jako przewidziane w przepisach prawa pracy negatywne skutki o charakterze prawnym, które mają być stosowane przez pracownika za jego naganne zachowanie (definicja podana przez E. Staszewską za W. Sanetrą) lub wężiej jako ujemne konsekwencje, które z mocy przepisów prawa ponosi pracownik wobec zakładu pracy z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych⁷⁵.

Co do zasady odpowiedzialność związana jest z osobami będącymi pracownikami (aktualnie, w przeszłości lub mającymi nimi zostać w przyszłości)⁷⁶, tj. zgodnie z art. 2 k.p. zatrudnionymi w danym zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru lub spółdzielczej umowy o pracę. Stąd też wszelkie relacje pomiędzy pracownikami a pracodawcami regulowane są Kodeksem pracy. Kodeks wyróżnia przede wszystkim dwa rodzaje odpowiedzialności pracownicznej: odpowiedzialność materialną o charakterze kompensacyjnym i porządkową o charakterze niekompensacyjnym (rysunek 24).

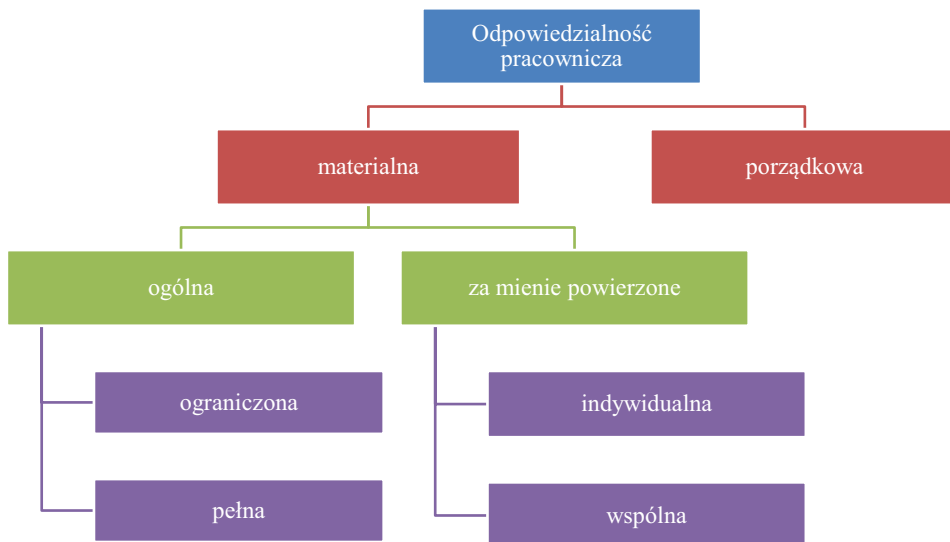
Odpowiedzialność materialna polega na obowiązku naprawienia przez pracownika szkody wyrządzonej pracodawcy wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych. Odnosi się ona do wszystkich pracowników z wyjątkiem odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone w mieniu powierzonym, która dotyczy wyłącznie osób, którym dane mienie zostało powierzone. Jak podaje E. Staszewska, odpowiedzialność ta została wyczerpująco omówiona w Kodeksie pracy, mimo to dopuszcza się tu stosowanie

74 Ze względu na to, że odpowiedzialność pracownicza nie jest głównym tematem niniejszego opracowania, ograniczono się tylko do omówienia najważniejszych cech tej odpowiedzialności.

75 E. Staszewska, *Odpowiedzialność pracownicza*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 17.

76 E. Jurgielewicz-Delegacz, I. Sierocka, W. Witaszko, K. Żywolewska, *Odpowiedzialność w prawie pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2018, s. 17.

przepisów Kodeksu cywilnego, jeśli nie są one sprzeczne z Kodeksem pracy. Zatem pracownik ponosi odpowiedzialność materialną wobec pracodawcy na zasadach Kodeksu pracy, jeśli wyrządził szkodę przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych, a na zasadach Kodeksu cywilnego, jeśli wyrządził szkodę, naruszając powszechnie obowiązujące zakazy lub nakazy niemające związku z wykonywaną pracą⁷⁷.



Rysunek 24. Rodzaje odpowiedzialności pracowniczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Staszewska, *Odpowiedzialność pracownicza...*, s. 23 oraz Kodeksu pracy.

Z racji swojego zróżnicowania w ramach odpowiedzialności materialnej wyróżnia się odpowiedzialność (ogólną) za szkody wyrządzone przez niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków pracowniczych oraz odpowiedzialność za szkody w mieniu powierzonym pracownikowi (odpowiedzialność indywidualna) lub pracownikom (odpowiedzialność wspólna).

Do powstania odpowiedzialności materialnej ogólnej konieczne jest łączne wystąpienie czterech przesłanek, jakimi są⁷⁸:

- powstanie szkody;
- bezprawność działania lub zaniechania działania;
- wina (umyślna lub nieumyślna);
- związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem pracownika a powstałą szkodą.

⁷⁷ E. Staszewska, *Odpowiedzialność pracownicza...*, s. 25.

⁷⁸ D. Klucz, *Odpowiedzialność pracownicza a ochrona interesów pracodawcy*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2004, s. 11.

Należy przy tym pamiętać, że obowiązek udowodnienia, że przesłanki uzasadniające odpowiedzialność materialną zaistniały, leży po stronie pracodawcy⁷⁹.

W ramach odpowiedzialności ogólnej wskazuje się, że odpowiedzialność ta może być ograniczona, jeżeli zostanie ustalone, że do szkody doszło z winy nieumyślnej pracownika. W takim przypadku zgodnie z art. 115 k.p. pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty, przy czym zgodnie z art. 119 k.p. odszkodowanie takie nie może przewyższyć kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Odpowiedzialność ta może być również ponoszona w pełnym wymiarze, jeśli do szkody dojdzie z winy umyślnej⁸⁰, co oznacza, że świadczenie to w żaden sposób nie jest limitowane.

Odpowiedzialność porządkowa natomiast jest konsekwencją zobowiązania się pracownika do przestrzegania obowiązków wynikających ze stosunku pracy. Dotyczy sytuacji, w których działania pracownika są zawinione oraz bezprawne poprzez naruszanie obowiązków w zakresie porządku pracy⁸¹. Polega ona na stosowaniu wobec pracownika sankcji typu represyjnego, które występują w formie kar pełniących funkcje wychowawcze, dyscyplinujące oraz prewencyjne. Mogą być one stosowane przez kierownika zakładu pracy na podstawie ustawy, która z faktem zawiadomienia pracownika o ukaraniu łączy skutek prawny w postaci odpowiedzialności pracownika⁸². W Kodeksie pracy wyróżnia się następujący katalog kar porządkowych w zależności od rodzaju zawinienia (art. 108 k.p.):

- 1) kara upomnienia – może być nakładana na pracownika za przekroczenia porządkowo-organizacyjne, tzn. za nieprzestrzeganie ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, nieprzestrzeganie przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz nieusprawiedliwianie nieobecności w pracy;
- 2) kara nagany – podobnie jak kara upomnienia dotyczy przewinień porządkowo-organizacyjnych;
- 3) kara pieniężna – może być nakładana gdy dochodzi do:
 - nieprzestrzegania przez pracownika przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - nieprzestrzegania przez pracownika przepisów przeciwpożarowych;
 - opuszczania pracy bez usprawiedliwienia;
 - stawiania się do pracy w stanie nietrzeźwości;
 - spożywania alkoholu w czasie pracy.

79 K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność pracownicza*, [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 255–304.

80 Tamże, s. 22.

81 M. Paszkowska, *Prawo dla lekarzy*, Difin, Warszawa 2016, s. 293.

82 T. Zieliński, *Zarys wykładu prawa pracy*, cz. II, Uniwersytet Śląski, Katowice 1984, s. 407.

3.4.2. Odpowiedzialność zawodowa (dyscyplinarna)

Odpowiedzialność dyscyplinarna często nazywana zawodową lub służbową dotyczy pracowników wyspecjalizowanych działów służby państwowej z powodu naruszonych obowiązków przewidzianych odrębnymi przepisami prawa⁸³. Podstawowym powodem, dla którego jest stosowana, jest to, że naruszenia obowiązków przez te grupy zawodowe mogą narazić na szwank szczególnie ważne wartości indywidualne i społeczne, takie jak np. życie lub zdrowie⁸⁴. Do grup osób podlegających odpowiedzialności dyscyplinarnej zalicza się m.in. pracowników: szeroko rozumianej administracji państwowej, funkcjonariuszy służb militaryzowanych, posłów, senatorów czy też członków samorządów zawodowych⁸⁵.

Jak wskazuje R. Giętkowski, głównym celem odpowiedzialności dyscyplinarnej jest ochrona prawidłowego wykonywania zadań publicznych przez organizacje, z przynależnością do których łączy się ta odpowiedzialność. Cel ten realizowany jest przez prowadzenie działań, które mają za zadanie w szczególności: zapobiegać popełnianiu przewinień dyscyplinarnych przez członków grup osób objętych odpowiedzialnością dyscyplinarną jako potencjalnych sprawców w ogóle, jak i zapobiegać ich powtarzaniu się; zapewnić osobom podlegającym tej odpowiedzialności poczucie bezpieczeństwa prawnego przez określenie sytuacji, w których można być pociągniętym do odpowiedzialności przy jednoczesnym zastosowaniu odpowiednich sankcji; zapewnić względnie dużą trwałość stosunków prawnych łączących członków właściwych organizacji publicznych z tymi organizacjami; budować relacje wspólnotowe między członkami; budować zaufanie społeczne i uwiarygadniać ich działania w oczach opinii publicznej⁸⁶.

W przypadku osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty odpowiedzialność zawodowa regulowana jest przepisami u.i.l.2. Instytucjami zaś zajmującymi się sprawami odpowiedzialności zawodowej są okręgowe Sądy Lekarskie (SL) wraz z Naczelnym Sądem Lekarskim (NSL) oraz Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej (ROZ).

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, na mocy art. 55 u.i.l.2., składa się z czterech etapów:

1. Czynności sprawdzających – polegających na wstępnym zbadaniu okoliczności niezbędnych do ustalenia podstaw do wszczęcia postępowania wyjaśniającego.
2. Postępowania wyjaśniającego realizowanego przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej – polegającego m.in. na: ustaleniu, czy faktycznie został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe

83 T. Zieliński, *Zarys wykładu prawa...*, s. 413.

84 E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 93.

85 R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013, s. 51–52.

86 Tamże, s. 52–59.

oraz w jakich okolicznościach; ustaleniu obwinionego oraz zabezpieczeniu zebranych w trakcie tego postępowania dowodów, które następnie zostaną zaprezentowane podczas postępowania przed Sądem Lekarskim.

3. Postępowania przed Sądem Lekarskim.

4. Postępowania wykonawczego.

Stronami biorącymi udział w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej są (art. 56 u.i.l.2.):

- pokrzywdzony, który na mocy art. 57 ust. 1 u.i.l.2. definiowany jest jako osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro zostało naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Oznacza to, że pokrzywdzonym może być pacjent, inny lekarz, zakład opieki zdrowotnej, jak też inny dowolny podmiot, którego dobro zostało naruszone w związku z działaniem lub zaniechaniem lekarza⁸⁷. (W myśl poprzedniej ustawy pokrzywdzony mógł być jedynie świadkiem, a nie stroną);
- lekarz, którego dotyczy postępowanie, oraz
- obwiniony, który w myśl art. 58 utożsamiany jest z lekarzem, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego ROZ wydał postanowienie o przedstawienie zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie;
- Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Jak już wspomniano, jednym z głównych zadań odpowiedzialności dyscyplinarnej jest nakładanie sankcji na lekarzy i lekarzy dentystów w sytuacji gdy dojdzie do naruszenia obowiązków przewidzianych ustawą u.i.l.2. Przypomnijmy w tym miejscu, że ustawa ta została poprzedzona ustawą z dnia 1 stycznia 1990 r. u.i.l.1. Zmiana ta wynikała m.in. z dostosowania przepisów do nowego modelu funkcjonowania ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, który zaczął obowiązywać po 2009 r.

Jedną z ważniejszych kwestii, jaka uległa modyfikacji po wejściu w życie nowego aktu, była zmiana przepisów obejmujących m.in.: zakres odpowiedzialności zawodowej, rozszerzenie katalogu sankcji, jakie Sąd Lekarski może nakładać na lekarzy, zmiany statusu pokrzywdzonego oraz utworzenia nowej instytucji, jaką jest **postępowanie mediacyjne**. Różnice przedstawia tabela 16.

Jak można zauważyć (tabela 16), definicja określająca kto podlega odpowiedzialności zawodowej miała charakter jedynie porządkujący. Fundamentalne znaczenie miał natomiast fakt wprowadzenia do ustawy pojęcia pokrzywdzonego, który pozwolił mu na branie czynnego udziału w postępowaniu. W przypadku katalogu sankcji zaś (stosowanych w sytuacji naruszenia obowiązków nałożonych na lekarza u.i.l.2.), zmiany były dużo większe. Uległ on znacznemu rozszerzeniu poprzez uwzględnienie m.in. możliwości nakładania kar finansowych, czy też wydłużenie możliwego czasu zawieszenia danego lekarza w prawach wykonywania zawodu lub wprowadzenie częściowej możliwości

87 J. Zajdel, *Prawo medyczne w algorytmach*, Progress, Łódź 2010, s. 94.

ich ograniczenia. W przypadku kar pieniężnych należy zauważyć, że zgodnie z art. 83 u.i.l.2. środki pieniężne pozyskane w wyniku orzeczenia sądowego muszą być przeznaczone na ściśle określony cel społeczny związany z ochroną zdrowia, nie stanowią zatem rekompensaty finansowej dla poszkodowanego. Ponadto wysokość kary nie może przekroczyć czterokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw.

Tabela 16. Różnice wpływające na prace sądu lekarskiego wynikające ze zmiany ustawy o izbach lekarskich

Element zmieniany	Ustawa	
	o izbach lekarskich z dn. 17 maja 1989 r.	o izbach lekarskich z dn. 2 grudnia 2009 r.
Zakres odpowiedzialności zawodowej	członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu	członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”
Katalog sankcji	▪ upomnienie; ▪ nagana; ▪ zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat; ▪ pozbawienie prawa wykonywania zawodu	▪ upomnienie; ▪ nagana; ▪ kara pieniężna; ▪ zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat; ▪ ograniczenie zakresu czynności w ramach wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat; ▪ zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat; ▪ pozbawienie prawa wykonywania zawodu
Instytucja	postępowanie przed sądem lekarskim	postępowanie przed sądem lekarskim, postępowanie mediacyjne*
Pokrzywdzony	mógł brać udział w postępowaniu tylko jako świadek	może brać udział w postępowaniu jako strona

* Szerzej na temat postępowania mediacyjnego w punkcie 3.5.3.

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.i.l.1. oraz u.i.l.2.

3.4.2.1. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Wśród Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej wyróżnia się Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ).

Na mocy art. 31 u.i.l.2. do głównych zadań OROZ należą:

- wykonywanie czynności sprawdzających i prowadzenie postępowania wyjaśniającego w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy będących członkami izby, której jest rzecznikiem, z zastrzeżeniem art. 65 u.i.l.2.;
- sprawowanie funkcji oskarżyciela przed Sądami Lekarskimi;
- składanie okręgowemu zjazdowi lekarzy rocznego i kadencyjnego sprawozdania z działalności.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zobowiązany został do (art. 45 u.i.l.2.):

- prowadzenia postępowania wyjaśniającego w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy;
- sprawowania nadzoru nad działalnością OROZ;
- sprawowania funkcji oskarżyciela przed sądami lekarskimi;
- rozpatrywania zażaleń w przypadkach przewidzianych w ustawie;
- rozstrzygania sporów o właściwość między OROZ;
- corocznego przedstawiania Naczelnej Radzie Lekarskiej informacji o swojej działalności;
- składania Krajowemu Zjazdowi Lekarzy kadencyjnego sprawozdania z działalności.

3.4.2.2. Sąd Lekarski

Podobnie jak w przypadku Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej wyróżnić można Okręgowe Sądy Lekarskie (OSL) oraz Naczelny Sąd Lekarski (NSL). Okręgowe Sądy Lekarskie orzekają we wszystkich sprawach jako pierwsza instancja. Wyjątek stanowią sprawy dotyczące odpowiedzialności zawodowej członków okręgowej rady lekarskiej i okręgowej rady komisji rewizyjnej, w przypadku, których orzeka OSL wyznaczony przez NSL⁸⁸. Do głównych zadań OSL, określonych przez ustawę, zaliczyć można (art. 30 u.i.l.2.):

- rozpatrywanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy;
- rozpatrywanie protestów przeciwko ważności wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy oraz protestów przeciwko ważności głosowania wniosków o odwołanie;
- składanie okręgowemu zjazdowi lekarzy rocznych i kadencyjnych sprawozdań z działalności.

Natomiast Naczelny Sąd Lekarski został zobligowany do (art. 44 u.i.l.2.):

- rozpatrywania spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy;
- rozpatrywania zażaleń w przypadkach przewidzianych w ustawie;
- rozpatrywania protestów przeciwko ważności wyborów do organów i w organach izb lekarskich, z zastrzeżeniem art. 30 ust. 2 pkt 2 u.i.l.2., oraz protestów przeciwko ważności głosowania wniosków o odwołanie;

88 T. Kulik, J. Pacian, A. Pacian, *Prawne podstawy odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2010, nr 8(2), s. 97.

- corocznego przedstawiania Naczelnej Radzie Lekarskiej informacji o swojej działalności;
- składania Krajowemu Zjazdowi Lekarzy kadencyjnego sprawozdania z działalności.

3.4.3. Odpowiedzialność karna

Jak zauważa R. Augustyn, postępowanie karne często stanowi dla poszkodowanego pewną bazę pozwalającą na dokonanie oceny przesłanek pozwalających na skierowanie przeciwko lekarzowi albo konkretnej placówce opieki zdrowotnej roszczeń o charakterze finansowym. Ustalenia wydane w prawomocnym wyroku postępowania karnego wiążą bowiem sąd w postępowaniu cywilnym co do faktu popełnienia przestępstwa (art. 11 k.p.c.). W przypadku zaś postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może być ono zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego, jeśli istnieją przypuszczenia, że wyrok ten może mieć istotny wpływ na postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej⁸⁹.

W Polsce normy prawno-karne zawarte mogą być w wielu różnych ustawach, głównie jednak umieszczone zostały w ustawie Kodeks karny (k.k.)⁹⁰, natomiast zasady postępowania w zakresie odpowiedzialności karnej regulowane są przepisami Kodeksu postępowania karnego (k.p.k.)⁹¹. Odpowiedzialność karna może dotyczyć tylko i wyłącznie osób fizycznych, co oznacza, że szpitale, zakłady opieki zdrowotnej oraz obecnie podmioty lecznicze nie podlegają tej odpowiedzialności⁹². Wynika z tego, że odpowiedzialność ta dotyczy tylko lekarzy odpowiadających na ogólnych zasadach za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu człowieka. Zatem odpowiedzialności tej podlegają lekarze, którzy w wyniku podjęcia działania lub zaniechania, które stanowią czyn zabroniony, doprowadzili do zaistnienia takich przesłanek, jak⁹³:

- **popełnienie czynu zabronionego** – popełniony czyn uznawany jest za bezprawny, tylko i wyłącznie gdy jest sprzeczny z konkretną normą prawną, obowiązującą w czasie popełnienia czynu (tzn., że czyn jest zabroniony przez ustawę). Dla pociągnięcia do odpowiedzialności karnej konieczne jest wyczerpanie wszystkich znamion danego czynu zabronionego. Jeśli nie udowodni się sprawcy zrealizowania choćby jednego z nich, to w ogóle

89 R. Augustyn, *Zarys metodyki obrony lekarza w postępowaniu karnym w sprawach o błąd medyczny*, Wydawnictwo i Drukarnia UNI-DRUK, Poznań 2010, s. 13.

90 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 2016, poz. 1137, ze zm.; M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000, s. 21–22.

91 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 2016, poz. 1749, ze zm.

92 R. Kubiak, *Zasady odpowiedzialności karnej lekarza*, „Gazeta Lekarska. Pismo Izby Lekarskich” 2012, nr 4, s. 28.

93 J. Zajdel, *Prawo medyczne w algorytmach...*, s. 135.

nie poniesie on odpowiedzialności bądź też odpowie za inny czyn, którego znamiona wyczerpał;

- **istnienie związku przyczynowego pomiędzy czynem a skutkiem**, który nastąpił w wyniku popełnienia przestępstwa. Dotyczy to tylko i wyłącznie odpowiedzialności za normalne przewidywalne następstwa swoich czynów;
- **istnienie winy sprawcy** – tzn. istnienie faktu niedochowania wierności prawu wynikającego z bezprawnego zachowania się, pomimo że w warunkach, w których się znalazł, mógł postąpić zgodnie z prawem.

Jedną z wyżej wymienionych przesłanek odpowiedzialności karnej jest występowanie czynu zabronionego. Wyróżnia się tu dwa rodzaje czynów – są nimi przestępstwa oraz wykroczenia. Ze względu na swoją różnorodność stosuje się różne podziały przestępstw w prawie karnym, m.in. występuje podział na przestępstwa formalne i materialne oraz przestępstwa traktowane jako zbrodnie lub występki.

Przestępstwem nazywa się czyn człowieka zabroniony przez ustawę karną, który występuje w postaci zbrodni lub występku, który jest bezprawny lub zawiniony oraz szkodliwy w stopniu wyższym niż zakładany. Uznanie czynu za zbrodnię wiąże się z karą pozbawienia wolności, która wynosi obecnie minimum 3 lata. Występek natomiast jest przestępstwem zagrożonym karą: grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności. Wszystkie te czyny ustawodawca uznaje za karygodne, społecznie szkodliwe, jednak w przypadku występku nie są one tak doniosłe, jak w przypadku zbrodni⁹⁴.

Drugi podział wyróżnia przestępstwa formalne i materialne. Pierwsze z nich realizują się, gdy sprawca zachowuje się w sposób określony w ustawie karnej. Mogą one wynikać z dwóch przyczyn⁹⁵:

- działania naruszającego prawny zakaz takiego działania;
- z zaniechania określonego działania.

Przestępstwo materialne zaś występuje, gdy w wyniku zajścia danego czynu zajdzie określona zmiana w świecie zewnętrznym⁹⁶. W tym przypadku wyróżnia się różne rodzaje przestępstw, np. przeciwko życiu i zdrowiu, wolności czy ochrony informacji, do których zaliczyć można m.in.:

- nieudzielenie pomocy (art. 162 k.k.);
- narażenie na niebezpieczeństwo (art. 160 k.k.);
- ciężki uszczerbek na zdrowiu i inne uszkodzenia ciała (art. 156–157 k.k.);
- przestępstwa związane z przerywaniem ciąży (art. 153–154 k.k.);
- nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.);
- dokonywanie zabiegów leczniczych bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.);
- ujawnianie faktów objętych tajemnicą lekarską (art. 266 k.k.);

94 P. Szczerba, *Odpowiedzialność karna lekarzy*, [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy, przykłady, orzecznictwo*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 93–94.

95 M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, s. 24.

96 Tamże, s. 25.

- popełnianie przez lekarzy błędu lekarskiego – przez co należy rozumieć odpowiedzialność za ujemne skutki, jakie powstaną w wyniku dopuszczenia do błędu medycznego, takie jak wymienione w ramach przestępstw dokonywanych przeciwko życiu i zdrowiu człowieka;
- przeprowadzanie nielegalnych eksperymentów medycznych – niezgodnych z art. 27 k.k.

Podsumowując, jak podkreśla M. Filar, osoba wykonująca zawód lekarza naraża się na odpowiedzialność karną w trzech typowych sytuacjach⁹⁷:

- gdy nie leczy, choć powinien – obowiązek ten wynika bowiem z art. 2 k.e.l. i art. 69 k.e.l. oraz 160 k.k. i 162 k.k.;
- gdy leczy nie tak, jak powinien – np. poprzez dopuszczenie do wystąpienia błędu medycznego;
- gdy leczy, choć nie powinien – tzn. gdy doszło do naruszenia przesłanek legalności czynności leczniczych, takich jak: dokonanie czynności bez zgody pacjenta, wykonywanie czynności niezgodnych z zasadami wiedzy medycznej czy też dokonywanie czynności leczniczych przez podmiot do tego nieuprawniony.

3.4.4. Odpowiedzialność podmiotu zbiorowego

Odpowiedzialność podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary⁹⁸ jest, jak podkreśla M. Filar, rodzajem odpowiedzialności, który swą istotą przypomina odpowiedzialność karną osób fizycznych⁹⁹, ale w swych założeniach stanowi zupełnie odrębny rodzaj odpowiedzialności. Została ona uchwalona w 2002 r. na mocy ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, której przepisy zaczęły w pełni obowiązywać od 23 listopada 2003 r.

Odpowiedzialność ta, zgodnie z zapisami art. 2 u.o.p.z., dotyczy wszystkich podmiotów, które:

- posiadają osobowość prawną oraz są jednostką organizacyjną niemającą osobowości prawnej, której odrębne przepisy przyznają zdolność prawną, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego i ich związków;
- są spółką handlową z udziałem Skarbu Państwa, JST lub związku takich jednostek, spółką kapitałową w organizacji, podmiotem w stanie likwidacji oraz przedsiębiorcą niebędącym osobą fizyczną, a także zagraniczną jednostką organizacyjną.

97 M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 106.

98 Ze względu na to, że zagadnienia związane z odpowiedzialnością podmiotu zbiorowego za czyny zabronione pod groźbą kary nie są głównym wątkiem niniejszych rozważań, ograniczono się jedynie do przedstawienia krótkiej charakterystyki tej odpowiedzialności.

99 M. Filar, *Odpowiedzialność zakładów opieki...*, s. 237.

Jak już zostało zasygnalizowane, zarówno ZOZ (zgodnie z art. 8 u.z.o.z.), jak i podmioty lecznicze (zgodnie z art. 4 u.d.l.) funkcjonują w różnych formach. Stąd M. Filar wskazał, że odpowiedzialności tej podlegały niemal wszystkie ZOZ funkcjonujące w sferze niepublicznej, niezależnie od przyjętej formy oraz ZOZ funkcjonujące w sferze publicznej, które na mocy art. 35a u.z.o.z. lub art. 12 ust. 2 ustawy o jednostkach badawczo-rozwojowych nabyły osobowość prawną¹⁰⁰. Natomiast M. Grego-Hoffmann wskazuje, że podmiotami leczniczymi podlegającymi odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary są podmioty lecznicze będące przedsiębiorcą działającym we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej. W szczególności są to podmioty działalności leczniczej działające w formie spółki handlowej (osobowej i kapitałowej), SPZOZ, grupowej praktyki lekarskiej i pielęgniarskiej wykonywanej w ramach spółki jawnej lub partnerskiej¹⁰¹.

3.4.4.1. Przestanki odpowiedzialności podmiotu zbiorowego

W przypadku odpowiedzialności podmiotu zbiorowego należy rozpatrywać dwa rodzaje przesłanek odpowiedzialności, tzw. przesłanki podmiotowe i przedmiotowe. Wynika to z faktu, że odpowiedzialność tę można przypisać, na podstawie art. 4 u.o.p.z., tylko w sytuacji, jeśli określona osoba fizyczna (przesłanka podmiotowa) została pociągnięta do odpowiedzialności karnej za przestępstwa wymienione w art. 16 u.o.p.z. (przesłanka przedmiotowa), przy czym odpowiedzialność ta musi zostać potwierdzona:

- prawomocnym wyrokiem skazującym tę osobę;
- wyrokiem warunkowo umarzającym wobec niej postępowanie karne albo postępowanie w sprawie o przestępstwo skarbowe;
- orzeczeniem o udzielenie tej osobie zezwolenia na dobrowolne poddanie się odpowiedzialności, albo
- orzeczeniem sądu o umorzeniu przeciwko niej postępowania z powodu okoliczności wyłączającej ukaranie sprawcy.

Osobą tą, zgodnie z art. 3 u.o.p.z., jest zatem osoba fizyczna, w sytuacji gdy jej zachowanie przyniosło lub mogło przynieść podmiotowi zbiorowemu korzyść, chociażby niemajątkową:

- 1) działająca w imieniu lub w interesie podmiotu zbiorowego w ramach uprawnienia lub obowiązku do jego reprezentowania, podejmowania w jego imieniu decyzji lub wykonywania kontroli wewnętrznej albo przy przekroczeniu tego uprawnienia lub niedopełnieniu tego obowiązku;
- 2) dopuszczona do działania w wyniku przekroczenia uprawnień lub niedopełnienia obowiązków przez osobę, o której mowa w pkt. 1;

¹⁰⁰ Tamże, s. 238–239.

¹⁰¹ M. Grego-Hoffmann, *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego*, PRESSCOM, Wrocław 2013, s. 308–309. Krótka charakterystyka wspomnianych form działalności została zaprezentowana w punkcie 1.1.3.

- 3) działająca w imieniu lub w interesie podmiotu zbiorowego, za zgodą lub wiedzą osoby, o której mowa w pkt. 1;

3a) będąca przedsiębiorcą, który bezpośrednio współdziała z podmiotem zbiorowym w realizacji celu prawnie dopuszczalnego.

Zgodnie z art. 16 u.o.p.z. przestępstwa podlegające odpowiedzialności podmiotu zbiorowego mają różnoraki charakter. Ze względu na bardzo dużą ich liczbę ograniczmy się jedynie do wymienienia kilku przykładowych ich grup. Wyróżnia się tu m.in. przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, przeciwko ochronie informacji, przeciwko wiarygodności dokumentów itp. Należy tu pamiętać, że zgodnie z art. 5 u.o.p.z. podmiot zbiorowy podlega odpowiedzialności, jeżeli do popełnienia czynu zabronionego doszło w następstwie:

- 1) co najmniej braku należytej staranności w wyborze osoby fizycznej, o której mowa w art. 3 pkt 2 lub 3, lub co najmniej braku należytego nadzoru nad tą osobą – ze strony organu lub przedstawiciela podmiotu zbiorowego;
- 2) organizacji działalności podmiotu zbiorowego, która nie zapewniała uniknięcia popełnienia czynu zabronionego przez osobę, o której mowa w art. 3 pkt 1 lub 3a, podczas gdy mogło je zapewnić zachowanie należytej staranności, wymaganej w danych okolicznościach przez organ lub przedstawiciela podmiotu zbiorowego.

3.4.4.2. Rodzaje stosowanych kar

W przypadku odpowiedzialności podmiotów zbiorowych jedyną stosowaną karą jest kara pieniężna. Jest ona określona w art. 7 u.o.p.z., który stanowi, że wobec podmiotu zbiorowego sąd może orzec karę w wysokości od 1000 do 5 000 000 złotych, nie wyższą jednak niż 3% przychodu osiągniętego w roku obrotowym, w którym popełniono czyn zabroniony będący podstawą odpowiedzialności podmiotu zbiorowego. Oczywiście wysokość tych kar jest zmienna w czasie, zatem w tabeli 17 przedstawimy, jak zmieniały się one w latach 2005–2021.

Obok kary pieniężnej ustawa wymienia również w art. 9 u.o.p.z. szereg sankcji, orzekanych na okres od 1 roku do lat 5, o charakterze niepieniężnym, które mogą wiązać się z omawianym reżimem odpowiedzialności. Są nimi w szczególności:

- zakaz promocji lub reklamy prowadzonej działalności, wytwarzanych lub sprzedawanych wyrobów, świadczonych usług lub udzielanych świadczeń;
- zakaz korzystania z dotacji, subwencji lub innych form wsparcia finansowego środkami publicznymi;
- zakaz dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2019, poz. 869, 1622, 1649, 2020 i 2473) – w przypadku skazania osoby, o której mowa w art. 3, za przestępstwo, o którym mowa w art. 9 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769);

- zakaz korzystania z pomocy organizacji międzynarodowych, których Rzeczpospolita Polska jest członkiem;
- zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;
- podanie wyroku do publicznej wiadomości.

Oprócz wymienionych sankcji, na podstawie art. 8 u.o.p.z., dodatkową karą może być przepadek:

- przedmiotów pochodzących chociażby pośrednio z czynu zabronionego lub które służyły lub były przeznaczone do popełnienia czynu zabronionego;
- korzyści majątkowej pochodzącej chociażby pośrednio z czynu zabronionego;
- równowartości przedmiotów lub korzyści majątkowej pochodzących chociażby pośrednio z czynu zabronionego.

Tabela 17. Wysokość stosowanych kar pieniężnych w latach 2005–2021 w ramach odpowiedzialności podmiotów zbiorowych

Lata	2003–2005	2005–2011	2011–2021
Kara pieniężna	stanowiła do 10% przychodu określonego w trybie przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, osiągniętego w roku podatkowym poprzedzającym wydanie orzeczenia	stanowiła od 1000 do 20 000 000 zł, jednak nie więcej niż 10% przychodu osiągniętego w roku obrotowym, w którym popełniono czyn zabroniony będący podstawą odpowiedzialności podmiotu zbiorowego	stanowi wysokość od 1000 do 5 000 000 zł, nie wyższą jednak niż 3% przychodu osiągniętego w roku obrotowym, w którym popełniono czyn zabroniony będący podstawą odpowiedzialności podmiotu zbiorowego
	w sytuacji gdy przychód ten był niższy niż 1 000 000 zł, kara pieniężna była orzekana w wysokości do 10% wydatków poniesionych w roku poprzedzającym wydanie orzeczenia	przychód ten określano na podstawie sporządzonego przez podmiot zbiorowy sprawozdania finansowego albo w oparciu o podsumowanie zapisów w księgach podatkowych, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa	
	kara ta nie mogła być niższa niż 5000 zł		

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, Dz. U. 2020, poz. 358 i starsze.

3.4.5. Odpowiedzialność cywilna

Odpowiedzialność cywilna nazywana jest odpowiedzialnością dłużnika za wyrządzoną szkodę majątkową lub niemajątkową w postaci naruszenia dóbr osobistych, takich jak: życie, wolność, dobre imię czy kult osoby zmarłej¹⁰². Dlatego

102 A. Fiutak, *Odpowiedzialność cywilna lekarzy*, [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy, przykłady, orzecznictwo*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 169.

definiowana jest jako obowiązek ponoszenia materialnych konsekwencji swojego zachowania, zachowania innych osób, a także konsekwencji innych zdarzeń. Stąd też odpowiedzialność ta pełni dwie podstawowe funkcje: kompensacyjną, polegającą na całkowitym pokryciu szkód poniesionych przez poszkodowanego, oraz prewencyjno-wychowawczą, poprzez stosowanie kary jako ostrzeżenia dla innych, by byli świadomi jakich konsekwencji mogą się spodziewać¹⁰³.

Podstawą prawną odpowiedzialności cywilnej jest ustawa Kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą zakres odpowiedzialności cywilnej uzależniony jest od zaistnienia ogólnych przesłanek odpowiedzialności oraz formy wykonywania działalności czy też specyfiki udzielanych świadczeń zdrowotnych¹⁰⁴.

3.4.5.1. Rodzaje odpowiedzialności cywilnej

W zależności od rodzaju stosunku zobowiązaniowego, np. pomiędzy lekarzem, szpitalem a pacjentem, w orzecznictwie polskim spotyka się następujące rodzaje odpowiedzialności cywilnej¹⁰⁵: deliktową, kontraktową oraz deliktowo-kontraktową.

Odpowiedzialność deliktowa związana jest ze zdarzeniem wywołującym szkodę osobie, która ze sprawcą nie pozostaje w żadnej więzi prawnej. Źródłem jej odpowiedzialności jest czyn niedozwolony¹⁰⁶ (np. postępowanie sprzeczne z prawem, z zasadami etyki lekarskiej lub współzycia społecznego prowadzące do szkody¹⁰⁷). Czyn ten rozumiany jest jako każde zachowanie, które doprowadza do negatywnego skutku w postaci szkody¹⁰⁸.

Odpowiedzialność kontraktowa natomiast dotyczy odpowiedzialności za szkodę przy wykonywaniu uprzednio istniejącego między stronami zobowiązania¹⁰⁹ (np. umowa o pracę, umowa między lekarzem prowadzącym prywatną praktykę lekarską a publicznym podmiotem lub prywatną placówką medyczną a pacjentem¹¹⁰). A zatem źródłem odpowiedzialności kontraktowej jest niewykonanie lub nienależyte wykonanie tego zobowiązania¹¹¹.

Trzeci rodzaj odpowiedzialności, **odpowiedzialność deliktowo-kontraktowa**, dotyczy zbiegu dwóch wyżej omówionych sytuacji. Ma miejsce wówczas gdy to

103 L. Nowakowski, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej...*, s. 14–15.

104 M. Capik, M. Capik, *Odpowiedzialność cywilna w zawodzie lekarza*, „Lekarz Polski” 2002, nr 52(81), s. 18.

105 A. Fiutak, *Odpowiedzialność cywilna lekarzy...*, s. 170.

106 P. Granecki, *Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej (uwagi systemowe na tle odpowiedzialności za szkody medyczne)*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 18(7), s. 41.

107 M. Sieradzka, *Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkody medyczne*, [w:] J. Zajdel-Całkowska, *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 431.

108 M. Capik, M. Capik, *Odpowiedzialność cywilna w zawodzie...*, s. 18.

109 P. Granecki, *Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej...*, s. 41.

110 M. Sieradzka, *Odpowiedzialność cywilna lekarza...*, s. 431.

111 A. Fiutak, *Odpowiedzialność cywilna lekarzy...*, s. 170.

samo zdarzenie staje się zarówno czynem niedozwolonym, jak i niewłaściwym wykonaniem lub niewykonaniem umowy zawartej¹¹², w omawianym przypadku między lekarzem, szpitalem a pacjentem.

Tabela 18. Zróżnicowanie odpowiedzialności cywilnej w zależności od formy wykonywania działalności leczniczej

Forma		Rodzaj odpowiedzialności cywilnej
Umowa o pracę		lekarz nie ponosi bezpośrednio ani odpowiedzialności kontraktowej, ani deliktowej. Odpowiedzialność cywilną ponosi za lekarza podmiot leczniczy
Umowa cywilnoprawna	brak kontraktu z NFZ	jeśli podmiot nie posiada umowy z NFZ, to podmiot ten może ponieść wyłącznie odpowiedzialność deliktową, a odpowiedzialność kontraktową poniesie podmiot zatrudniający lekarza
	kontrakt z NFZ	jeśli podmiot posiada umowę z NFZ i w ramach tej umowy udziela świadczeń leczniczych, to występuje tzw. odpowiedzialność solidarna*
Jednoosobowa działalność	brak kontraktu z NFZ	podmiot ten podlega wyłącznie odpowiedzialności deliktowej
	kontrakt z NFZ	poszkodowany będzie miał prawo żądać odszkodowania z tytułu niewłaściwego leczenia lub niepodjęcia wymaganego leczenia od NFZ lub innego podmiotu, a w stosunku do lekarza może być poniesiona wyłącznie odpowiedzialność deliktowa
Grupowa działalność	spółka cywilna	lekarz wykonujący zawód w spółce ponosi odpowiedzialność solidarnie z innymi współnikami. Odpowiedzialność jaką ponosi jest odpowiedzialnością osobistą i całym majątkiem
	spółka jawna	odpowiedzialność solidarna z innymi współnikami w spółce, osobista i całym swoim majątkiem
	spółka partnerska	odpowiedzialność partnerów ograniczona do własnych zobowiązań co oznacza, że partner nie odpowiada za zobowiązania spółki
Nagłe przypadki		odpowiedzialność kontraktowa ograniczona do przypadków wyrządzenia szkody pacjentowi z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa

* **Odpowiedzialność solidarna** – na podstawie art. 366 k.c. – jest to sytuacja, w której kilku dłużników może być zobowiązanych w ten sposób, że wierzyciel może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna; zaspokojenie wierzyciela przez któregośkolwiek z dłużników zwalnia pozostałych, a czas trwania tego zobowiązania uzależniony jest od całkowitego zaspokojenia wierzyciela.

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Fiutak, *Odpowiedzialność cywilna lekarzy...*, s. 207–215; J. Zajdel, *Prawo medyczne w algorytmach...*, s. 120.

¹¹² J. Zajdel, *Prawo medyczne w algorytmach...*, s. 118.

Podstawa prawna odpowiedzialności lekarza jak i szpitala wobec pacjenta uzależniona jest od łączącego stosunku prawnego pacjenta z danym lekarzem lub szpitalem oraz jego statusu prawnego. Ponadto uzależniona jest od tego, czy udzielający świadczeń medycznych posiada umowę z NFZ, czy też nie¹¹³. Rodzaje poszczególnych odpowiedzialności cywilnych ze względu na formę wykonywania działalności leczniczej zostały przedstawione w tabeli 18.

3.4.5.2. Przesłanki odpowiedzialności cywilnej

Jak wspomniano na wstępie, zakres odpowiedzialności cywilnej lekarza i szpitala uzależniony jest od łącznego spełnienia ogólnych przesłanek odpowiedzialności, do których zalicza się: winę, szkodę, związek przyczynowo-skutkowy.

Przesłanka winy opiera się na art. 415 k.c., z którego wynika, że szkoda zobowiązująca do odszkodowania musi być następstwem działania zawinionego – jeśli natomiast jest ona następstwem działania niezawinionego, to nie można sprawcy zobowiązywać do jej naprawienia. Zawinione działanie musi zatem polegać na niewłaściwym postępowaniu sprzecznym z przyjętymi zasadami etyki i wiedzą lub obowiązującymi przepisami prawnymi¹¹⁴.

Dość obszerny katalog przesłanek winy prezentują m.in. M. Nesterowicz i M. Wałachowska, którzy wskazują na dwa czynniki kształtujące pojęcie winy: bezprawność zachowania się (obiektywny element winy) i subiektywizm (subiektywny element winy). W przypadku bezprawności zachowania się wyróżniono takie zachowania, jak¹¹⁵:

- uchybienie przez lekarza jego obowiązkom zawodowym, wynikającym zarówno z przepisów prawa, jak i z Kodeksu Etyki Lekarskiej;
- ignorancja oraz brak wiedzy i kompetencji;
- błąd sztuki lekarskiej.

W przypadku zaś subiektywnego elementu winy wyróżniono winę:

- dotyczącą techniki medycznej (niewiedza lekarza, nieostrożność w postępowaniu, niedbalstwo, niezręczność, nieuwaga);
- pozamedyczne przesłanki wynikające np. z braku rad i informacji, gdy są one wymagane, takie jak: nieuprzedzanie chorego o sposobie postępowania, niepoinformowanie o ryzyku i skutkach zabiegu, przeprowadzenie zabiegu bez „uświadomionej” zgody.

Przesłanka szkody została już omówiona w punkcie 3.1, jednakże przypomnieć należy, że określenie szkody polega na ustaleniu rozmiaru zaistniałej szkody

113 S. Krześ, *Odpowiedzialność cywilna lekarza...*, s. 20; U. Drozdowska, *Problematyka podstaw odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, „Radca Prawny” 2002, nr 3, s. 22.

114 B. Popielski, *Medycyna i prawo...*, s. 369.

115 M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 13–14.

w odniesieniu do konkretnego dobra lub na porównaniu sytuacji, w jakiej pacjent znajdowałby się, gdyby nie niewłaściwe postępowanie lekarza, z sytuacją w jakiej znajduje się on w wyniku powstania szkody. Aby można było ustalić wysokość szkody, należy uwzględnić fakt występowania samoistnego rozwoju choroby pacjenta wpływający na jego stan zdrowia, jak również tzw. szkodę przyszłą, będącą wynikiem wadliwego zabiegu. Poszkodowany może się ponadto domagać ustalenia odpowiedzialności lekarza za szkody mogące nastąpić w przyszłości, w wyniku niewłaściwego działania lekarza¹¹⁶.

Ostatnia przesłanka, czyli związek przyczynowo-skutkowy dotyczy art. 361 k.c. Oznacza on, że lekarz lub szpital będą ponosić odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, które przyczyniły się do powstania szkody. Jak podaje A. Rzetecka-Gil, normalnym zjawiskiem jest to, które w danym układzie stosunków wedle zasad doświadczenia życiowego występuje jako typowe¹¹⁷.

3.4.5.3. Rodzaje świadczeń odszkodowawczych

Katalog środków kompensacyjnych czy też sposobów naprawienia szkody, jaki może być stosowany w stosunku do sprawcy szkody został określony w Kodeksie cywilnym. Zależy on od rodzaju szkody, jakiej doznał poszkodowany. W przypadku szkód majątkowych sprawca może zostać zobligowany do wypłaty odpowiedniego odszkodowania lub renty. W sytuacji zaś wystąpienia szkody niemajątkowej dopuszcza się świadczenia odszkodowawcze w postaci tzw. zadośćuczynienia. Dodatkowo w postępowaniu cywilnym można dochodzić tzw. ustalenia odpowiedzialności sprawcy za skutki zdarzenia, które mogą ujawnić się w przyszłości¹¹⁸.

Odszkodowanie to świadczenie przysługujące podmiotowi, który poniósł szkodę. W prawie cywilnym występuje ono w dwojakiej postaci. Jest świadczeniem pozwalającym naprawić szkodę majątkową – poprzez przywrócenie stanu poprzedniego lub poprzez wypłatę odpowiedniego świadczenia pieniężnego (art. 363 k.c.) albo świadczeniem, które ma na celu kompensację doznanej szkody niemajątkowej zwanej krzywdą (dla odróżnienia świadczenie to nazywane jest zadośćuczynieniem)¹¹⁹.

Odszkodowanie w pierwszym przypadku może występować w dwóch formach: w formie jednorazowej wypłaty, która może stanowić zwrot kosztów, jakie wyniknęły z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowanego pacjenta, lub

116 J. Zajdel, *Prawo w medycynie*, wyd. 2, Progress, Łódź 2007, s. 56; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 94.

117 A. Rzetecka-Gil, *Komentarz do art. 361 Kodeksu cywilnego*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, Lex/el. 2011 nr 8853.

118 Na mocy art. 189 k.p.c., „powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny”.

119 T. Młynarski, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę jako świadczenie o charakterze jednorazowym*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2012, nr 51, s. 38.

w formie renty. Należy zaznaczyć, że obowiązek zwrotu kosztów dotyczy wyłącznie kosztów rzeczywiście poniesionych. A zatem powinny być one zawsze dokładnie udokumentowane.

Do najczęściej wymienianych kosztów wynikających z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia zalicza się¹²⁰:

- koszty leczenia, takie jak: pobyt w szpitalu, sanatorium, konsultacje u wybitnych specjalistów, dodatkowa pomoc pielęgniarstwa, koszty leków itp.;
- koszty specjalnego odżywiania się;
- koszty nabycia protez i innych koniecznych aparatów, takich jak: okulary, aparaty słuchowe, samochód przystosowany dla inwalidów, wózek inwalidzki itp.;
- koszty związane z przejazdami chorego do szpitala i na zabiegi;
- koszty związane z przejazdami osób bliskich celem odwiedzin chorego w szpitalu;
- koszty związane z organizacją koniecznej opieki specjalnej i pielęgniarstwa;
- koszty zabiegów rehabilitacyjnych;
- koszty przygotowania do innego zawodu, takie jak: opłaty za kursy, szkolenia, koszty podręczników i innych pomocy, dojazdy itp.;
- koszty wynikające z utraconych zarobków i dochodów oraz innych świadczeń, które poszkodowany mógł osiągnąć, gdyby nie doszło do wyrządzenia mu szkody;
- inne koszty.

W przypadku śmierci poszkodowanego wywołanej uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia świadczenia odszkodowawcze sąsądzane są na mocy art. 446 k.c., według którego zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł, a w szczególnych przypadkach sąd może sąsądzić dodatkowo odszkodowanie, jeśli wskutek śmierci poszkodowanego nastąpiło znaczne pogorszenie sytuacji życiowej jego rodziny, a także zadośćuczynienie za doznaną krzywdę.

Renta odszkodowawcza jest szczególnym przypadkiem odszkodowania. Na mocy art. 444 §2 k.c., który brzmi „jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty”, możemy wyróżnić następujące sytuacje, w których poszkodowanemu będzie przysługiwała renta:

- 1) jeżeli poszkodowany całkowicie lub częściowo utracił zdolność do pracy zarobkowej¹²¹:
 - w razie całkowitej utraty zdolności do pracy renta powinna być ustalona w wysokości równej wszystkim prawdopodobnym zarobkom poszkodowanego,

120 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 119; A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1998, s. 143.

121 Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 255.

jakie by on uzyskał, gdyby nie wyrządzono mu szkody. Nie dotyczy to osoby bezrobotnej, która nie posiada zdolności zarobkowej;

- w razie częściowej utraty zdolności do pracy, wysokość należnej renty powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie poszkodowany przypuszczalnie osiągnąłby w okresie objętym rentą, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a zarobkami, jakie rzeczywiście może w tym czasie osiągać;

2) jeżeli zmniejszyły się poszkodowanemu widoki powodzenia na przyszłość lub/i

3) jeżeli zwiększyły się poszkodowanemu jego potrzeby.

Przyjmuje się, że każda z wymienionych sytuacji może stanowić samodzielną przesłankę do wypłacenia renty. Jednakże tylko przy założeniu, że ich następstwa będą miały charakter trwały (w znaczeniu nieodwracalny). Na tej podstawie wyróżnia się dwa rodzaje rent. Pierwszy rodzaj nazywany jest rentami uzupełniającymi (wyrównawczymi), których zadaniem jest zrekompensowanie utraty dochodów wynikające z utraty zdolności do zarabkowania bądź też zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość (często utożsamianym z utratą innych korzyści majątkowych, jakie mógłby osiągnąć przy pełnej sprawności organizmu). Drugi rodzaj nazywany jest rentami na zwiększone potrzeby, które dotyczą stale powtarzających się świadczeń, takich jak: prowadzenie leczenia, wykonywanie zabiegów, rehabilitacji, specjalne odżywianie, sprawowanie opieki ze strony osób trzecich¹²² itp.

Jak wskazuje m.in. G. Karaszewski, w doktrynie orzeczniczej świadczenia rentowe nie muszą być ograniczone terminem w sentencji wyroku sądu lub umowie zobowiązującej do wypłaty tego świadczenia¹²³. Dlatego też renty mogą występować w dwóch formach: terminowej i bezterminowej.

Forma terminowa co do zasady stosowana jest na wniosek powoda za z góry określony czas (na mocy art. 447 k.c.). Stąd też najczęściej występuje w postaci skapitalizowanej¹²⁴, tj. jednorazowego odszkodowania.

Forma bezterminowa natomiast stosowana jest w sytuacji, gdy sąd nie wskazał terminu końcowego renty. Brak wskazania terminu wynika bowiem z uprawnienia, jakie daje stronom art. 907 §2 k.c.¹²⁵ co do możliwości dokonywania zmian świadczenia rentowego. Na mocy ww. przepisu strony w zależności od potrzeb mogą żądać takich zmian w każdym czasie. W przypadku orzekania o zmianie,

122 B. Chmielowiec, *Przedawnienie roszczeń rentowych w ramach ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnoprawnej sprawcy szkody*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2013, nr 52, s. 17.

123 G. Karaszewski, art. 444, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, J. Ciszewski, P. Nazaruk (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019.

124 Na podstawie przeanalizowanych akt ustalono, że kapitalizacja renty w nomenklaturze prawnej wynika z prostego działania matematycznego. Jest to iloczyn określonego świadczenia rentownego i liczby miesięcy, wyznaczającej czas, przez jaki renta powinna być wypłacana. Przy ustalaniu wysokości tego świadczenia, o ile w wyroku sądowym nie zaznaczono inaczej, nie uwzględnia się utraty wartości pieniądza w czasie oraz odsetek ustawowych.

125 B. Chmielowiec, *Renta na zwiększone potrzeby w świetle orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2011, nr 46, s. 13.

sąd bierze pod uwagę m.in. wszelkie okoliczności dotyczące sytuacji osobistej i majątkowej stron umowy oraz okoliczności obiektywne, w tym też istotny spadek zmiany siły nabywczej pieniądza¹²⁶.

Odszkodowanie wypłacane w formie **zadośćuczynienia** stanowi pieniężny sposób wyrównania szkody niemajątkowej. Jak podaje art. 445 k.c., można się go domagać w razie uszkodzenia ciała, wywołania rozstroju zdrowia, pozbawienia wolności oraz w przypadku skłonienia za pomocą podstęp, gwałtu lub nadużycia stosunku zależności do poddania się czynowi nierządному.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące cechy, jakimi charakteryzuje się to świadczenie¹²⁷:

- jest świadczeniem pieniężnym, gdyż jest wyrażone i realizowane w środkach finansowych;
- jest świadczeniem o charakterze osobistym, ponieważ przynależne jest wyłącznie poszkodowanemu (choć od 2008 r., na mocy art. 445 §3 k.c. może ono przechodzić na spadkobierców – ale tylko wtedy, gdy zostało ono uznane na piśmie lub gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego);
- ma charakter fakultatywny, a jego wysokość uzależniona jest od subiektywnej oceny – co oznacza, że zależy ono od uznania sędziego przy ocenie roszczenia, jednakże z tym zastrzeżeniem, że musi być ono oparte na przesłankach obiektywnych, a zatem musi być szczegółowo umotywowane. Jego przyznanie zależy powinno od całokształtu okoliczności sprawy, tzn. od rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego, odczucia przez niego doznanej krzywdy oraz rodzaju winy sprawcy;
- zadośćuczynienie przyznaje się wyłącznie w formie jednorazowego świadczenia (niezależnie od tego, czy poszkodowany doznał cierpień fizycznych jak i psychicznych oraz czy dotyczy wielu jego dóbr osobistych, które zostały naruszone) – ponieważ jest to świadczenie trudno uchwytne i niewymierne¹²⁸.

Fakt przyznania zadośćuczynienia powinien zależeć od całokształtu okoliczności sprawy. Jego wymiar powinien uwzględniać takie czynniki, jak¹²⁹:

- stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego, który może wyróżniać się poprzez: kalectwo, oszpeccenie, ograniczenie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego;

126 E. Niezbecka, *Komentarz do art. 907 Kodeksu cywilnego*, [w:] A. Kidyba (red.), Z. Gawlik, A. Janiak, K. Kopaczynska-Pieczniak, G. Kozieł, E. Niezbecka, T. Sokołowski, *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 3: *Zobowiązania – część szczególna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 1397–1398.

127 T. Młynarski, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną...*, s. 38; A. Daszewski, *Zadośćuczynienie za szkody niemajątkowe z art. 445 §1 k.c. oraz art. 446 §4 k.c.*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2010, nr 9(2), s. 34–35.

128 Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna...*, s. 258.

129 A. Daszewski, *Zadośćuczynienie za szkody niemajątkowe...*, s. 35–36.

- intensywność i długotrwałość cierpień, wynikających z powstałej choroby, leczenia, rehabilitacji, bolesności zabiegów, operacji, czasu dochodzenia do względnej sprawności i przywrócenia prawidłowych funkcji organizmu;
- nieodwracalność następstw nieszczęśliwego wypadku, zdarzenia, które wpływają na poczucie bezradności życiowej, powstanie niekorzystnych widoków i możliwości dla poszkodowanego na przyszłość;
- wiek poszkodowanego – gdyż intensywność cierpień np. z powodu kalectwa będzie silniejsza u osoby młodej niż osoby w podeszłym wieku, będzie wpływała na inne sfery życia, które napotka ona dopiero w późniejszym wieku, np. dotyczących możliwości zawarcia małżeństwa, planowania rodziny czy kariery zawodowej¹³⁰;
- płeć poszkodowanego – w zależności od doznanej szkody osoby różnej płci inaczej reagują na tę szkodę, co wpływa na intensywność odczuwania cierpienia;
- aktualna i zmieniająca się stopa życiowa społeczeństwa polskiego oraz sytuacja materialna społeczności na terenie zamieszkania poszkodowanego;
- inne bardzo różnorodne czynniki mające u poszkodowanego wpływ na poczucie krzywdy uzależnione od konkretnego stanu faktycznego, których trzeba poszukiwać przy każdej indywidualnej sprawie ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich cech poszkodowanego, takich jak jego pozycja czy wykonywany przed zdarzeniem zawód.

Dodatkowo w doktrynie przyjmuje się, że zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową może pełnić jedną z dwóch funkcji¹³¹:

- kompensacyjną – gdyż przyznawana suma pieniężna ma stanowić ekwiwalent za poniesioną przez poszkodowanego szkodę niemajątkową, a zatem ma wynagrodzić poniesione przez poszkodowanego cierpienia fizyczne i psychiczne czy też utratę radości życia;
- represyjną – gdyż ma stanowić dotkliwą karę dla sprawcy.

Co do zasady zadośćuczynienie jest świadczeniem, o które można wnioskować, gdy dojdzie m.in. do szkody na osobie w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W sytuacji zaś gdy dojdzie do śmierci poszkodowanego zgodnie z art. 445 §3 k.c. może być ono dziedziczone, ale tylko jeśli zostanie uznane na piśmie lub gdy zostanie wytoczone powództwo przeciwko podmiotowi szkodzącemu jeszcze za życia poszkodowanego.

Zadośćuczynienie może być także dochodzone bezpośrednio przez najbliższych członków rodziny poszkodowanego, jeśli ten zmarł w wyniku doznanej szkody (art. 446 §4 k.c.). Jednakże należy pamiętać, że uprawnienie to weszło

¹³⁰ M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia w prawie polskim*, [w:] *Zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu na tle innych systemów prawnych*, aneks na płycie CD, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2 (numer specjalny), s. 14.

¹³¹ A. Szpunar, *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1990, s. 77–80.

w życie dopiero w 2008 r. na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw¹³². Jak podaje G. Karaszewski, roszczenie to może być kumulowane z innymi roszczeniami regulowanymi przez art. 446 k.c., zaś fakt przyznania tego świadczenia uzależniony jest w głównej mierze od względów etycznych¹³³.

Ustalenie odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości jest stosowane wtedy, gdy poszkodowany ma uzasadnione obawy, że w przyszłości mogą pojawić się negatywne skutki np. na zdrowiu, które nie występują w chwili wytoczenia powództwa¹³⁴. Dochodzone jest ono na podstawie art. 189 k.p.c., który odnosi się do możliwości żądania przez powoda ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, jeśli ma w tym interes prawny.

Ustalenie takie otwiera drogę do dochodzenia dalszych roszczeń w momencie ujawnienia się nowej szkody wynikającej z tego samego zdarzenia, które było rozpatrywane w pierwszym powództwie, zwalniając przy tym powoda (poszkodowanego) z obowiązku ponownego udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na który taka odpowiedzialność została nałożona. Pełni ono m.in. funkcję prewencyjno-zapobiegawczą, ponieważ pozwala na przerwanie biegu terminu przedawnienia oraz pozwala na wyeliminowanie lub przynajmniej złagodzenie trudności dowodowych do jakich może dojść w kolejnym postępowaniu odszkodowawczym¹³⁵.

Co do zasady przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody zgodnie z art. 442¹ k.c. następuje:

- w przypadku szkód wyrządzonych czynem niedozwolonym z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia z zastrzeżeniem, że termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę;
- w przypadku szkód wynikłych ze zbrodni lub występku z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia;
- w przypadku szkód na osobie przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia;
- w przypadku zaś szkód na osobie małoletniej nie wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności.

132 Ustawa z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2008, nr 116, poz. 731.

133 G. Karaszewski, art. 446, [w:] (red.) J. Ciszewski, P. Nazaruk, *Kodeks cywilny. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.

134 *Orzecznictwo z komentarzem. Prawo i postępowanie cywilne. Szkody mogące powstać w przyszłości*, „Monitor Prawniczy” 2009, nr 1(17), s. 951–952.

135 A. Szpunar, *Ustalenie odpowiedzialności za szkodę przyszłą*, „Palestra” 1973, nr 5(17), s. 7–18; *Orzecznictwo z komentarzem. Prawo...*, s. 951–952.

Można zatem uznać, że ustalenie odpowiedzialności za szkodę mogącą ujawnić się w przyszłości może pełnić również rolę kompensacyjną, gdyż w przyszłości może stanowić punkt odniesienia dla kolejnych finansowych roszczeń odszkodowawczych.

3.4.6. Odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia medycznego

Odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia medycznego jest formą odpowiedzialności wprowadzoną do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i RPP oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, która stanowi alternatywę dla odpowiedzialności cywilnej.

Jak podaje projektodawca w swoim uzasadnieniu, formie tej nadano charakter ugodowo-mediacyjny. A za główne oczekiwane zalety tego rozwiązania uznano¹³⁶:

- skrócenie czasu dochodzenia roszczeń (ustawa nakazuje rozpatrzyć sprawę przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w czasie nie dłuższym niż 4 miesiące, art. 67j);
- zmniejszenie kosztów dochodzenia roszczeń (bowiem zastosowano stałą opłatę wynoszącą 200 zł od złożenia wniosku, podczas gdy złożenie pozwu w sądzie związane jest z opłatą uzależnioną procentowo od wysokości wnioskowanego roszczenia, art. 67d ust. 3), oraz
- zmniejszenie obciążenia sądów powszechnych postępowaniem w sprawach o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty lecznicze.

Alternatywność tej metody polega na tym, że poszkodowany pacjent lub w razie jego śmierci jego przedstawiciel ustawowy mają prawo wyboru sposobu dochodzenia roszczeń w postaci odszkodowania i zadośćuczynienia przed jedną, ze specjalnie powoływanych przez wojewodów, Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych lub poprzez drogę sądową¹³⁷.

Wspomniane komisje zostały powołane do życia na mocy ww. ustawy w celu ustalenia czy szkoda majątkowa lub niemajątkowa, jakiej doznał pacjent w określonej placówce szpitalnej, została wywołana zdarzeniem medycznym, czy też nie. A zatem w momencie gdy komisja wyda orzeczenie potwierdzające zajście zdarzenia, automatycznie powstanie odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia medycznego.

Jak wskazuje M. Serwach, zasadniczą różnicą w stosowaniu odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego a wystąpieniem błędu medycznego jest fakt, że w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego na poszkodowanym nie ciąży

¹³⁶ D. Tusk, *Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, 15.10.2010, druk 3488, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD/\\$file/3488.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD/$file/3488.pdf) (data dostępu: 10.02.2013).

¹³⁷ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 477–478.

obowiązek udowodnienia winy, natomiast w przypadku odpowiedzialności za wystąpienie błędu medycznego lub innego zdarzenia niepożądanego wywołującego szkodę poszkodowany musi tę winę udowodnić¹³⁸. Oznacza to, że w przypadku odpowiedzialności za zajście zdarzenia medycznego już sam fakt wystąpienia zdarzenia medycznego wystarczy do powstania odpowiedzialności odszkodowawczej w stosunku do podmiotu szpitalnego.

3.4.6.1. Przesłanki odpowiedzialności za zajście zdarzenia medycznego

Przyjmuje się, że dla zaistnienia zdarzenia medycznego muszą być spełnione następujące przesłanki w postaci wystąpienia¹³⁹:

- przyczyny – zdarzenia wyrządzającego szkodę w postaci diagnozy, leczenia, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego;
- skutku – będącego szkodą mającą charakter majątkowy na osobie i/lub szkodą niemajątkową;
- podstawy odpowiedzialności – polegającej na uznaniu, że działania, które doprowadziły do określonego skutku, były niezgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Analizując zatem listę przesłanek odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, należy zauważyć, że różnią się one znacząco od przesłanek odpowiedzialności zastosowanych w przypadku odpowiedzialności cywilnej. Jedną z podstawowych różnic polega na zrezygnowaniu z przesłanki winy, co oznacza, że w przypadku uznania, że do szkody na pacjencie (leczonym w placówce szpitalnej) doszło wskutek zaistnienia działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, należy przyjąć odpowiedzialność tej placówki, bez względu na to kto dopuścił się czynu szkodzącego podczas leczenia.

3.4.6.2. Rodzaje świadczeń odszkodowawczych

W przypadku dochodzenia roszczeń odszkodowawczych poprzez wojewódzką komisję ustawodawca dopuścił możliwość dochodzenia przez poszkodowanego dwóch świadczeń odszkodowawczych, jakimi są odszkodowanie oraz zadośćuczynienie. W odróżnieniu od odpowiedzialności cywilnej ustalił on także górne limity odpowiedzialności w zakresie tych świadczeń w odniesieniu do jednego zdarzenia medycznego przypadającego na jednego pacjenta. Oznacza to, że poszkodowany pacjent nie może wnioskować o wyższe świadczenie. Limity te zgodnie z art. 67k ust. 7 u.p.r.p.p. zostały uzależnione od rodzaju zdarzenia medycznego jakiego doznał poszkodowany, i wynoszą odpowiednio 100 000 zł w przypadku zakażenia,

138 M. Serwach, *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i w praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, s. 146.

139 D. Karkowska, *Charakterystyka Wojewódzkich Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, [w:] D. Karkowska, J. Chojnacki, *Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 106.

uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta oraz 300 000 zł w przypadku śmierci pacjenta – przy czym w takim przypadku wysokość zadośćuczynienia nie może przekraczać 100 000 zł, a odszkodowania 200 000 zł.

Warto także podkreślić, że wojewódzka komisja nie jest odpowiedzialna za określenie wysokości zasądzanego świadczenia. Obowiązek ten ciąży na ubezpieczycielu szpitala (art. 67k ust. 2 u.p.p.r.p.p.), w którym doszło do danego zdarzenia medycznego w związku z posiadaną przez niego polisą ubezpieczenia pacjentów z tytułu zajścia zdarzenia medycznego. W sytuacji zaś gdy szpital nie posiada ww. ubezpieczenia, obowiązek ten spoczywa na nim samym (art. 67k ust. 10 u.p.p.r.p.p.). A zatem podmiot ten staje się jednostką, która sama sobie ustala wymiar odszkodowania, jaki będzie zobowiązana wypłacić poszkodowanemu. Jednakże należy pamiętać, że sposób ustalania wysokości świadczenia odszkodowawczego nie jest w pełni dowolny, bowiem szczegółowy zakres określania wysokości świadczenia odszkodowawczego w przypadku uznania, że do zdarzenia medycznego doszło, został ustalony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego¹⁴⁰, które to rozporządzenie określa elementy, jakie należy wziąć pod uwagę przy określaniu wysokości świadczenia odszkodowawczego w odniesieniu do jednego pacjenta, gdy zajdzie określone zdarzenie medyczne.

Zgodnie z §2 ww. rozporządzenia wysokość świadczenia odszkodowawczego w sytuacji zajścia zdarzenia medycznego w postaci zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta uzależniono od trzech czynników, tj.:

- stopnia pogorszenia zdrowia, jakiego doznał pacjent – przy czym stopień ten oceniany jest na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjenta uzyskanej w trakcie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, przez określenie rodzaju i wysokości procentu uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta;
- pogorszenia jakości życia pacjenta – wynikającego z konieczności zapewnienia pacjentowi opieki osób trzecich lub utraty przez pacjenta zdolności do wykonywania pracy zarobkowej lub braku możliwości podjęcia czy kontynuowania przez niego nauki;
- doznania uciążliwości leczenia lub powstania innej krzywdy pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym.

W przypadku śmierci pacjenta wysokość świadczenia odszkodowawczego ustalana jest przez ubezpieczyciela lub podmiot leczniczy prowadzący szpital

¹⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz. U. 2013, poz. 750, które zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz. U. 2012, poz. 207.

po przeprowadzeniu analizy uzasadnienia orzeczenia Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz dokumentacji przedstawionej przez podmiot składający wniosek, na podstawie której ustala się zakres, intensywność i rozmiar doznanej krzywdy lub pogorszenia sytuacji życiowej podmiotu składającego wniosek (§6 ww. rozporządzenia).

3.5. Metody dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych z tytułu wybranych rodzajów odpowiedzialności

Z przedstawionych w poprzednich punktach rozważań wynika, że szpitale oraz lekarze podlegają wielu reżimom odpowiedzialności. Oznacza to, że poszkodowany w przypadku zajścia szkody medycznej ma szeroki wybór metod dochodzenia odpowiedzialności wobec lekarzy i podmiotów leczniczych w zależności od tego jaki cel chce osiągnąć. Najczęściej takim celem jest chęć uzyskania rekompensaty finansowej w postaci odszkodowania, renty czy zadośćuczynienia np. za poniesione koszty leczenia czy też doznanie bólu, cierpienie. W takiej sytuacji poszkodowany może zastosować jeden z dwóch reżimów odpowiedzialności, w ramach których może się ubiegać o ww. rodzaje świadczeń odszkodowawczych, tj. odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanej działalności leczniczej lub odpowiedzialności z tytułu zajścia zdarzenia medycznego.

Zanim jednak poszkodowany podejmie decyzję, którą metodę dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wybierze, musi być świadomy:

- jak wygląda proces dochodzenia roszczeń finansowych z tytułu omawianych reżimów odpowiedzialności;
- jakich świadczeń odszkodowawczych i w jakiej wysokości może się domagać w ramach poszczególnych reżimów;
- jakie koszty są związane z podjęciem wybranego reżimu odpowiedzialności oraz
- jak długo trwają tego typu postępowania.

Aby zatem zrozumieć specyfikę dalszych rozważań, poddamy dokładniejszemu omówieniu proces dochodzenia roszczeń, zarówno na drodze cywilnej, jak i w trybie Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

3.5.1. Dochodzenie roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej

Jak pokazuje praktyka, dochodzenie roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej jest procesem trudnym i wymagającym uwzględnienia wszystkich okoliczności (istotnych z punktu widzenia ustalenia stanu faktycznego) dotyczących danego

zdarzenia, takich jak: przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy szkody, rodzaj i wysokość szkody oraz ewentualne przyczynienie się poszkodowanego do powstania lub zwiększenia rozmiarów szkody. Stąd też często jest to proces bardzo długi i wymagający poniesienia bardzo wysokich nakładów pieniężnych w trakcie trwania postępowania sądowego.

Procedura likwidacji szkody w ramach odpowiedzialności cywilnej może wystąpić w wyniku¹⁴¹:

- uznania roszczenia przez stronę wezwaną do zapłaty;
- zawarcia ugody między stronami postępowania;
- wydania prawomocnego orzeczenia sądowego w postępowaniu cywilnym.

Procedura postępowania cywilnego uzależniona jest od ilości i rodzaju występowania stron postępowania. Przypomnijmy bowiem, że w sporze cywilnym może wziąć udział oprócz poszkodowanego (pacjenta) i osoby wyrządzającej szkodę (lekarz lub placówka medyczna) ubezpieczyciel osoby szkodzącej. W takim wypadku na mocy art. 72 §2 k.p.c. ustawodawca pozostawił osobie poszkodowanej wybór strony pozywanej. Może ona zatem pozwać tylko ubezpieczyciela podmiotu szkodzącego, tylko podmiot szkodzący (np. szpital lub konkretnego lekarza) bądź też jednocześnie obie strony.

W przypadku pozwania jedynie podmiotu szkodzącego lub tylko zakładu ubezpieczeń każda z wymienionych stron ma dodatkowo prawo do przypozwania¹⁴² drugiej z nich w charakterze interwenienta ubocznego¹⁴³. Zgodnie z art. 79 k.p.c. interwenient uboczny jest uprawniony do wszelkich czynności procesowych dopuszczalnych według stanu sprawy, byleby nie pozostawały one w sprzeczności z czynnościami i oświadczeniami strony do której przystąpił. W sytuacji zaś gdy dochodzi do bezpośredniego pozwania obu tych instytucji ich odpowiedzialność będzie miała nieco inny charakter określony na podstawie art. 72–73 k.p.c.¹⁴⁴

141 M. Gasińska, *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2: *Produkty*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2001, s. 345.

142 **Przypozwanie** – zgodnie z art. 8 k.p.c. jest to instytucja prawa cywilnego polegająca na tym, że strona, której w razie niekorzystnego dla niej rozstrzygnięcia przysługiwałoby roszczenie względem osoby trzeciej, albo przeciwko której osoba trzecia mogłaby wystąpić z roszczeniem, może zawiadomić taką osobę o toczącym się procesie i wezwać ją do wzięcia w nim udziału.

143 **Interwenient** – zgodnie z art. 74–77 k.p.c. interwenientem w postępowaniu cywilnym jest osoba, która nie jest pozwana, ale ma swój interes prawny w tym, by uczestniczyć w danym postępowaniu. Wyróżnia się interwenienta głównego oraz ubocznego. **Interwenient główny** to osoba, która występuje z roszczeniem o rzecz lub prawo, o które toczy się sprawa pomiędzy innymi osobami i która może aż do zamknięcia rozprawy w I instancji wytoczyć powództwo o tę rzecz lub prawo przeciwko obu stronom przed sąd, w którym toczy się sprawa. **Interwenient uboczny** zaś to osoba, która ma interes prawny w tym, aby sprawa została rozstrzygnięta na korzyść jednej ze stron, stąd też może w każdym stanie sprawy, aż do zamknięcia rozprawy w II instancji, przystąpić do tej strony.

144 A. Raczyński, *Materialnoprawne i procesowe aspekty realizacji roszczeń objętych ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 11(2), s. 23.

W sytuacji zatem gdy w sprawie po stronie pozwanej wystąpi kilka podmiotów, mamy do czynienia z tzw. odpowiedzialnością *in solidum*, polegającą na tym, że każda ze zobowiązanych stron odpowiada za całość świadczenia, a zaspokojenie roszczenia przez jedną z tych stron powoduje wygaśnięcie pretensji wierzyciela w stosunku do pozostałych dłużników¹⁴⁵.

Jak podaje się w broszurze informacyjnej pt. *Obywatel w postępowaniu cywilnym* pierwszym krokiem przed wniesieniem pozwu do sądu powinno być wezwanie do polubownego rozwiązania sporu. W tym celu wskazanym jest wezwać pisemnie szkodzącego do dobrowolnego spełnienia żądania poszkodowanego pod rygorem skierowania sprawy do sądu cywilnego¹⁴⁶. Od 2016 r. natomiast na mocy znowelizowanej ustawy Kodeks postępowania cywilnego (k.p.c.)¹⁴⁷ art. 187 §1 ust. 3 w każdym pozwie należy dodatkowo umieścić informację o tym czy strony sporu podjęły wcześniej jakiejkolwiek próby mediacji lub innego pozasądowego sposobu rozwiązania sporu. Jeśli określono, że takich prób nie podjęto, to fakt ten również należy wyjaśnić w tym pozwie.

W odpowiedzi na to pismo mogą wystąpić trzy możliwości: uwzględnienie danego roszczenia przez stronę wezwaną do zapłaty, podjęcie próby załatwienia w sposób satysfakcjonujący obie strony poprzez zawarcie ugody lub może dojść do odmowy zapłaty danego roszczenia, a wtedy do wytoczenia sprawy cywilnej na drodze sądowej.

Rozpatrywanie spraw cywilnych w obecnym systemie sądownictwa należy do kompetencji¹⁴⁸:

- sądów powszechnych, w skład których zalicza się: sądy rejonowe, sądy okręgowe, sądy apelacyjne oraz
- Sądu Najwyższego.

Właściwość sądowa została określona w rozdziale pierwszym k.p.c., który wyodrębnił jej trzy rodzaje:

- rzeczową – określającą który sąd rozpoznaje dany rodzaj sprawy w I instancji;
- miejscową – określającą który sąd jest terytorialnie właściwy do rozpoznania danej sprawy, oraz
- funkcjonalną – określającą jakie sprawy załatwia oraz jakie czynności podejmuje sąd określonego szczebla.

Nie wchodząc w szczegóły (gdyż nie jest to przedmiotem niniejszych rozważań), ograniczono się tylko do wyjaśnienia właściwości rzeczowej. W myśl art. 16 k.p.c., sądy rejonowe rozpatrują wszystkie sprawy z wyjątkiem tych, dla których przewidziana jest właściwość sądu okręgowego, która z punktu widzenia szkód na

145 A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 103.

146 M. Pyrcak, T. Sroka, E. Stańczyk, G. Szudy, *Obywatel w postępowaniu cywilnym. Prawa i obowiązki*, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2009, s. 17.

147 Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. 2016, poz. 1822.

148 M. Goettel, *Podmioty postępowania cywilnego*, [w:] M. Goettel, A. Bieliński, J. Piszczek, *Elementarny kurs postępowania cywilnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2007, s. 30.

pacjentach określona jest w art. 17 pkt 4 k.p.c. Artykuł ten stanowi, że do właściwości sądów okręgowych należą sprawy: **o prawa majątkowe, w których wartość przedmiotu sporu przewyższa siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych¹⁴⁹, oprócz spraw o alimenty, o naruszenie posiadania, o ustanowienie rozdzielności majątkowej między małżonkami, o uzgodnienie treści księgi wieczystej z rzeczywistym stanem prawnym oraz spraw rozpoznawanych w elektronicznym postępowaniu upominawczym.**

Wniesienie powództwa do Sądu I instancji inicjuje zatem proces dochodzenia świadczenia odszkodowawczego na drodze cywilnej. Poszczególne etapy tego procesu prezentuje rysunek 25.

Etapem inicjującym proces dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w postępowaniu cywilnym jest wniesienie pozwu do odpowiedniego sądu I instancji. Pozew jest to pismo procesowe kierowane do sądu, stanowiące wniosek strony powodowej o udzielenie sądowej ochrony prawnej dokładnie określonemu żądaniu, uzasadnionemu i skonkretyzowanemu przytoczonymi okolicznościami faktycznymi¹⁵⁰. To, z jakich elementów powinien składać się każdy pozew, zostało uregulowane przez art. 187 k.p.c.

Po wpłynięciu pozwu do odpowiedniego sądu zostaje rozpoczęty etap kontroli, który realizowany jest przez określony w pozwie sąd. Etap ten inicjowany jest przez wpisanie sprawy do właściwej księgi, a kończony jest poprzez wydanie zarządzenia o doręczeniu pozwu stronie pozwanej. Do zadań sądu na tym etapie należy m.in. kontrola pozwu pod względem:

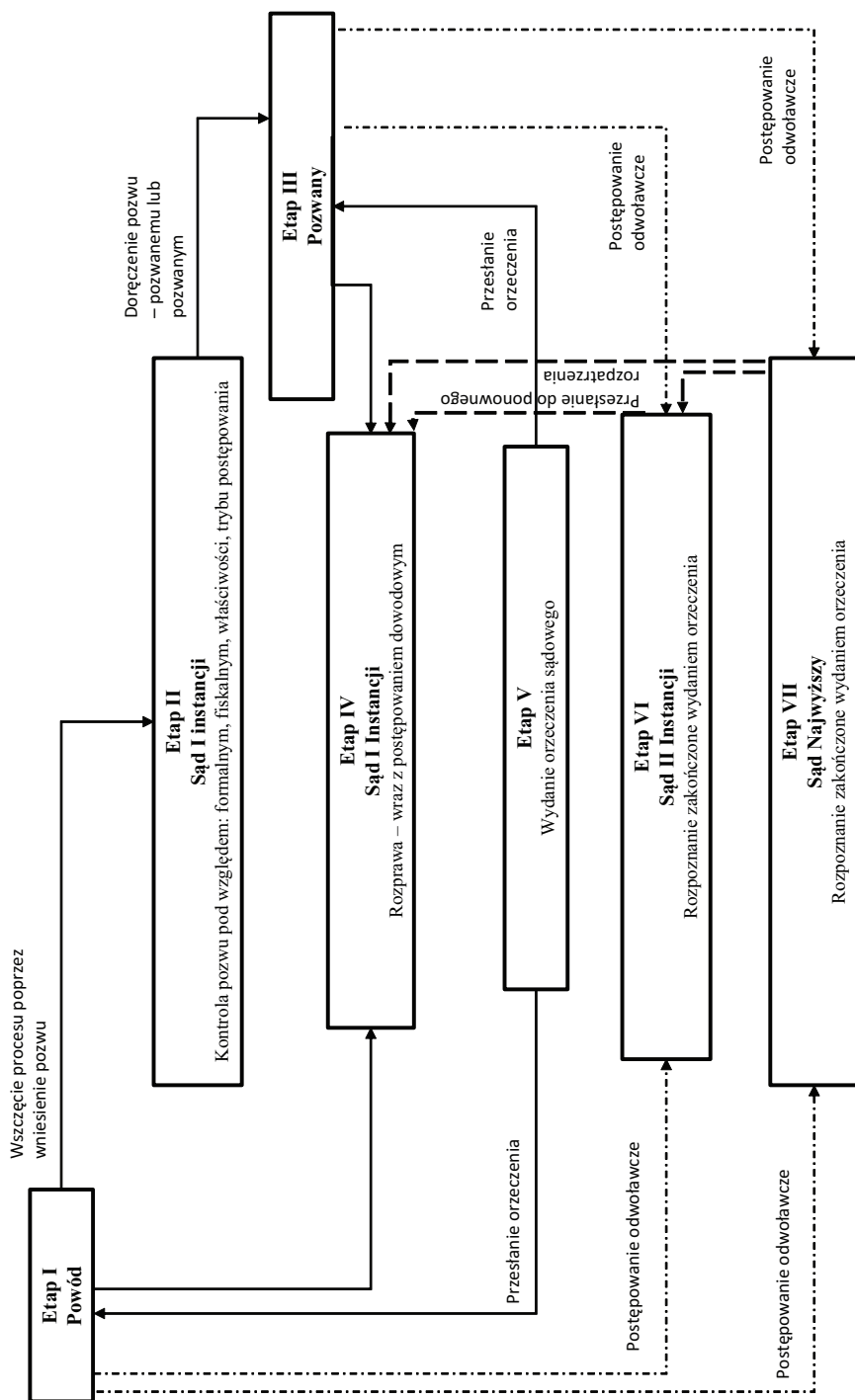
- formalnym i fiskalnym – co oznacza, że sprawdzeniu podlega czy pozew spełnia tzw. wymogi formalne szczególne (które zostały zawarte w art. 187 k.p.c.) oraz ogólne (zawarte w art. 125–128), oraz czy wszystkie niezbędne opłaty (określone m.in. w art. 130^{3,4} k.p.c.) zostały uiszczone;
- właściwości sądowej i trybu postępowania – właściwość sądowa określana jest na podstawie art. 16–46 k.p.c., natomiast tryb postępowania na podstawie art. 13 k.p.c.

Po przeprowadzeniu wszelkich czynności sprawdzających dochodzi zatem do etapu trzeciego poprzez poinformowanie strony pozwanej o toczącym się postępowaniu poprzez doręczenie mu pozwu. Po doręczeniu zaś pozwany sam decyduje czy chce wziąć aktywny udział w postępowaniu, czy też nie.

Pozwany na tym etapie ma prawo odnieść się do pozwu, jak również ma prawo do przypozwania innego podmiotu, który z racji posiadania określonej umowy z pozwanym może mieć istotny interes prawny w tym, aby sprawa została

149 Pierwotnie próg ten został określony w art. 1 pkt 2 lit. b Dz. U. 2000, nr 48, poz. 554 – ustawa Kodeks postępowania cywilnego, ustawa o zastawie rejestrowym i rejestrze zastawów, ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz ustawy o komornikach sądowych i egzekucji i wynosił 35 000 zł, jednak uległ podwyższeniu na mocy art. 1 pkt 6 lit. b Dz. U. 2004, nr 172, poz. 1804 – Ustawa Kodeks postępowania cywilnego oraz niektóre inne ustawy.

150 P. Telenga, *Komentarz do art. 187 k.p.c.*, [w:] J. Bodio i in., *Kodeks postępowania cywilnego*, t. 1: *Komentarz do art. 1–729*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 355.



Rysunek 25. Etapy procesu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w postępowaniu cywilnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Wiśniewski, *Przebieg procesu cywilnego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

rozstrzygnięta na korzyść pozwanego. W ramach odpowiedzi na pozew pozwany ustosunkowuje się do żądań pozwu oraz jego twierdzeń poprzez¹⁵¹:

- uznanie powództwa;
- zgłoszenie zarzutów formalnych;
- zgłoszenie zarzutów merytorycznych lub
- wytoczenie powództwa wzajemnego¹⁵².

Kolejnym etapem jest rozprawa sądowa wraz z przeprowadzeniem postępowania sądowego. Jego istotą jest ustne i bezpośrednie procedowanie przed sądem w celu doprowadzenia do wyrokowania o istocie sporu. W trakcie trwania rozprawy dochodzi do¹⁵³:

- wyjaśniania podstawy faktycznej sporu;
- zebrania informacji o prawdziwości okoliczności związanych z podstawą sporu;
- ustalenia stanu faktycznego rozstrzygnięcia sprawy.

Jak podaje A. Marciniak, rozpoznanie sprawy może być dokonane na wielu rozprawach, jeśli dochodzi do ich odroczenia¹⁵⁴.

Etap piąty stanowi wyrokowanie, które następuje po zamknięciu rozprawy. Na wyrokowanie wpływa m.in.¹⁵⁵:

- narada nad wyrokiem, podczas której dochodzi do dyskusji, głosowań (dotyczy jedynie sytuacji, gdy do rozpoznania sprawy dochodzi w składzie jednego sędziego i dwóch ławników lub trzech sędziów zawodowych) oraz spisania sentencji wyroku;
- ogłoszenie wyroku poprzez jego odczytanie, ustne wskazanie powodów rozstrzygnięcia oraz udzielenie informacji o możliwych środkach odwoławczych.

Jeśli wszystkie strony uczestniczące w postępowaniu nie wniosą żadnych środków odwoławczych w terminie dwutygodniowym od doręczenia stronie skarżącej wyroku z uzasadnieniem (art. 363 oraz 369 k.p.c.), orzeczenie sądowe staje się prawomocne, a tym samym proces dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w postępowaniu cywilnym kończy się.

W przypadku zaś gdy któraś ze stron uczestniczących w postępowaniu nie zgadza się z wydanym orzeczeniem poprzez uznanie, że jest ono obarczone błędami lub uchybieniami sądu I instancji, może ona odwołać się do sądu II instancji (poprzez wniesienie apelacji) w celu skontrolowania prawidłowości orzeczeń wydanych

151 T. Wiśniewski, *Przebieg procesu cywilnego...*, s. 191.

152 Ze względu na to, że przebieg procesu cywilnego nie jest tematem niniejszego opracowania, a jedynie stanowi tło dla dalszych rozważań, pewne pojęcia terminologiczne nie będą tu rozwijane. Szerzej na ten temat m.in.: T. Wiśniewski, *Przebieg procesu cywilnego...*; K. Knoppek, *Postępowanie cywilne*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015.

153 T. Wiśniewski, *Przebieg procesu cywilnego...*, s. 210.

154 A. Marciniak, *Rozprawa. Ugoda sądowa*, [w:] W. Broniewicz, A. Marciniak, I. Kunicki, *Postępowanie cywilne w zarysie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 254.

155 T. Wiśniewski, *Przebieg procesu cywilnego...*, s. 294.

w postępowaniu przed sądem I instancji¹⁵⁶. A zatem fakt wniesienia apelacji do sądu II instancji rozpoczyna etap szósty dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Na tym etapie dochodzi do sprawdzenia czy apelacja spełnia ustawowe wymogi formalne, a następnie dochodzi do rozpoznania sprawy przez sąd w granicach objętych apelacją (art. 378 k.p.c.). Po rozpoznaniu sprawy sąd II instancji może uwzględnić apelację poprzez wydanie wyroku zmieniającego lub uchylającego wyrok I instancji bądź też może oddalić apelację, jak również w określonych przypadkach może dojść do umorzenia postępowania apelacyjnego. Z chwilą wydania orzeczenia sądu II instancji orzeczenie to uprawomocnia się, co oznacza, że staje się wykonalne. A zatem dochodzenie roszczeń odszkodowawczych w postępowaniu cywilnym kończy się. Jednakże w przypadku wyroku uchylającego zaskarżony wyrok sąd II instancji może przekazać sprawę do ponownego rozpatrzenia sądowi I instancji¹⁵⁷, a tym samym skierować ponownie sprawę na etap czwarty.

Od wyroku sądu II instancji przysługuje jeszcze jeden środek odwoławczy, jakim jest skarga kasacyjna kierowana do Sądu Najwyższego, która stanowi nadzwyczajny środek zaskarżenia. Skarga kasacyjna stosowana jest do kontroli prawidłowości orzeczeń sądów niższych rzędów i może być przeprowadzona tylko na podstawie materiału, jakim dysponował sąd II instancji. Jeśli środek ten zostanie zastosowany, powstaje etap siódmy w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych. Wniosek kasacyjny może dotyczyć uchylenia albo uchylenia i zmiany zaskarżonego wyroku. Sąd Najwyższy zatem na tym etapie rozpatruje sprawę, a następnie wydaje orzeczenie o¹⁵⁸:

- odrzuceniu skargi;
- przyjęciu lub nie skargi kasacyjnej do rozpoznania;
- oddaleniu skargi kasacyjnej lub
- uwzględnieniu skargi kasacyjnej i przekazaniu sprawy do ponownego rozpoznania przez sąd, który wydał zaskarżone orzeczenie lub sądowi równorzędnemu – co oznacza, że sprawa może wrócić na etap czwarty lub szósty.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy stwierdzić, że dochodzenie roszczeń na drodze cywilnej jest wieloetapowe, co sprawia, że jest ono wysoce czasochłonne i może wiązać się z koniecznością poniesienia wysokich nakładów finansowych. Dlatego też przed powzięciem decyzji o podjęciu tego typu postępowania należy przyjrzeć się kosztom, jakie są związane z tego typu postępowaniami.

Koszty postępowania sądowego uzależnione są bowiem w szczególności od takich czynników, jak: wartość przedmiotu sporu (WPS), rodzaj sprawy (jej skomplikowanie) oraz czas trwania. Zgodnie z ustawą z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych kosztem są m.in.¹⁵⁹:

¹⁵⁶ Tamże, s. 308.

¹⁵⁷ I. Kunicki, *Środki zaskarżenia*, [w:] W. Broniewicz, A. Marciniak, I. Kunicki, *Postępowanie cywilne w zarysie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 317–328.

¹⁵⁸ Tamże, s. 332–342.

¹⁵⁹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz. U. 2020, poz. 755 (dalej: u.k.s.).

- wszelkiego rodzaju opłaty od czynności procesowych, takich jak: wniesienie pozwu, apelacji, zażalenia, skargi kasacyjnej, złożenia wniosku czy skargi;
- koszty związane z reprezentacją adwokata i jego wynagrodzenia;
- koszty biegłych sądowych;
- wydatki związane ze stawianictwem świadków, takie jak: koszty podróży, zakwaterowania;
- koszty utraconego zarobku;
- koszty mediacji;
- inne.

W przypadku opłat sądowych wyróżniono ich 3 rodzaje: opłaty stałe, stosunkowe oraz opłaty podstawowe (m.in. stosowane w sprawach, w których przepisy nie przewidują opłaty stałej lub stosunkowej). Zgodnie z art. 12 u.k.s. opłata stała pobierana jest w przypadku spraw o prawa niemajątkowe oraz we wskazanych w ustawie niektórych sprawach o prawa majątkowe, w wysokości jednakowej (min. 30 zł – max. 10 000 zł), niezależnie od wartości przedmiotu sporu lub wartości przedmiotu zaskarżenia.

W przypadku spraw o prawa majątkowe, w zależności od wysokości przedmiotu sporu, zamiast opłaty stałej może być zastosowana opłata stosunkowa, która stanowi określony procent przedmiotu sporu. Przyjrzyjmy się zatem jak na przestrzeni badanych lat zmieniały się wysokości opłat sądowych związanych z wniesieniem powództwa sądowego (tabela 19).

Tabela 19. Rodzaje opłat sądowych i ich wysokości w zakresie wniesienia pozwu w latach 2005–2021

Okres obowiązywania danej stawki	Rodzaje opłat za wniesienie pozwu	
2005–2019	opłata stosunkowa wynosząca 5% WPS (min. 30 zł – max. 100 000 zł)	
2019–2021	opłata stała uzależniona od WPS:	
	do 500 zł	30
	500–1500 zł	100
	1500–4000 zł	200
	4000–7500 zł	400
	7500–10 000 zł	500
	10 000–15 000 zł	750
	15 000–20 000 zł	1000
	opłata stosunkowa wynosząca 5% WPS, jeśli WPS przekracza 20 000 zł (opłata ta nie może przekroczyć 200 000 zł)	

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Obserwując tabelę 19, należy zauważyć, że stawki za wniesienie pozwu do sądu cywilnego w badanym okresie nie były poddawane częstym zmianom. Zmiana jaka zaszła w 2019 r. miała na celu nieznaczne podwyższenie stawek poprzez ustalenie opłaty stałej w stosunku do przedmiotu sporu o wartości nieprzekraczającej 20 000 zł. W sytuacji zaś gdy wartość przedmiotu sporu przewyższa 20 000 zł, pozostawiono niezmienną opłatę stosunkową na poziomie 5%, jednocześnie istotnie podwyższając możliwą maksymalną opłatę na poziomie 200 000 zł. A zatem *de facto* znacząco podwyższono próg dostępności do tego reżimu odpowiedzialności.

Kolejnym bardzo wysokim kosztem w postępowaniu procesowym są koszty zastępstwa procesowego. Ze względu na szczególnie skomplikowaną materię spraw cywilnych z tytułu powstania szkody medycznej często takie zastępstwo staje się niezwykle ważne. Minimalne koszty zastępstwa procesowego określone są przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie¹⁶⁰. Jak można zauważyć w tabeli 20, również i te koszty uzależnione są od wartości przedmiotu sporu, jednakże te w praktyce ostatecznie ustalane są indywidualnie w przypadku każdej sprawy, gdyż progi ustalone w rozporządzeniu są jedynie minimalnymi stawkami, jakie należy pobrać.

Tabela 20. Minimalne koszty zastępstwa procesowego stosowane w latach 2002–2021

Progi dla stawek zastępstwa procesowego	Minimalne stawki zastępstwa procesowego w zł		
	2002–2015	2015–2016	2016–2021
poniżej 500 zł	60	120	90
500–1500 zł	180	360	270
1500–5000 zł	600	1200	900
5000–10 000 zł	1200	2400	1800
10 000–50 000 zł	2400	4800	3600
50 000–200 000 zł	3600	7200	5400
200 000–2 000 000 zł	7200	14 400	10 800
2 000 000–5 000 000 zł			15 000
powyżej 5 000 000 zł			25 000

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielanej z urzędu.

W przypadku spraw cywilnych z tytułu powstania szkód medycznych następnym bardzo istotnym kosztem są koszty powoływania biegłych sądowych. W zależności od rodzaju sprawy i jej skomplikowania strony mogą wnieść o sporządzenie

¹⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie, Dz. U. 2015, poz. 1800, które zastąpiło rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielanej z urzędu Dz. U. 2013, poz. 461.

jednej lub kilku opinii eksperckich. Koszt wydania opinii biegłych uzależniony jest od dwóch czynników: wynagrodzenia za wydanie opinii oraz ewentualnych dodatkowych kosztów poniesionych przez biegłego. Wynagrodzenie zaś biegłego ustalane jest na podstawie stawek godzinowych określonych rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym¹⁶¹. Zgodnie z §2 ww. rozporządzenia stawka za wynagrodzenie biegłego uzależniona jest od kilku elementów, m.in.: od tzw. kwoty bazowej (która ustalana jest co roku przez ustawę budżetową dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe), posiadanego przez biegłego tytułu naukowego, złożoności problemu będącego przedmiotem opinii oraz warunków, w jakich opracowywana jest opinia, a co za tym idzie od czasu jaki należy poświęcić na zbadanie sprawy przez biegłego. W przypadku spraw, w których niezbędny jest biegły z dziedziny medycyny, stawki mogą być również ustalane według taryfy zryczałtowanej. Dodatkowo w razie szczególnie złożonego charakteru problemu będącego przedmiotem opinii na mocy §4 omawianego rozporządzenia, stawka może być podwyższona aż do 50% kwoty bazowej. Wysokość obowiązujących kwot bazowych oraz stawek godzinowych w latach 2005–2021 prezentują odpowiednio tabela 21 oraz tabela 22.

Tabela 21. Kwota bazowa obowiązująca w latach 2005–2021

Okres obowiązywania kwoty bazowej	2005–2007	2008	2009–2010	2011–2016	2017–2021
Kwota bazowa	1701,22	1766,46	1835,35	1766,46	1789,42

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustaw budżetowych z lat 2005–2021.

Tabela 22. Stawka godzinowa za pracę biegłego sądowego uzależniona od kwoty bazowej

Okres obowiązywania stawek	2005–2013	2013–2021
Prof.	3,70%	3,93%
Dr hab.	2,90%	3,08%
Dr	2,40%	2,55%
Biegły bez tytułu naukowego min–max	1,2–1,7%	1,28–1,81%
Przykładowa stawka zryczałtowana dla biegłego z dziedziny medycyny za wydanie opinii sądowej na podstawie akt sądowych min–max	4,8–20,4%	5,1–21,65%

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym, oraz rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym.

¹⁶¹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym, Dz. U. 2020, poz. 989.

Należy przy tym zauważyć, co podkreśla K. Janczukowicz, że zgodnie ze stanowiskiem sądów administracyjnych czynności biegłego sądowego podlegają, zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług¹⁶², opodatkowaniu podatkiem VAT w wysokości 23%¹⁶³.

Kolejnym kosztem, jaki należy szacować w momencie podjęcia sprawy cywilnej, są koszty związane z powoływaniem świadków w postaci: kosztów podróży, noclegów czy kosztów utraconego zarobku. Na mocy art. 85 i 86 u.k.s. każdemu świadkowi przysługuje zwrot należności z ww. tytułów. W przypadku kosztów podróży oraz noclegów ustalono górną granicę tych należności na poziomie określonym przez rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży¹⁶⁴. W przypadku zaś utraconego zarobku górną granicę należności ustalono na poziomie 4,6% kwoty bazowej dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy stwierdzić, że rozpatrzenie sprawy w postępowaniu cywilnym może wiązać się z bardzo wysokimi kosztami. Oczywiście w toku postępowania sądowego sąd może zwolnić stronę od ponoszenia tych kosztów w części (art. 101 u.k.s.) lub całości (art. 100 u.k.s.), jeśli ta złoży odpowiednie oświadczenie (wraz z wymaganymi dokumentami), z którego wynika, że nie jest ona w stanie ponieść takiego ciężaru bez uszczerbku dla utrzymania siebie i rodziny (art. 102 u.k.s.). Jednakże należy pamiętać, że na mocy art. 108 u.k.s. zwolnienie takie nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi (jeśli np. dojdzie do oddalenia powództwa). W sytuacji zaś gdy strona zwolniona z uiszczenia kosztów sądowych przegra sprawę, obowiązana będzie do zwrotu na żądanie przeciwnika zarówno kosztów procesu, jak i kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia praw (art. 98 k.p.c.).

3.5.2. Dochodzenie roszczeń z tytułu zajścia zdarzenia medycznego

Alternatywnym pozasądowym sposobem dochodzenia roszczeń finansowych przez poszkodowanych pacjentów może być wszczęcie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Wszelkie zasady tego

162 Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, Dz. U. 2021, poz. 685 (dalej: u.p.t.u.).

163 K. Janczukowicz, *Podatek VAT a czynności biegłego w postępowaniu sądowym*, Portal LEX, 2020, <https://sip-lex-1pl-1004153vf16b7.han3.lib.uni.lodz.pl/#/publication/419684751/janczukowicz-krzysztof-podatek-vat-a-czynnosci-bieglego-w-postepowaniu-sadowym?keyword=wynagrodzenie%20bieg%C5%82ego%20a%20vat&cm=STOP> (data dostępu: 19.04.2022).

164 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży, Dz. U. 2013, poz. 167.

postępowania regulowane są ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 67a–67o). Na ich podstawie wyróżnić można dwa główne jego etapy:

- etap I – postępowanie w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego;
- etap II – orzeczenie w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego.

Wszczęcie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (rysunek 26) inicjowane jest poprzez wniesienie odpowiedniego wniosku do komisji oraz uiszczenie opłaty określonej w u.p.p.r.p.p. Po wpłynięciu wniosku następuje sprawdzenie go pod względem formalnym, a także poinformowanie kierownika podmiotu prowadzącego szpital oraz jego ubezpieczyciela (jeśli występuje) o toczącym się postępowaniu. Strony te następnie mają 30 dni na przedstawienie swojego stanowiska w sprawie wraz z ewentualnymi dowodami na poparcie swojego stanowiska. Kolejnym punktem jest dojście do posiedzenia komisji wraz z postępowaniem. Zgodnie z art. 67j ust. 2 u.p.p.r.p.p. nie może ono przekroczyć 4 miesięcy. W tym czasie komisja ma prawo:

- wzywać do wyjaśnień wszystkie podmioty zainteresowane wynikiem sprawy (art. 67i ust. 4);
- żądać dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy (art. 67i ust. 5 pkt 1);
- przeprowadzać postępowanie wyjaśniające w szpitalu (art. 67i ust. 5 pkt 2);
- dokonywać wizytacji pomieszczeń i urządzeń placówki (art. 67i ust. 5 pkt 3);
- zasięgać opinii lekarza lub konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dyscyplinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 67i ust. 7).



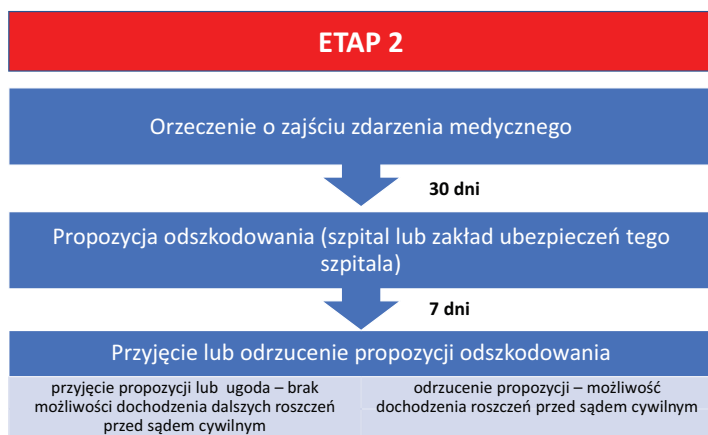
Rysunek 26. Pierwszy etap postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Źródło: opracowanie własne.

Po zakończeniu postępowania dowodowego komisja zobowiązana jest wydać orzeczenie końcowe stwierdzające fakt wystąpienia zdarzenia medycznego lub jego brak wraz z uzasadnieniem. Zgodnie z art. 67j ust. 3 i 4 u.p.p.r.p.p., orzeczenie

to powinno zapaść po naradzie w drodze głosowania w obecności całego składu orzekającego. Decyzja o przyjęciu, że do zdarzenia medycznego doszło, podejmowana jest w momencie uzyskania $\frac{3}{4}$ głosów za uznaniem tego faktu. W przypadku gdy członek komisji sprzeciwia się większości głosów, zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko.

W momencie wydania orzeczenia uznającego, że do określonego we wniosku zdarzenia medycznego doszło, rozpoczyna się kolejny, niezwykle istotny etap postępowania – ustalenie wysokości odpowiedniego świadczenia odszkodowawczego (rysunek 27).



Rysunek 27. Drugi etap postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Źródło: opracowanie własne.

Na ustalenie i przedstawienie propozycji wysokości świadczenia odszkodowawczego ustawodawca wyznaczył 30 dni. Podmiotami zaangażowanymi do ustalenia tej kwoty zostały uznane (w myśl ustawy art. 67k ust. 2 i 10 u.p.r.p.p.) szpital lub jego ubezpieczyciel (jeśli występuje).

Następnie, po ogłoszeniu decyzji o proponowanej wysokości świadczenia odszkodowawczego, podmiot, który wniósł wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, w ciągu siedmiu dni od momentu otrzymania decyzji o ustaleniu wysokości ewentualnego świadczenia odszkodowawczego został zobowiązany do podjęcia decyzji czy przyjmuje określoną propozycję wypłaty świadczenia odszkodowawczego, czy też ją odrzuca (67k ust. 5 u.p.r.p.p.). Decyzja ta jest istotna z punktu widzenia możliwości dochodzenia dalszych roszczeń na drodze cywilnej. W sytuacji bowiem gdy wnioskodawca przyjmie proponowane świadczenie lub zawrze umowę ugodową ze szpitalem, w którym doszło do zdarzenia medycznego, nie będzie mógł on w późniejszym czasie dochodzić dodatkowych świadczeń na drodze sądowej (67k ust. 6 u.p.r.p.p.). W przypadku zaś odrzucenia takiej propozycji poszkodowany ma prawo dochodzić swoich roszczeń, niekiedy dużo wyższych niż w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, na drodze sądowej w ramach odpowiedzialności cywilnej.

Tabela 23. Rodzaj podmiotu zobowiązanego do wypłaty świadczenia odszkodowawczego w razie uznania przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Pułap kompensacji następstw zdarzeń medycznych	Podmiot zobowiązany do wypłaty świadczeń	
	gdy szpital zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych	gdy szpital nie zawarł umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych
W granicach limitów ustawowych	ubezpieczyciel	szpital
Po wyczerpaniu się sumy ubezpieczenia	ubezpieczyciel szpital	ubezpieczyciel szpital

Źródło: W.W. Mogiński, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 133.

Podobnie jak w przypadku dochodzenia roszczeń na drodze cywilnej, tak i w przypadku dochodzenia roszczeń przed Wojewódzkimi Komisjami ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych należy być świadomym jakie koszty związane są z podjęciem tego typu postępowania. Koszty te uzależnione są od trzech elementów:

- opłaty od wniosku składanego do wojewódzkiej komisji, która wynosi 200 zł (67d ust. 3 u.p.r.p.p.);
- kosztów sporządzenia opinii przez biegłego oraz
- kosztów stawiennictwa osób wezwanych przed komisję.

Wysokość powyższych kosztów została ustalona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych¹⁶⁵ (tabela 24).

Tabela 24. Wysokość zryczałtowanych kosztów w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Rodzaje kosztów		Wysokość zryczałtowanych kosztów (zł)
Koszty sporządzenia opinii przez biegłego w ramach postępowania przed Komisją Wojewódzką ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	biegły bez tytułu naukowego	300,00
	biegły z tytułem dr	360,00
	biegły z tytułem dr hab.	400,00
	biegły z tytułem prof.	450,00
koszty podróży, za każde 100 km		83,58
koszty noclegu, za każdy nocleg		34,50
koszty utraconych zarobków w związku z koniecznością stawiennictwa przed komisją, za każdy dzień		153,57

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

¹⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, Dz. U. 2011, nr 294, poz. 1740.

3.5.3. Postępowanie mediacyjne

Zgodnie z definicją przedstawioną przez M. Białeckiego¹⁶⁶ za *A Dictionary of Law* mediacja jest to jedna z alternatywnych (w stosunku do rozwiązywania sporów w postępowaniu sądowym) form rozwiązywania konfliktu między stronami przy udziale osoby trzeciej (zwanej mediatorem), która spełnia warunek bezstronności i neutralności w stosunku do stron. Zgodnie z tą zasadą mediator nie reprezentuje interesów żadnej ze stron, ale czuwa nad komunikacją, wspiera przebieg negocjacji, łagodzi powstające napięcia oraz pomaga w wypracowaniu rozwiązania.

Z mediacją można się spotkać w przypadku różnych rodzajów odpowiedzialności. W szczególności wyróżnia się mediacje: karne, cywilne, rodzinne, gospodarcze, pracownicze i rówieśnicze.

Postępowanie mediacyjne, jak podaje E. Bieńkowska, zostało wprowadzone po raz pierwszy do polskiego ustawodawstwa w ustawie o rozwiązywaniu sporów zbiorowych z 23 maja 1991¹⁶⁷, w której to nadano jej charakter obligatoryjny i niezbędny. Następnym aktem prawnym, w którym się pojawiła, był Kodeks postępowania karnego z 1997 r., który sprowadził mediację do instytucji uzupełniającej postępowanie karne, oraz nadał jej charakter dobrowolności. W dalszej kolejności mediacja została wprowadzona w 2001 r. przez nowelizację ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich¹⁶⁸, a od 2005 r. instytucję tę zaczęto również stosować w odniesieniu do spraw cywilnych poprzez nowelizację Kodeksu postępowania cywilnego¹⁶⁹, dając możliwość zawierania ugody (art. 10 k.p.c.)¹⁷⁰. Ustawa ta rozszerzyła Rozdział 1 Działu II o oddział 1 pt. *Mediacja*, który szczegółowo reguluje proces mediacji. Istotne znaczenie miała również kolejna nowelizacja Kodeksu postępowania cywilnego z 2015 r., która ostatecznie zmieniła podejście do mediacji jako działania, do którego powinny dążyć strony, wskazując ją jako podstawową metodę rozwiązywania sporów¹⁷¹.

Z punktu widzenia omawianej tematyki również istotne znaczenie ma ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r., która – jak wspomniano w punkcie 3.4.2 – wprowadziła instytucję mediacji do rozwiązywania sporów na drodze odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Tego typu mediacja jest możliwa, jeśli strony postępowania wyrażą chęć do jej podjęcia poprzez poinformowanie o tym fakcie

166 M. Białecki, *Mediacja w postępowaniu cywilnym*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.

167 Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, Dz. U. 2015, poz. 295.

168 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz. U. 2016, poz. 1654.

169 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2005, nr. 172, poz. 1438.

170 E. Bieńkowska, *O potrzebie ujednolicenia regulacji dotyczących mediatorów i mediacji w systemie polskiego prawa*, [w:] L. Mazowiecka (red.), *Mediacja dla każdego*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 124.

171 E. Habryn-Chojnacka, *Wspieranie polubownych metod rozwiązywania sporów. Komentarz praktyczny*, Portal Lex nr 270722.

Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (w czasie postępowania przygotowawczego do postępowania przed sądem lekarskim) lub sąd lekarski (jeśli sprawa toczy się przed sądem lekarskim), który następnie kieruje daną sprawę do mediatora. W myśl art. 113 ust. 3 u.i.l.2. mediatorem jest tzw. zaufany lekarz, wyznaczany przez Radę Lekarską na okres jednej kadencji. Mediator ten działa na zasadach określonych przez k.p.k. oraz rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych¹⁷². Co do zasady postępowanie to nie powinno trwać dłużej niż dwa miesiące.

Na gruncie polskiego prawa cywilnego natomiast, zgodnie z art. 183¹ k.p.c., wyróżnić można dwa rodzaje mediacji:

- 1) mediację prowadzoną na podstawie umowy – potocznie nazywaną umowną;
- 2) mediację wynikającą z postanowienia sądu, który kieruje strony do mediacji – w takim przypadku mediację potocznie nazywa się sądową.

Mediacja jako alternatywna metoda do postępowania sądowego charakteryzuje się kilkoma fundamentalnymi zasadami, takimi jak:

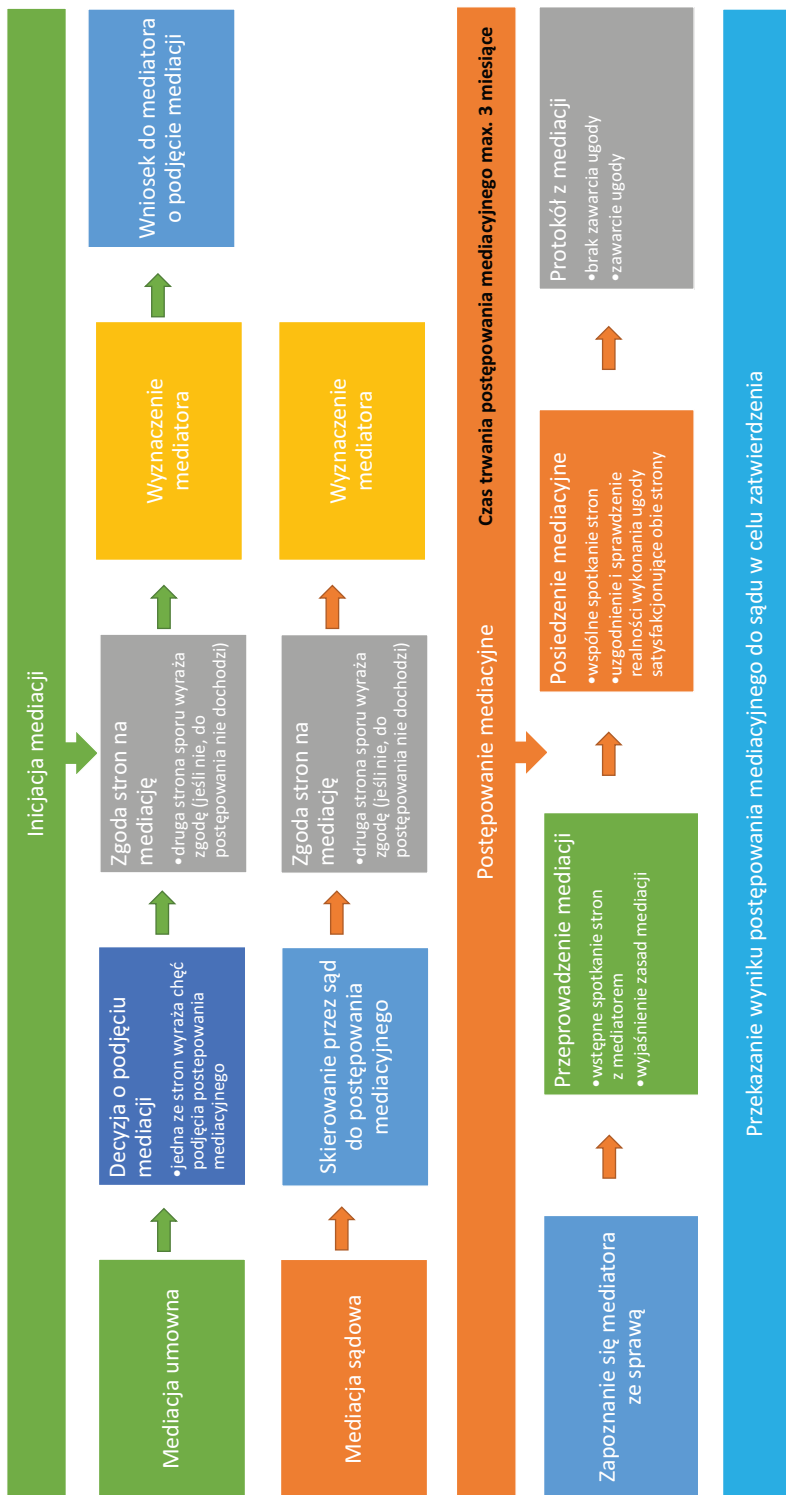
- dobrowolność – co gwarantuje art. 183¹ k.p.c., zgodnie z którym żadna ze stron nie ma obowiązku uczestnictwa w mediacji. Oznacza to, że nie musi przystępować do niej ani na wniosek jednej ze stron, ani wskutek postanowienia wydanego przez sąd;
- poufność – co gwarantuje art. 183⁴ k.p.c., uznając, że postępowanie mediacyjne nie jest postępowaniem jawnym. Oznacza to, że wszystkie strony zobowiązane są do zachowania tajemnicy w zakresie wszelkich faktów, o których dowiedziały się podczas mediacji¹⁷³;
- bezstronność – co oznacza, zgodnie z art. 183³ k.p.c., że postępowanie mediacyjne powinno być prowadzone przez bezstronnego mediatora, tj. osobę, która jest zdolna prowadzić mediację w oderwaniu od osobistych przekonań lub preferencji, przy jednoczesnym równym traktowaniu wszystkich stron sporu¹⁷⁴;
- odpłatność – zgodnie z art. 183⁵ k.p.c., co do zasady za pracę mediatora należy się wynagrodzenie. Oznacza to, że również i to postępowanie wymaga przygotowania odpowiednich nakładów finansowych przez strony.

Postępowanie mediacyjne jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów jest formą, która składa się z kilku prostych etapów (rysunek 28), takich jak: inicjacja postępowania mediacyjnego, przeprowadzenie postępowania mediacyjnego oraz wydanie postanowienia końcowego.

172 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych, Dz. U. 2015, poz. 716, wcześniej obowiązywało rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych, Dz. U. 2003, nr 108, poz. 1020.

173 E. Stefańska, *art. 183(1)*, [w:] M. Manowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I Art. 1–477(16)*, wydanie IV, 2021.

174 A. Rutkowska, *art. 183(3)*, [w:] O.M. Piaskowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Postępowanie procesowe. Komentarz aktualizowany*, s. 522–523.



Rysunek 28. Etapy postępowania medacyjnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kodeksu postępowania cywilnego.

Przebieg etapu pierwszego uzależniony jest od tego o jakim rodzaju mediacji mowa. W przypadku mediacji umownej etap ten rozpoczyna jedna ze stron konfliktu, która podejmuje decyzję o chęci podjęcia takiego postępowania. Strona ta zobowiązana jest poinformować drugą stronę konfliktu o swojej decyzji. Następnie, gdy obie strony wyrażą zgodę na podjęcie działań mediacyjnych, jedna ze stron kieruje wniosek do zgodnie wybranego przez siebie mediatora, który zobowiązany jest do podjęcia decyzji czy przyjmie daną sprawę do mediacji.

W odróżnieniu od mediacji umownej mediacja sądowa inicjowana jest przez sąd. W takim przypadku do skierowania mediacyjnego może dojść na każdym etapie postępowania sądowego¹⁷⁵. Zanim jednak dojdzie do postępowania mediacyjnego, strony muszą zdecydować, czy chcą wziąć udział w takim postępowaniu, czy też nie. Jeśli strony sporu zgodnie zdecydują o podjęciu działań mediacyjnych, mogą wspólnie wybrać mediatora. W sytuacji gdy taki mediator nie został wybrany, wyboru takiego dokonuje sąd.

Po wyznaczeniu mediatora dochodzi do właściwego postępowania mediacyjnego, podczas którego mediator: zapoznaje się ze sprawą, organizuje wstępne spotkania ze stronami w celu zapoznania się z ich oczekiwaniami, skłonnością do ugodowego rozwiązania konfliktu, a także w celu poinformowania stron o tym w jaki sposób, w jakiej formie i na jakich warunkach ma przebiegać mediacja. Następnie po fazie przygotowawczej mediacji mediator organizuje wspólne posiedzenie lub serię posiedzeń, na których strony spotykają się w celu wypracowania uzgodnień ugodowych. Po zakończeniu posiedzeń, gdy strony ostatecznie dojdą do wspólnego stanowiska lub gdy mediator uzna, że wypracowanie uzgodnień ugodowych nie jest możliwe, etap ten kończy się wydaniem postanowienia, zamykając tym samym proces mediacji.

W przypadku mediacji sądowej ostateczne zakończenie tego postępowania jest możliwe dopiero po zatwierdzeniu wyniku mediacji przez sąd. A zatem kolejnym etapem mediacji sądowej jest przekazanie postanowienia mediacyjnego do zatwierdzenia wyniku mediacji przed sąd.

Jak zostało to zasygnalizowane, postępowanie mediacyjne jest odpłatną formą rozwiązywania sporu, stąd strony tego postępowania muszą być świadome z jakimi kosztami się ono wiąże. Co do zasady koszty te uzależnione są od rodzaju mediacji i pokrywane są bezpośrednio przez strony w równych częściach. Jednakże, jeśli strony umówią się inaczej, mogą zostać ustalone inne zasady finansowania. W przypadku mediacji sądowej wysokość kosztów mediacyjnych ustalana jest na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym¹⁷⁶ (tabela 25).

175 Zgodnie z art. 98(1) §1 k.p.c. od 2016 r. sąd może na każdym etapie postępowania skierować strony do mediacji.

176 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym, Dz. U. 2016, nr 921.

Tabela 25. Stawki za wynagrodzenie mediatora w postępowaniu mediacyjnym sądowym

Rodzaj kosztu		2016–2021	2005–2016
Sprawy o prawa majątkowe	1% WPS	min. 150 zł, max. 2000 zł oraz zwrot kosztów mediatora min. 50 zł	min. 150 zł, max. 1000 zł oraz zwrot kosztów mediatora min. 30 zł
Sprawy o prawa niemajątkowe oraz majątkowe, w których nie da się ustalić wartości przedmiotu sporu	za pierwszą sesję	150 zł	60,00 zł
	za każdą kolejną sesję (w sumie nie więcej niż 450 zł)	100 zł	25,00 zł
Wydatki mediatora poniesione w związku z przeprowadzeniem mediacji na pokrycie kosztów	dojazd	na warunkach określonych w przepisach dotyczących wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej	
	koszty wynajmu pomieszczenia mediacyjnego	nie więcej niż 70 zł za spotkanie	nie więcej niż 50 zł za spotkanie
	koszty korespondencji	nie więcej niż 30 zł	brak określonego limitu

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym.

Na podstawie tabeli 25 należy zauważyć, że wynagrodzenie mediatora w przypadku mediacji sądowej uzależnione jest, podobnie jak postępowanie sądowe, od wartości przedmiotu sporu. Jednakże koszty te nie mogą obecnie przekroczyć 2000 zł. Ponadto wpływ na nie ma ilość przeprowadzonych wspólnych sesji mediacyjnych oraz wydatki, jakie musi ponieść mediator w związku z mediacją, tj. koszty ewentualnego dojazdu mediatora, wynajmu przez niego pomieszczeń do odpowiedniego przeprowadzenia mediacji czy też koszty związane z przygotowaniem korespondencji.

Ponadto należy zauważyć, że zgodnie z ww. rozporządzeniem (§5), jeśli mediator jest podatnikiem zobowiązanym do rozliczenia podatków od towarów i usług, do kosztów mediacji należy doliczyć podatek VAT w obowiązującej stawce przewidzianej dla tego rodzaju czynności w u.p.t.u. (w 2022 r. wysokość VAT wynosi 23%).

W przypadku postępowania umownego natomiast koszty ustalane są przez mediatora lub agencję mediacyjną indywidualnie w zależności od sprawy. Przykładowy cennik usług oferowanych przez agencję mediacji prezentuje tabela 26.

Tabela 26. Przykładowy cennik usług mediacyjnych w 2021 r.

Rodzaj opłaty	Stawka (w zł)		
Opłata wstępna	100		
Opłata za mediację w sprawach niemajątkowych	od 100 od każdej ze stron za każdą rozpoczętą godzinę		
Opłata za mediację w sprawach majątkowych z określoną wartością sporu	do 1500	do 2 posiedzeń	300,00
	powyżej 1500 do 5000		450,00
	powyżej 5000 do 10 000		900,00
	powyżej 10 000 do 50 000		1800,00
	powyżej 50 000 do 200 000	do 4 posiedzeń	2700,00
	powyżej 200 000 do 2 000 000		5400,00
	powyżej 2 000 000 do 5 000 000	do 10 posiedzeń	7500,00
	powyżej 5 000 000		12 500,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie Prawnik Mediator, <https://www.prawnik-mediator.pl/cennik-mediacji-sadowych/>

Jak pokazuje tabela 26, w przypadku mediacji umownej na koszty mediacji składają się: tzw. opłata wstępna (będąca opłatą administracyjną), opłata za mediację oraz jeśli do mediacji dochodzi poza siedzibą mediatora – wydatki związane z najmem pomieszczenia i dojazdem mediatora. A zatem wynagrodzenie mediatora również zostało uzależnione od wartości przedmiotu sporu, jednakże w tym przypadku stawki te są dużo wyższe.

Należy pamiętać, że koszty mediacji zgodnie z art. 98¹ k.p.c. wchodzi także w zakres kosztów procesu. Stąd fakt podjęcia mediacji będzie miał istotne znaczenie w przypadku szacowania kosztów postępowania sądowego. Jeżeli bowiem w trakcie postępowania mediacyjnego dojdzie do ugody mediacyjnej, można liczyć na całkowity lub częściowy zwrot kosztów mediacji:

- zwrot całej uiszczonej opłaty od pozwu oraz zarzutów od nakazu zapłaty pomniejszony o opłatę minimalną – nastąpi, jeśli mediacja zakończy się zawarciem ugody przed rozpoczęciem rozprawy przed sądem I instancji (art. 79 ust. 1 pkt 1. lit. h, u.k.s.);
- zwrot 3/4 uiszczonej opłaty – nastąpi, jeśli ugoda zostanie zawarta przed mediatorem po rozpoczęciu rozprawy (art. 79 ust. 1 pkt 2, lit. a, u.k.s.);
- zwrot 1/2 uiszczonej opłaty – nastąpi, jeżeli ugoda zostanie zawarta w toku postępowania w II instancji (art. 79 ust. 1 pkt 3, lit. d, u.k.s.).

Należy również pamiętać, że niezależnie od rodzaju podjętej mediacji, na mocy art. 104 k.p.c. koszty procesu, w którym zawarto ugodę, znosi się wzajemnie, jeżeli strony nie postanowiły inaczej.

Podsumowując, należy zauważyć, że alternatywny sposób dochodzenia roszczeń poprzez mediację ma szereg zalet, m.in.:

- jest postępowaniem zawsze dobrowolnym – co oznacza, że każda ze stron ma swobodę w podjęciu decyzji, czy przystąpić do takiego postępowania, czy też nie;

- jest postępowaniem dużo szybszym niż postępowanie sądowe, bowiem od momentu podjęcia mediacji przez mediatora mediacja nie powinna trwać dłużej niż 3 miesiące. Sprawy sądowe, szczególnie w zakresie błędów medycznych, trwają często kilka lat;
- jest postępowaniem dużo tańszym – zamykającym się w kwocie kilku lub kilkunastu tysięcy złotych, podczas gdy postępowanie sądowe wiąże się z kosztami przewyższającymi często kilkadziesiąt tysięcy złotych;
- jest postępowaniem, w którym wynik zależy wyłącznie od stron postępowania – ich skłonności do znalezienia wspólnego rozwiązania;
- jest postępowaniem, które przerywa bieg przedawnienia roszczeń (art. 123 §1 pkt 3 k.c.).

Niestety jak każde rozwiązanie postępowanie takie ma również wady, choć jest ich zdecydowanie mniej niż wskazanych zalet. Do wad można zaliczyć w szczególności:

- możliwość niedojścia do postępowania, jeśli strony lub jedna ze stron nie wyrazi zgody na podjęcie takiego postępowania;
- istnienie ryzyka niedojścia stron do porozumienia ugodowego.

Rozdział 4

Zdarzenia niepożądane w świetle dostępnych danych statystycznych w Polsce

Biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważania, należy zauważyć, że problem powstawania błędów medycznych czy zdarzeń niepożądanych jest tematem wielowymiarowym, który wiąże się z możliwością wystąpienia różnych negatywnych konsekwencji. Aby można było skutecznie radzić sobie z tym problemem, należy w pierwszej kolejności określić jego skalę. Jednakże zadanie to nie należy do łatwych, bowiem w Polsce brak jest dostatecznie rozwiniętej publicznej sprawozdawczości w tym zakresie.

Od wielu lat problem ten zgłaszany jest przez różnego rodzaju instytucje czy też środowiska zainteresowane tą tematyką, takie jak: Centrum Monitorowania Jakości, Rzecznik Praw Pacjenta (RPP), Najwyższa Izba Kontroli (NIK) i inni. W szczególności zwraca się tu uwagę na konieczność stworzenia obowiązkowego systemu raportowania zdarzeń niepożądanych, który będzie w stanie w pełni zidentyfikować ich rodzaje oraz skalę.

Wobec braku tego typu systemu jedynym źródłem informacji na temat liczby zdarzeń niepożądanych staje się statystyka prowadzona przez instytucje pełniące rolę strażnika przestrzegania praw zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Statystyka ta jednak dotyczy tylko i wyłącznie spraw, które wpłynęły do danej instytucji, stąd trudno na jej podstawie szacować całkowitą liczbę występujących zdarzeń niepożądanych. Stanowi ona zatem niewielki procent wszystkich zdarzeń do jakich dochodzi i dotyczy sytuacji, w których pacjent doznał poważnej szkody w postaci utraty zdrowia lub życia.

Przypomnieć należy, że podmioty wykonujące działalność leczniczą podlegają różnym rodzajom odpowiedzialności: pracowniczej, zawodowej, karnej, cywilnej, z tytułu zajścia zdarzeń medycznych (wyłącznie szpitale). W przypadku odpowiedzialności pracowniczej brak jest jakiegokolwiek informacji o lekarzach, którzy zostali ukarani przez swoich pracodawców. Informacja ta również nie jest istotna z punktu widzenia omawianego tematu, gdyż wszelkie sankcje, jakie mogą być wyciągane przez pracodawców w stosunku do swoich pracowników w zakresie tej odpowiedzialności, mogą wynikać również z przyczyn niezwiązanych z wystąpieniem zdarzeń niepożądanych.

Nie jest prowadzona również jawna, publiczna statystyka określająca liczbę lekarzy podlegających odpowiedzialności karnej. Sprawy karne co do zasady prowadzone są w stosunku do osób fizycznych bez wskazania wykonywanego przez nie zawodu. Natomiast istnieje statystyka wpływu spraw dotycząca pozostałych rodzajów odpowiedzialności. Niesie ona istotną informację o liczbie zgłaszanych spraw związanych z odpowiedzialnością: zawodową lekarzy, cywilną czy z tytułu zajścia zdarzeń medycznych (w placówkach szpitalnych), która może stanowić o minimalnej liczbie ujawnianych co roku zdarzeń niepożądanych, do których doszło w Polsce.

W przypadku odpowiedzialności zawodowej statystyka prowadzona jest przez dwie instytucje: Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Sądy Lekarskie (szerzej na temat tych instytucji traktuje punkt 3.4.2). Na jej podstawie można określić jaka liczba skarg wpływa do tych instytucji rocznie oraz ile z nich związanych było z roszczeniem poszkodowanych o ukaranie skarżonych lekarzy za ich niewłaściwe działania.

W przypadku odpowiedzialności cywilnej statystyka prowadzona jest przez Ministra Sprawiedliwości, który publikuje roczne raporty dotyczące liczby roszczeń wpływających do cywilnych sądów okręgowych z tytułu szkód, do jakich doszło na pacjentach w wyniku działania podmiotów świadczących usługi medyczne.

Zaś w przypadku odpowiedzialności z tytułu zajścia zdarzenia medycznego informacja o liczbie roszczeń zgłaszanych w związku z zajściem określonego zdarzenia medycznego w placówce szpitalnej do Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, publikowana jest przez Rzecznika Praw Pacjenta, który monitoruje kwestie związane z działalnością tych komisji. W swoim raporcie publikuje również obok ww. spraw informacje dotyczące swojej działalności¹, jak i działalności cywilnych sądów okręgowych w zakresie szkód na pacjentach.

Zgodnie z powyższym spróbujmy zatem wskazać problemy związane z rozwojem systemów raportowania zdarzeń niepożądanych oraz oszacować minimalną liczbę ujawnianych co roku zdarzeń niepożądanych w Polsce. W tym celu stanowić o tym będzie suma skarg i roszczeń kierowanych do ww. instytucji. Aby możliwe było oszacowanie tej liczby, wyjaśnić należy w pierwszej kolejności różnicę między pojęciami skargi oraz roszczenia.

1 Szczególnie istotne znaczenie z punktu omawianej tematyki mają działania RPP, na podstawie których można określić zagrożenia oraz wskazać obszary w systemie ochrony zdrowia wymagające naprawy, a także działania edukacyjne wśród poszkodowanych pacjentów w zakresie ich praw.

4.1. Systemy raportowania zdarzeń niepożądanych

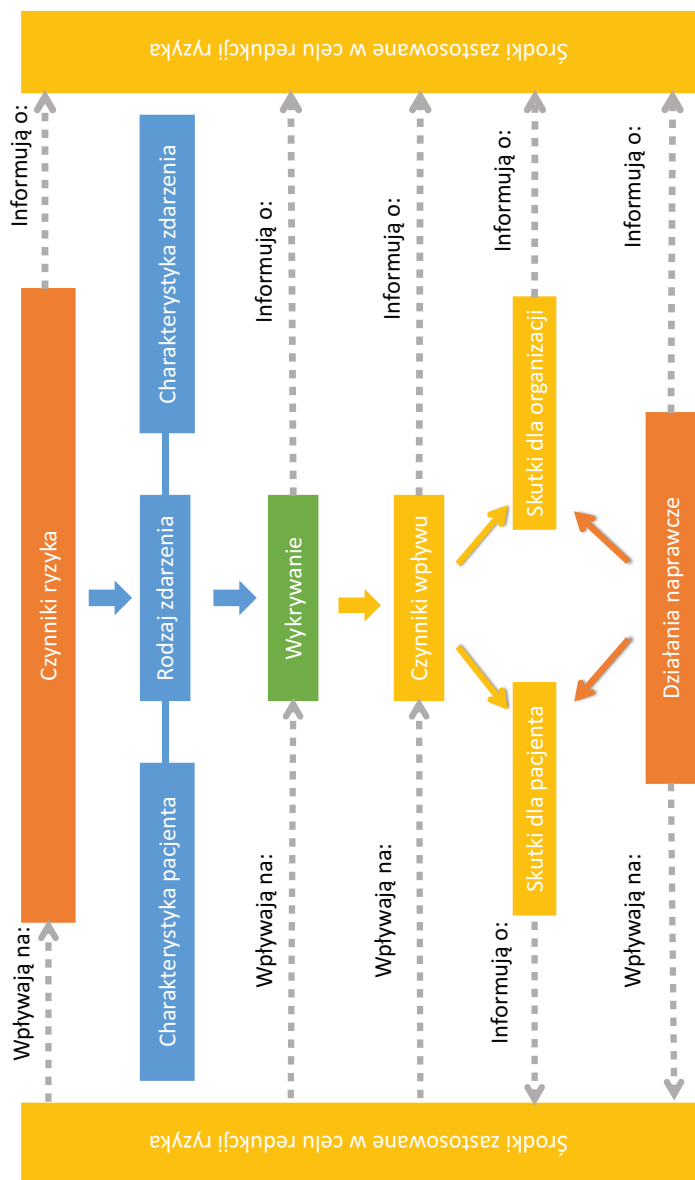
Raportowanie zdarzeń niepożądanych zostało uznane za jedno z najważniejszych narzędzi, jakie powinno się wykorzystywać w procesie zarządzania ryzykiem. Jest to bowiem narzędzie, które umożliwia gromadzenie odpowiednich danych, na podstawie których możliwym staje się przeprowadzenie różnego rodzaju analiz, których wyniki mają fundamentalne znaczenie dla podjęcia odpowiednich działań monitorujących czy eliminujących dane ryzyko. Jak podkreśla J. Bañeres wraz z zespołem, dzieje się tak, gdyż sprawnie działający system pozwala m.in. na²:

- modelowanie zdarzeń – dając możliwość wypracowania wystandaryzowanej taksonomii;
- monitorowanie zdarzeń – umożliwiając tym samym identyfikowanie słabych punktów systemu, analizę przyczynową oraz pomiar skutków jakie wywołały zaistniałe zdarzenia;
- poszerzanie świadomości dotyczących problemów z jakimi styka się opieka medyczna, zwiększając przy tym zaangażowanie pracowników;
- zmniejszanie kosztów – poprzez wyeliminowanie zdarzeń, które mogłyby wystąpić w przyszłości;
- stosowanie środków mających na celu poprawę opieki – aby mogły zadziałać w sposób bardziej efektywny: zostają bowiem zidentyfikowane obszary, które należy zmienić w opiece nad pacjentem.

W literaturze przedmiotu pojawiające się koncepcje systemów raportowania zdarzeń niepożądanych opierają się zatem na gromadzeniu danych związanych m.in. z identyfikacją czynników ryzyka, rodzajami ryzyka wraz z określeniem charakterystyki samego zdarzenia jak i podmiotu lub przedmiotu, którego dotknęła realizacja danego ryzyka. Przykładowa koncepcja systemu raportowania zdarzeń niepożądanych została zaprezentowana przez Pan American Health Organization (PAHO), która wskazuje na stosunkowo proste przełożenie tej koncepcji na grunt zdarzeń niepożądanych, do których dochodzi w obszarze ochrony zdrowia (r).

W ramach omawianej koncepcji należy wyróżnić kilka kategorii pozyskiwanych danych. W pierwszej kolejności powinny to być dane umożliwiające identyfikację określonego zdarzenia oraz czynników, które przyczyniły się do jego wystąpienia. Istotnym jest ustalenie w szczególności kiedy i gdzie doszło do zdarzenia oraz kto uczestniczył podczas wykonywania czynności. Następnie system powinien zidentyfikować poszkodowanego pacjenta, określić jego stan po np. wykonanym zabiegu i skonfrontować go ze stanem poprzednim.

2 J. Bañeres, C. Orrego, R. Suñol, V. Ureña, *Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores*, „Calidad Asistencial” 2005, vol. 20(4), s. 216–222.



Rysunek 29. Ramy koncepcyjne systemu raportowania o zdarzeniach niepożądanych
Źródło: *Sistemas de notificación de incidentes en America Latina*, Washington, D.C., OPS, 2013.

Po dokonaniu sprawdzenia sytuacji kolejnym krokiem powinno być ustalenie rodzajów czynników, które mogłyby być przyczyną, która wpłynęła na wystąpienie danego zdarzenia. W zależności od tego czy na powstanie zdarzenia wpływ miał czynnik ludzki, czy też niedociągnięcia systemowe lub jakieś inne czynniki zewnętrzne – inne działania naprawcze będą mogły zostać zastosowane. Następnie uwaga powinna być skoncentrowana na określeniu/rejestracji skutków, jakie wywołały dane działania i jakie konsekwencje stanowią one zarówno dla pacjenta, jak i dla organizacji.

Jak wynika z rysunku 29, konsekwencją realizacji zdarzenia niepożądanego są skutki, które mają realny wpływ zarówno na pacjenta, jak i na całą organizację leczniczą. Stąd istotnym staje się również identyfikacja tego aspektu. Z punktu widzenia pacjenta ważnym jest, by zidentyfikować m.in. stopień szkody jakiej doznał oraz określić jaki ma on charakter: społeczny czy ekonomiczny. W przypadku organizacji natomiast skutki mogą mieć różnoraki charakter – mogą wiązać się np. z: powstawaniem skutków prawnych, wpływem skarg formalnych, angażowaniem się mediów, które nagłaśniają dany problem i wpływają na wizerunek danego podmiotu, czy też powstawaniem dodatkowych kosztów itp.

Wszelkie zdobyte informacje następnie powinny posłużyć poszukiwaniom metod redukcji zidentyfikowanych wcześniej ryzyk, które pozwolą na wyciągnięcie wniosków z zaistniałej sytuacji i uczulenie pracowników na np. staranniejsze wykonywanie czynności w danym obszarze w przyszłości.

4.1.1. Klasyfikacja systemów powiadamiania

W literaturze przedmiotu można znaleźć kilka podziałów systemów raportowania o zdarzeniach niepożądanych. Jednym z nich jest podział dokonany ze względu na to kogo ma on dotyczyć. Wyróżnić tu można tzw. wewnętrzny i zewnętrzny system rejestracji oraz system powiadamiania ubezpieczycieli.

Pierwszy z nich skierowany jest do władz medycznych i administracyjnych danej instytucji, które mają za zadanie zarządzać jakością obsługi pacjentów i kosztami. Jego głównym zadaniem jest sprawne dostosowywanie działań prewencyjnych, tak aby w przyszłości wyeliminować raz popełnione błędy. Jednakże należy pamiętać, że taki system może powstać tylko wtedy, jeśli wszystkie strony odpowiedzialne będą świadome zagrożeń jakie może przynieść dane zdarzenie.

Zewnętrzne systemy powiadamiania polegają natomiast na zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych do niezależnych organów zewnętrznych. Dzięki temu możliwe jest wykrycie trendów, które nie byłyby możliwe do zidentyfikowania indywidualnie przez jednostkę np. szpitalną³.

System powiadamiania ubezpieczycieli odpowiedzialności zawodowej ma na celu wypracowanie wspólnej strategii prawnej, aby obniżyć ewentualną odpowiedzialność finansową placówek działalności medycznej.

3 F. Vitolo, *La notificación de incidentes, errores y eventos adversos*, Noble S. A., http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/21.pdf (data dostępu: 26.11.2021).

Innym podziałem jest podział ze względu na obowiązkowość rejestracji zdarzeń, a zatem wyróżnić można systemy: obowiązkowej i dobrowolnej rejestracji.

Obowiązkowe systemy rejestracji odnoszą się przede wszystkim do zdarzeń niepożądanych wywołujących poważne skutki na zdrowiu pacjenta lub jego śmierć. Mają one być bodźcem dla instytucji medycznych do wyciągania wniosków ze swoich działań po to, by uniknąć powtarzania tych samych błędów oraz wymusić na jednostkach medycznych poprawę świadczeń i ułatwić wyciąganie sankcji wobec tych, którzy bezpośrednio przyczynili się do wystąpienia błędu.

Systemy dobrowolne zaś tworzone są głównie po to, by ulepszać jakość oferowanych usług. Ich uwaga skupia się przede wszystkim na eliminacji tzw. zdarzeń „o mały włos” (*near miss*) lub błędów, które wywołały niewielkie skutki na zdrowiu pacjenta. Takie podejście ma na celu identyfikację możliwych do wystąpienia zdarzeń i wyeliminowanie ich zanim do nich dojdzie.

4.1.2. Bariery w rozwoju systemów raportowania

Jak już zostało zasygnalizowane, świadomość personelu medycznego w Polsce co do istoty i zasadności prowadzenia systemów raportowania jest bardzo duża. Fakt ten potwierdzają wyniki badania przeprowadzonego przez Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej (TPJOZ), zgodnie z którym 80% badanych ze środowiska medycznego w Polsce uważa, że wprowadzenie takiego systemu poprawi bezpieczeństwo pacjentów w jednostkach leczniczych⁴.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można szereg wskazówek, jakie powinien posiadać w pełni efektywny system powiadamiania o zdarzeniach niepożądanych⁵:

1. Nie powinien karać osób, które zgłosiły zajście zdarzenia niepożądanego, dzięki czemu osoby zgłaszające nie będą miały obaw przed ewentualnymi karami i represjami.
2. Poufność – informacje o pacjentach, zgłaszających czy instytucji, w której doszło do zdarzenia, nie mogą być ujawniane osobom trzecim.
3. Analiza ekspercka – analiza powinna być dokonywana przez ekspertów, którzy znają kontekst kliniczny i są w stanie określić utajone warunki danej szkody.
4. Niezależność – system powinien być niezależny od jednostek, które mogą nakładać kary.
5. W czasie – szczególnie gdy dochodzi do zgłoszeń zdarzeń poważnych istotnym jest, aby analiza sytuacji została przeprowadzona jak najszybciej, a wyciągnięte wnioski powinny być od razu przekazywane do odpowiednich jednostek.

4 B. Lisowska, *Ujawnianie zdarzeń niepożądanych*, „Puls Medycyny”, <http://pulsmedycyny.pl/2579568,85657,ujawnianie-zdarzen-niepozadanych> (data dostępu: 26.10.2005).

5 J. Bañeres, E. Caverro, L. López, C. Orrego, R. Suñol, *Los sistemas de registro y notificación...*, s. 216–222.

6. Zorientowany na systemie – wszelkie zmiany w podejściu powinny być dokonywane poprzez rekomendacje systemowe a nie indywidualne rozwiązania.
7. Dawać odpowiedź – instytucja otrzymująca zgłoszenie powinna być w stanie przekazać odpowiednie rekomendacje do wszystkich współpracujących z nią instytucji.

Wymienione wymagania w zakresie tworzenia efektywnych systemów raportowania spotykają się z wieloma problemami. Do najczęściej wymienianych zalicza się przede wszystkim⁶:

- strach przed ewentualnymi sankcjami dyscyplinarnymi lub skargami;
- brak świadomości, że do błędu w ogóle doszło;
- brak świadomości, że istnieje konieczność dokumentacji zaistniałych przypadków;
- istnienie przekonania, że błąd nie wywołał szkodliwych skutków dla pacjenta;
- brak zaznajomienia się z mechanizmami rejestrowania błędów;
- utrata poczucia własnej wartości;
- lekarze uważają, że nie mają czasu wypełniać dodatkowej dokumentacji;
- brak informacji zwrotnej w momencie dokonywania rejestracji błędów;
- brak usystematyzowania terminologii związanej z błędami medycznymi.

Analizując cechy systemu raportowania i barier związanych z ich implementowaniem, należy zauważyć, że fundamentalnym zagadnieniem jest poufność danego systemu raportowania przy jednoczesnym istnieniu gwarancji, że w sytuacji zgłoszenia danego zdarzenia nie zostanie nałożona jakakolwiek kara. Strach bowiem przed ewentualnymi sankcjami dyscyplinarnymi uniemożliwiać będzie jakkolwiek chęć raportowania. Brak zagwarantowania odpowiedniej poufności może doprowadzić do niesłusznego napiętnowania np. lekarzy czy pielęgniarek, a w konsekwencji do np. utraty własnej wartości czy innych problemów natury społecznej czy psychologicznej.

Z drugiej strony wprowadzenie poufności może wpływać w szczególności na szybkość pozyskiwania informacji zwrotnej. Każdy zgłaszający oczekuje, by zgłaszane problemy były eliminowane jak najszybciej, jednakże proces analizy przypadków niekiedy jest bardzo złożony i dotyczy bardzo delikatnej materii, jaką jest życie ludzkie.

Kolejne problemy związane są m.in. z brakiem świadomości personelu medycznego: co jest zdarzeniem niepożądanym, a co nie (chaos terminologiczny jest w tym zakresie bardzo duży); jak wygląda proces raportowania; czy do zdarzenia w ogóle doszło. Jednakże w odróżnieniu do pozostałych problemów te wydają się najłatwiejsze do pokonania poprzez stworzenie odpowiedniego systemu edukacyjnego w tym zakresie, realizowanego zarówno w obrębie funkcjonowania podmiotów ochrony zdrowia, jak i świadczeniobiorców.

6 Tamże.

Podsumowując, należy stwierdzić, że dopóki nie dostosuje się warunków prawnych i systemowych, nie będzie możliwe skuteczne raportowanie i zmniejszenie liczby powstających zdarzeń niepożądanych.

4.1.3. Systemy raportowania w wybranych krajach

Do tej pory w różnych krajach powstało wiele systemów informowania o zdarzeniach medycznych, których przykłady można znaleźć m.in. w tabeli 27. Na ich podstawie można zauważyć, że prawie każdy z prezentowanych systemów jest systemem poufnym. Oznacza to, że nie każdy ma dostęp bezpośredni do rejestrowanych przypadków. Aspekt poufności podkreślany jest wielokrotnie i stanowi jeden z fundamentów sprawnego funkcjonowania systemu raportowania zdarzeń niepożądanych.

Patrząc na omawiane systemy, należy zwrócić uwagę na sposób zgłaszania zdarzeń niepożądanych i podmioty, które są uprawnione do rejestracji. Najczęściej takimi podmiotami są lekarze i farmaceuci, którzy mogą dokonać rejestracji albo w formie elektronicznej, albo papierowej. Jedynie w dwóch analizowanych przypadkach: Medication Error Reporting Program (MER)/ISMP (USA) oraz National Patient Safety Agency: National Reporting and Learning System (NRLS) (Wielka Brytania) rozszerzono krąg zgłaszających o poszkodowanych pacjentów.

Na uwagę zasługuje również typ funkcjonujących rejestrów. Co do zasady są to rejestry dobrowolne, a jedynie w dwóch przypadkach występują systemy obowiązkowe – są to systemy funkcjonujące w Danii i Szwecji. Ponadto na siedem analizowanych krajów w aż czterech funkcjonują systemy raportowania zdarzeń dotyczących działania leków. Niewątpliwie pod względem raportowania jest to najbardziej rozwinięty sektor ochrony zdrowia, który podlega ciągłej analizie przypadku. Patrząc natomiast także na metodę analizy, to wszystkie omawiane systemy wykorzystują metody statystyczne wykonywane najczęściej przez grupy ekspertów.

Analizując sytuację w Polsce, należy podkreślić, że powstało już wiele systemów raportowania zdarzeń niepożądanych. Mają one co do zasady charakter dobrowolny i są tworzone na potrzeby wewnętrzne podmiotów leczniczych. Głównym celem wprowadzania tego typu systemów była poprawa jakości usług medycznych danej jednostki, a co za tym idzie zwiększenie jej konkurencyjności na rynku. Ich model został określony m.in. na potrzeby akredytacji jednostek działalności leczniczej. Ramy funkcjonowania tego systemu określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Monitoring zaś dotyczy w szczególności takich zdarzeń, jak⁷:

7 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, Dz. Urz. MZ 2010, nr 2, poz. 24.

- samobójstwo;
- niewłaściwe podanie leku (niewłaściwy lek, niewłaściwa dawka, pominięcie podania leku, niewłaściwy pacjent, niewłaściwy czas podania leku);
- wypadki przy pracy;
- nieszczęśliwe wypadki;
- opóźnione dostarczenie opieki;
- samowolne oddalenie pacjenta z jednostki.

Innym przykładem rejestru zdarzeń niepożądanych jest dobrowolny system poufnego powiadamiania o zaistniałych incydentach związanych z bezpieczeństwem pacjenta podstawowej opieki zdrowotnej, stworzony w Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Medycyny Społeczności Lokalnych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o nazwie Bezpieczna Opieka Podstawowa. Miał on na celu gromadzenie anonimowych komentarzy dotyczących zaistniałych incydentów podczas pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, które miały służyć wymianie doświadczeń oraz edukacji lekarzy w zakresie występowania możliwych problemów z jakimi mogą mieć do czynienia podczas wykonywania ich obowiązków. Pomimo anonimowości systemu nie był on powszechnie wykorzystywany. Na stronie projektu można było zauważyć tylko 18 zgłoszeń dotyczących incydentów⁸.

Jednym z najbardziej rozwiniętych systemów zawiadamiania o zdarzeniach niepożądanych w Polsce jest obowiązkowy system dotyczący rejestracji reakcji na niepożądane działanie leków. System ten od 2013 r. tworzony jest na mocy ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych⁹. W ramach prowadzonego rejestru co do zasady niepożądane działania leków muszą być zgłaszane przez pracowników medycznych, tj. lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych czy farmaceutów, dodatkowo obok wymienionych uprawnień takie zostały nadane także: diagnostom laboratoryjnym, felczerom czy też technikom farmaceutycznym. Na uwagę zasługuje również fakt, że od 2013 r. wraz z nowelizacją ustawy prawo farmaceutyczne do grona tego zaliczono również samych pacjentów.

Jako obowiązkowy system monitorowania zdarzeń niepożądanych wywołanych produktem leczniczym system ten podlega okresowej kontroli, która prowadzona jest m.in. przez Najwyższą Izbę Kontroli. W ramach przeprowadzonych działań kontrolnych w 2020 r. NIK krytycznie odniosła się do funkcjonowania systemu raportowania niepożądanych działań produktów leczniczych. Ocena ta wynikała przede wszystkim z faktu, że wiele zdarzeń, które miały miejsce, nie było raportowanych. Fakt ten był konsekwencją przede

8 Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <http://wnbikp.umed.lodz.pl/bop/index.php> (data dostępu: 22.06.2013).

9 Ustawa z dnia 23 września 2013 r. o zmianie ustawy – prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2013, poz. 1245.

wszystkim błędnej interpretacji definicji niepożądanego działania produktu leczniczego przez poszczególne podmioty, ich braku wiedzy czy też niechęci do raportowania.

W myśl ustawy Prawo farmaceutyczne przez działania niepożądane należy rozumieć każde zdarzenie natury medycznej wywołujące negatywne skutki u pacjenta lub uczestnika badania klinicznego, któremu podano produkt leczniczy lub badany produkt leczniczy albo badany produkt leczniczy weterynaryjny, chociażby nie miały one związku przyczynowego ze stosowaniem tego produktu. Jednakże, jak zauważa NIK, często w szpitalach ograniczano się do działań niepożądanych, do których doszło w szpitalu, nie biorąc pod uwagę reakcji na podanie leku przed przyjęciem pacjenta do szpitala czy po jego wypisaniu¹⁰.

W zakresie raportowania zdarzeń niepożądanych związanych z procesem leczenia nie istnieje w Polsce system obowiązkowego raportowania, do którego trafiałyby wszystkie informacje o zgłaszanych zdarzeniach niepożądanych. Jednakże należy zaznaczyć, że prace w tym kierunku są prowadzone. Powstał nawet pierwszy projekt ustawy regulujący ramy funkcjonowania rejestru, tj. projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta¹¹. Projekt ten został skierowany do prac sejmowych w 2017, a w tym samym roku został zgłoszony do konsultacji społecznych. W ramach konsultacji wpłynął jednak krytyczny głos prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie przedstawionego projektu¹². Zdaniem prezydium projekt zawiera szereg punktów, które muszą być znacząco dopracowane. W zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych uznano bowiem, że wprowadzany system w dużej mierze może stać się rejestrem błędów medycznych, a nie zdarzeń niepożądanych, co skutkować może zwiększoną liczbą postępowań przeciwko lekarzom. A zatem niespełniony do końca będzie warunek poufności rejestru, jak również pewności, że nie będzie to narzędzie do represjonowania środowiska lekarskiego. W obliczu tego wiele przypadków, w obawie przed konsekwencjami, i tak nie będzie zgłaszanych. W 2021 r. prace sejmowe nad projektem zostały wznowione. W październiku 2021 r. projekt ten został przekazany do zaopiniowania do Komitetu Rady Ministrów ds. Cyfryzacji oraz Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

10 *Monitorowanie niepożądanych działań leków*, Raport NIK, nr Ewidencyjny P/19/097, data publikacji 19.11.2020.

11 Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, złożony przez Ministerstwo Zdrowia, nr UD 255.

12 Stanowisko nr 17/17/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2017 r.

Tabela 27. Wybrana charakterystyka istniejących systemów rejestracji i informowania w sektorze medycznym na świecie

System rejestracji	Kraj	Cele	Charakter systemu	Zgłaszane zdarzenia	Typ rejestru	Forma rejestracji	Kto rejestruje	Analiza danych
Sentinel Events reporting program (JCHO)	USA	identyfikacja i źródło zumenie błędów występujących w opiece medycznej w celu wpro- wadzenia strategii zapobiegania ich powtarzaniu się	poufny, system niepaństwowy	zdarzenia wskaź- nikowe	dobrowolny	formularze papierowe, mail, fax	szpitale	analiza przyczyn wraz z planem działania
Med. Watch (FDA)	USA	zwiększanie świadomości do- tyczającej rejestro- wania poważnych zdarzeń	poufny, system państwowy, nieanonimowy	zdarzenia niepo- żądane związane z użyciem leków	dobrowolnie: konsumen- ci i lekarze; obligatoryjnie: laboratoria far- maceutyczne i dystrybutorzy	formularze papierowe, mail, fax	lekarze i pacjenci	brak danych
National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) from CDC	USA	opis epidemio- logiczny zakażeń szpitalnych i monitorowanie zdarzeń	poufny	zakażenia do których doszło w szpitalu	dobrowolny	forma elek- troniczna	zrzeszone szpitale	porównanie do- świadczeń na po- ziomie krajowym i dostosowywanie się do ryzyka
Medication Error Reporting Program (MER)/ISMP	USA	informowanie o problemach związanych z le- kami	poufny, krajowo- wy, opcjonalna anonimowość	błędy lekowe, reakcje nietypo- we na leki	dobrowolny	forma elek- troniczna	farmaceuci, lekarze, pacjenci	analiza opisowa rezultatów osią- gniętych przez grupę ekspertów

Tabela 27 (cd.)

System rejestracji	Kraj	Cele	Charakter systemu	Zgłaszane zdarzenia	Typ rejestru	Forma rejestracji	Kto rejestruje	Analiza danych
Australian Incident Monitoring System (AIMS)	Australia	promowanie poznawania nowych zagrożeń, tendencji, czynników ryzyka	poufny, anonimowy	incydenty i zdarzenia niepożądane	dobrowolny	forma papierowa, elektro-niczna lub telefoniczna	lekarze z różnych specjalizacji	analiza danych dokonywana przez grupę ekspertów
National Patient Safety Agency: National Reporting and Learning System (NRLS)	Wielka Brytania	kreowanie nowej sieci poznawania ochrony poprzez naukę	poufny	incydenty i zdarzenia niepożądane	dobrowolny	forma elektroniczna, pacjenci mogą dokonać rejestracji telefonicznie	lekarze, pacjenci	analiza opisowa dokonywana przez grupę ekspertów
National Reporting System	Dania	poprawa opieki nad pacjentami wewnątrz duńskiego systemu opieki zdrowotnej	poufny	zdarzenia niepożądane z lekami, procedurami chirurgicznymi lub inwazyjnymi i inne	obowiązkowy	forma elektroniczna	lekarze	analiza przyczynowo-skutkowa
Szwedzki system rejestracji	Szwecja	poprawa ochrony pacjentów	poufny	zdarzenia niepożądane, potencjalne incydenty, błędy związane z wyposażeniem, samobójstwa i inne	obowiązkowy dla szpitali i innych organizacji medycznych i dobrowolny dla pacjentów	forma papierowa, elektroniczna, fax	lekarze	analiza opisowa dokonywana przez grupę ekspertów

System rejestracji	Kraj	Cele	Charakter systemu	Zgłaszane zdarzenia	Typ rejestru	Forma rejestracji	Kto rejestruje	Analiza danych
Holenderski system rejestracji	Holandia	poprawa ochrony pacjentów	niekarane	zdarzenia niepożądane poważne, śmiertelne, szkody długoterminowe, samobójstwa	dobrowolne i obligatoryjne dla zdarzeń poważnych	forma elektroniczna lub telefoniczna	lekarze	analiza opisowa danych
Programa d'Errors de Medicacion-Gencat	Hiszpania	poprawa jakości polityki lekowej i podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej	poufny	błędy lekowe	dobrowolny	forma elektroniczna	lekarze	analiza opisowa błędów
ISMP Hiszpania	Hiszpania	centralizacja i wspólny rozwój komunikacji związanej ze szkodami lekowymi	poufny	błędy lekowe	dobrowolny	forma elektroniczna i papierowa	lekarze, farmaceuci	analiza opisowa błędów i przyczyn ich powstawania

Źródło: J. Bañeres, E. Caverio, L. López, C. Orrego, R. Suñol, *Los Sistemas de registro y notificación...*

4.2. Statystyka skarg i roszczeń odszkodowawczych z tytułu zajścia zdarzeń niepożądanych

4.2.1. Pojęcie skargi i roszczenia

Zgodnie z definicją przyjętą w słowniku języka polskiego pojęcie „skargi” definiowane jest jako: uskarżanie się na coś bądź też obwinianie kogoś za coś, a także jako skierowanie oskarżenia prywatnego w procesie karnym lub cywilnym, bądź też jako środek odwoławczy przysługujący stronom i innym uczestnikom postępowania przed określonym organem, zmierzający do zmiany lub uchylecia orzeczenia tego organu¹³. W prawie polskim jest to pojęcie regulowane przez Kodeks postępowania administracyjnego (k.p.a.)¹⁴. Na podstawie art. 221–227 k.p.a. poprzez skargę można rozumieć pismo o określonej treści (wskazujące w szczególności na zaniedbania lub nienależyte wykonanie zadań przez właściwe organy lub ich pracowników, naruszenie praworządności lub interesów podmiotów skarżących, a także przewlekłe i biurokratyczne załatwianie spraw) kierowane do organów państwowych, organów JST, organów samorządowych jednostek organizacyjnych oraz do organizacji i instytucji społecznych.

Pojęcie „roszczenia” stosowane jest w prawie cywilnym i oznacza uprawnienie do żądania od określonej osoby określonego zachowania się¹⁵. Nieco inaczej definiuje je U. Drozdowska, utożsamiając je z prawnym instrumentem, przy pomocy którego wierzyciel może w sposób przymusowy realizować przysługujące mu względem dłużnika uprawnienia w postaci możliwości żądania określonego treścią stosunku obligacyjnego zachowania¹⁶.

W prawie polskim wyróżnia się dwa rodzaje roszczeń: materialnoprawne oraz procesowe. Pierwsze z nich polegają na możliwości wystąpienia przez wskazaną osobę z określonym żądaniem określonego zachowania się wobec innej osoby. Drugie zaś utożsamiane jest z żądaniem kierowanym w pozwie do rozpoznania sprawy przez sąd¹⁷. W niniejszej pracy roszczenie rozumiane będzie jako prawo do żądania od osoby pozwanej w postępowaniu sądowym różnego rodzaju świadczeń odszkodowawczych w postaci: odszkodowania, renty, zadośćuczynienia lub zapisu w postanowieniu sądowym odnośnie zasądzenia

13 Słownik języka polskiego, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/skarga.html> (data dostępu: 20.10.2016).

14 Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*, Dz. U. 2017, poz. 1257.

15 Słownik języka polskiego, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/roszczenie.html> (data dostępu: 20.10.2016).

16 U. Drozdowska, *Elementy konstrukcyjne stosunku zobowiązaniowego*, [w:] U. Drozdowska, M. Pannert, P. Konik, T. Mróz (red.), *Zobowiązania*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2014, s. 29.

17 G. Jędrejek, *Dochodzenie roszczeń związanych z mobbingiem, dyskryminacją i molestowaniem*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2017, s. 104.

odpowiedzialności na przyszłość, w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego za szkodę.

A zatem zarówno skarga, jak i roszczenie są narzędziami za pomocą których poszkodowany może dochodzić odpowiedzialności w razie zajścia określonego zdarzenia niepożądanego wywołującego negatywne skutki. Jednakże różnica między tymi pojęciami wynika głównie ze skutków, jakie za sobą niesie zastosowanie tych narzędzi. W pierwszym bowiem przypadku wniesienie skargi nie zawsze musi być związane z oczekiwaniem ukarania danej jednostki, a jedynie służyć ma identyfikacji nieprawidłowości oraz ich eliminacji poprzez zastosowanie odpowiednich działań naprawczych, edukacyjnych itp. W drugim zaś przypadku kierowanie roszczenia związane jest ściśle z oczekiwaniem poszkodowanego co do ukarania odpowiedzialnego za zajście określonego zdarzenia niepożądanego. Niemniej jednak obie te sytuacje związane są z wystąpieniem zdarzeń niepożądanych.

4.2.2. Roszczenia z tytułu odpowiedzialności zawodowej

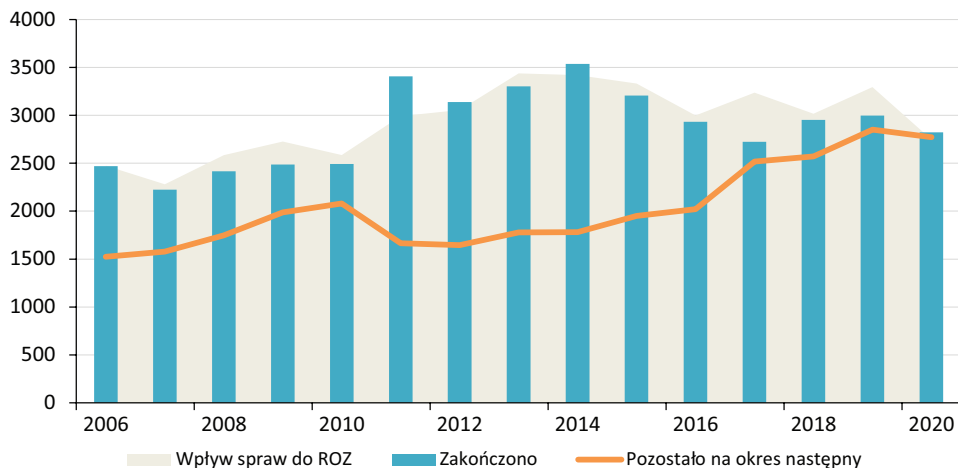
W odniesieniu do odpowiedzialności zawodowej lekarzy i pielęgniarek, głównymi instytucjami odpowiedzialnymi za prowadzenie spraw dotyczących przewinień w zakresie wykonywania swoich obowiązków są Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej oraz Sądy Lekarskie. Instytucje te zostały zobligowane do przygotowywania sprawozdań rocznych dotyczących ich działalności. Na ich podstawie określić można jaka jest liczba wnoszonych spraw do tych instytucji oraz jakich kwestii one dotyczą.

4.2.2.1. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Statystyka prowadzona przez ROZ koncentruje się m.in. na liczbie wpływających spraw do rozpoznania przez tę instytucję, jak również na sposobie ich załatwienia. Dodatkowo wskazuje rodzaje specjalizacji lekarskich oraz rodzaje przewinień, których dotyczyły skargi.

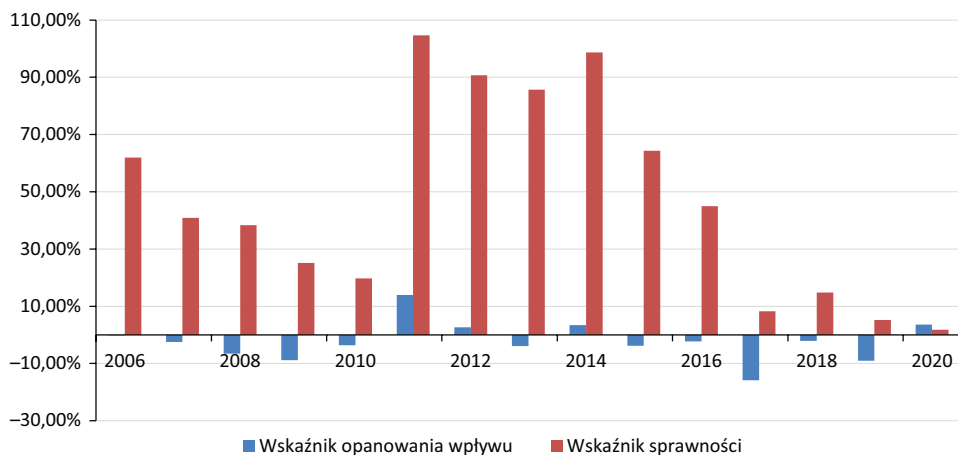
Analizując ruch spraw rozpatrywanych przez ROZ (rysunek 30), należy zauważyć, że charakteryzuje się on stosunkowo niewielkim tempem zmian (0,69%). Oznacza to, że średnio w latach 2006–2020 systematycznie przybywało nowych zgłoszeń, jednakże wzrost ten był stosunkowo niewielki. Największy przyrost skarg rozpatrywanych przez ROZ dotyczył 2011 r., wynosząc 15% w porównaniu do roku poprzedniego, natomiast najwięcej spraw wpłynęło w 2013 r. w liczbie 3400 skarg, a najmniej w 2007 r. w liczbie 2300 skarg.

Co do zasady zadaniem ROZ jest przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego w zakresie wniesionej skargi. Ze względu na skomplikowanie rozpatrywanych spraw jak i ograniczenia kadrowo-finansowe nie jest to zadanie łatwe i szybkie do zrealizowania. Skomplikowanie tego procesu jest widoczne m.in. na podstawie wskaźnika sprawności załatwienia spraw, jak i wskaźnika opanowania wpływu (rysunek 31).



Rysunek 30. Ruch spraw ROZ w latach 2006–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych NROZ na IX, X, XI i XII Krajowy Zjazd Lekarzy oraz OROZ za lata 2014–2020, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosci-zawodowej/sprawozdania/kadencyjne-nroz> (w przypadku informacji za lata 2013–2020 dane publikowane przez Rzecznika w różnych opracowaniach są sprzeczne, dlatego przedstawione liczby traktowane będą jako dane szacunkowe)¹⁸.



Rysunek 31. Wskaźnik sprawności i opanowania wpływu spraw przez ROZ w latach 2006–2020

Źródło: opracowanie własne.

¹⁸ W sprawozdaniach NROZ za lata 2014, 2015 – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wyjaśnia, że dane mogą być obciążone błędem spowodowanym niejednocliwie pojmowaną definicją sprawy zakończonej.

Pierwszy z omawianych wskaźników informuje o tym jaki jest stosunek spraw załatwionych w danym roku do spraw pozostałych do załatwienia. W badanym okresie wskaźnik ten przybierał skrajne wartości od 1,8% (w 2020 r.) do 104,6% (w 2011 r.), co oznacza, że zdarzył się rok, w którym udało się rozpatrzyć więcej spraw niż pozostało ich do rozpatrzenia na następny rok. Jednakże regułą jest przenoszenie rozpatrywania skarg na rok następny w liczbie większej niż ostatecznie udało się załatwić w danym roku.

Drugi wskaźnik pokazuje natomiast relację pomiędzy liczbą spraw załatwionych w danym roku do liczby spraw, które wpłynęły w danym roku. Jak można zauważyć, wartości tego wskaźnika prawie co roku są ujemne, co oznacza, że co do zasady nie udaje się ROZ rozpatrzyć danych skarg w danym roku. Najwyższy dodatni wskaźnik opanowania dotyczył znów 2011 r., wynosząc 13,91%, natomiast najwyższy ujemny wynik przyjął wskaźnik wyznaczony dla 2017 r., wynosząc 15,82%.

Wśród wszystkich zakończonych w danym roku spraw, na uwagę zasługuje także sposób ich załatwienia przez ROZ (rysunek 32).

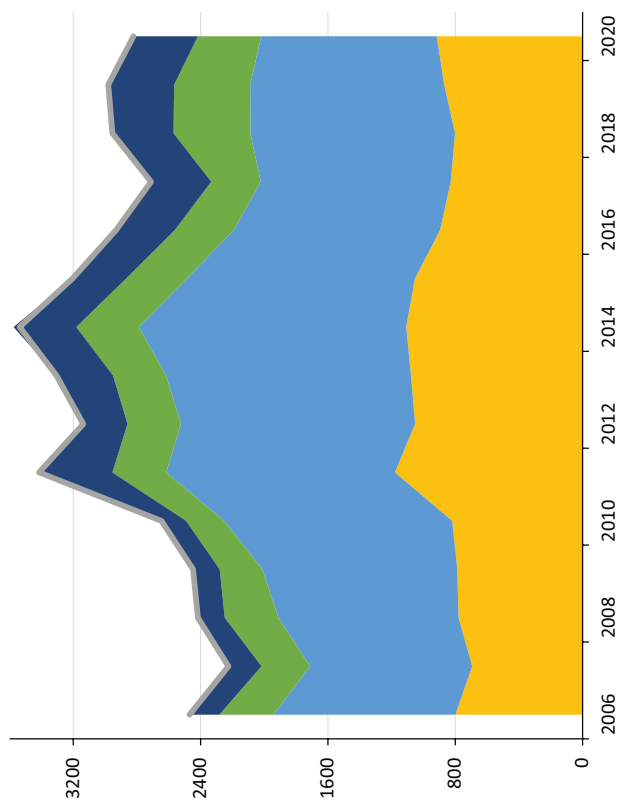
Wynika z niego, że największy udział wśród wszystkich załatwionych spraw mają te, które zostały umorzone (średnio 45,5% wszystkich spraw), jak i te, wobec których Rzecznik odmówił podjęcia (ok. 31,5% spraw). Sytuacja taka wynika z art. 63 u.i.l.2., który stanowi, że postępowania w przedmiocie odpowiedzialności nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeśli:

- uznano, że czyn nie został popełniony, lub brak jest dostatecznej ilości dowodów uzasadniających podejrzenie o jego popełnieniu;
- uznano, że czyn nie stanowi przewinienia lub sprawca nie popełnił przewinienia zawodowego;
- obwiniony (pozwany) zmarł;
- nastąpiło ustanie karalności oraz
- postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu i tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone lub wcześniej wszczęte i jeszcze się toczy.

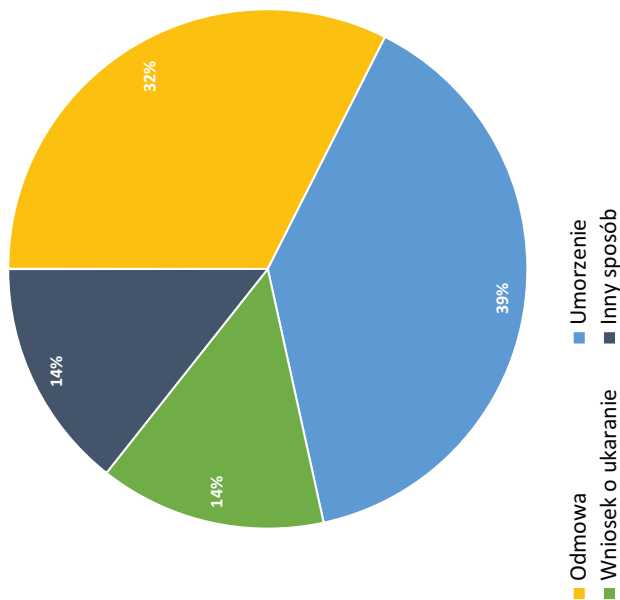
Ostatecznie ROZ decyduje się na skierowanie wniosku o ukaranie danego lekarza do SL jedynie w przypadku ok. 12,3% spraw rocznie, tj. średnio co roku ok. 353 spraw. Największa liczba tych wniosków została wydana w 2018 r (483), natomiast najniższa dotyczyła 2010 r. (239). Pozostałe zaś sprawy zostają rozwiązane w inny sposób.

Wśród wszystkich skarg wpływających do ROZ najwięcej kierowanych jest w stosunku do lekarzy kilku specjalizacji. W pierwszej kolejności są to skargi na działalność internistów i kardiologów, w drugiej kolejności chirurgów i ortopedów oraz stomatologów. Najmniej zaś zgłoszeń dotyczy działalności chirurgów dziecięcych i pediatrów (rysunek 33).

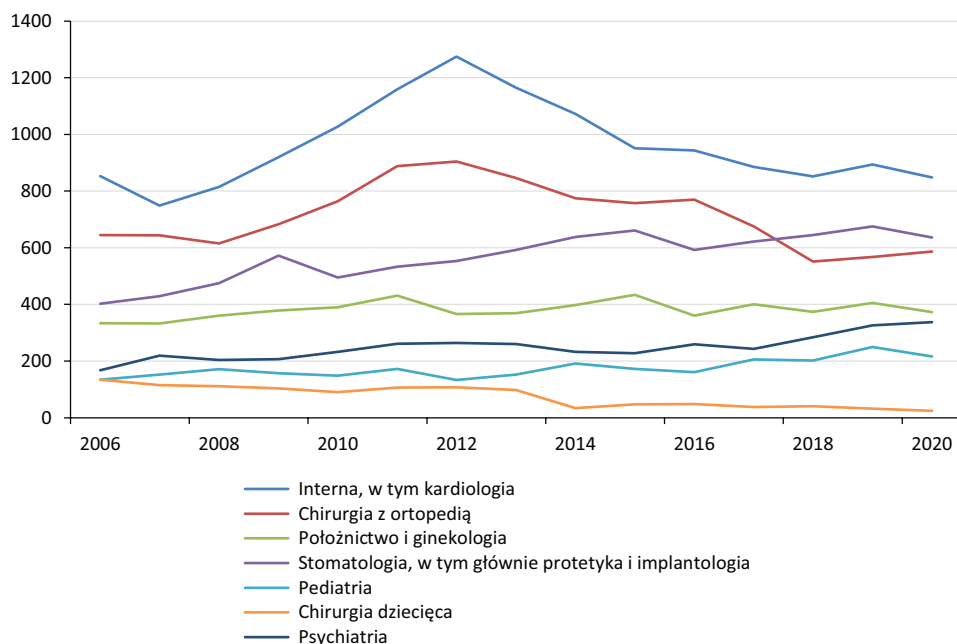
Sposób załatwienia spraw przez ROZ w latach 2006–2020



Sposób załatwienia spraw przez ROZ w 2020 r.

**Rysunek 32.** Sposób załatwienia sprawy przez ROZ w latach 2006–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych NROZ na IX, X, XI, XII oraz XIII Krajowy Zjazd Lekarzy, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosc-zawodowej-sprawozdania/kadencyjne-nroz>

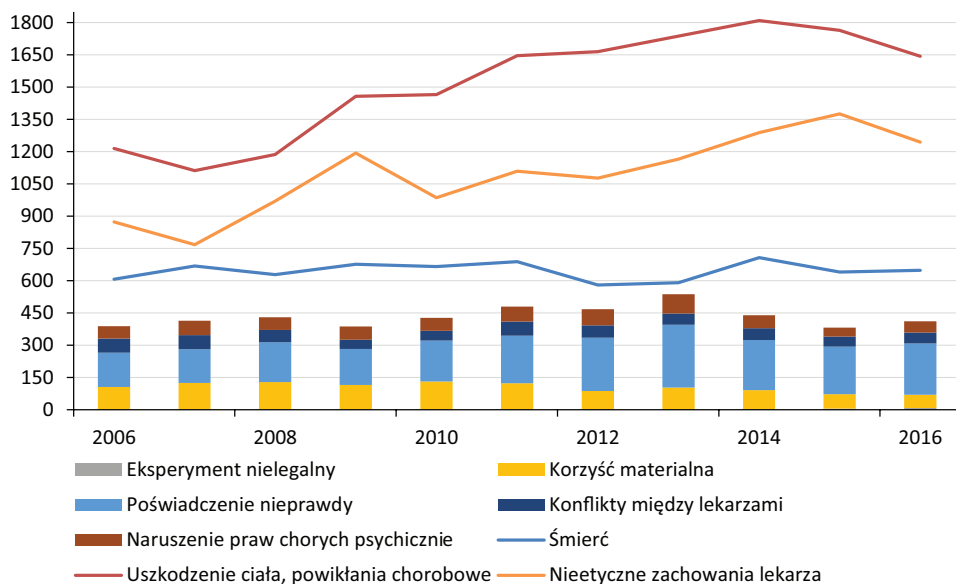


Rysunek 33. Statystyka prowadzonych spraw przez ROZ w latach 2006–2020 ze względu na wybrane rodzaje specjalizacji lekarzy będących stroną w postępowaniu odpowiedzialności zawodowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych NROZ na IX, X, XI i XII Krajowy Zjazd Lekarzy oraz sprawozdań OROZ, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosc-zawodowej/sprawozdania/kadencyjne-nroz>

Na uwagę zasługuje również dynamika zmian wpływu spraw w zakresie analizowanych specjalizacji. Okazuje się bowiem, że na przestrzeni badanych lat najwyższe tempo zmian dotyczy lekarzy o specjalizacji chirurgii dziecięcej, gdzie co roku obserwowany jest spadek średnio o 11,57% skarg. Natomiast najwyższy przyrost średnio o 5,11% skarg dotyczy działalności lekarzy o specjalizacji psychiatria. W pozostałych przypadkach zmiany wpływu nie przekraczają 1% rocznie.

Szczególnie ciekawa wydaje się analiza skarg pod względem tego jakich przewinień lekarskich dotyczyły. Tu jednak należy zauważyć, że sprawozdawczość w tym zakresie na przestrzeni badanych lat nieco się zmieniła. Obok bowiem kilku stałych kategorii przewinień wyodrębniono nowe, wskazując tym samym na wzrost liczby skarg w tych zakresach, jak i dokonano połączenia wybranych kategorii w jedną (rysunek 34 oraz rysunek 35).



Rysunek 34. Statystyka spraw prowadzonych przez ROZ w latach 2006–2016 ze względu na rodzaje przewinień lekarskich

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych NROZ

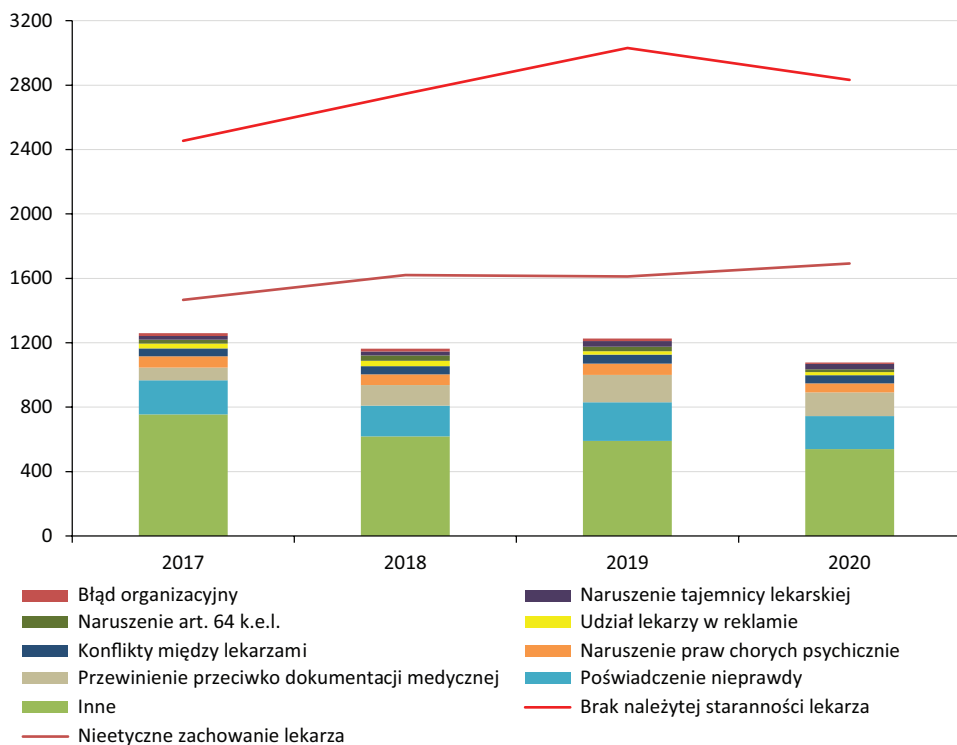
na IX, X, XI i XII Krajowy Zjazd Lekarzy oraz sprawozdań OROZ, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosc-zawodowej/sprawozdania/kadencyjne-nroz>

Stałymi kategoriami są naruszenia praw chorych psychicznie, poświadczenie nieprawdy, skargi wynikające z toczącego się konfliktu między lekarzami oraz skargi na nieetyczne zachowanie lekarzy. Kategorie skarg związanych z doprowadzeniem do śmierci pacjenta bądź uszkodzenia ciała lub wystąpienia powikłań chorobowych zostały zastąpione przez kategorię odnoszącą się do braku należytej staranności lekarza. Nowością jest wyodrębnienie kategorii skarg związanych z powstaniem błędu organizacyjnego, naruszenie tajemnicy lekarskiej, udział lekarzy w reklamie czy też naruszenie art. 64 k.e.l., który stanowi, że praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Fakt wyodrębnienia tych kategorii skarg oznacza, że zaobserwowano istotny przyrost tego typu zgłaszanych problemów do ROZ.

Ponadto z katalogu skarg zniknęły takie kategorie, jak przyjmowanie korzyści materialnych przez lekarzy czy też udział lekarzy w nielegalnych eksperymentach medycznych, które trafiają teraz do kategorii inne.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy zauważyć, że co do zasady najwięcej skarg wpływających do ROZ związanych jest z naruszeniem należytej staranności, która skutkować może uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia czy w skrajnych przypadkach śmiercią (stanowią one ok. 50% wszystkich wnoszonych skarg). W drugiej kolejności są to skargi związane z nieetycznymi zachowaniami lekarzy (tj. ok. 30% skarg). Jak uzasadnia Rzecznik, często w postępowaniu wyjaśniającym

w przypadku powikłań chorobowych dochodzi do sytuacji, w której okazuje się, że skarga dotyczy nie tyle działania samego lekarza, co systemu ochrony zdrowia. W takiej sytuacji ROZ nie może podjąć takiej sprawy, gdyż, jak wskazano wcześniej, nie leży to w jego kompetencji.



Rysunek 35. Statystyka spraw prowadzonych przez ROZ w latach 2017–2020 ze względu na rodzaje przewinień lekarskich

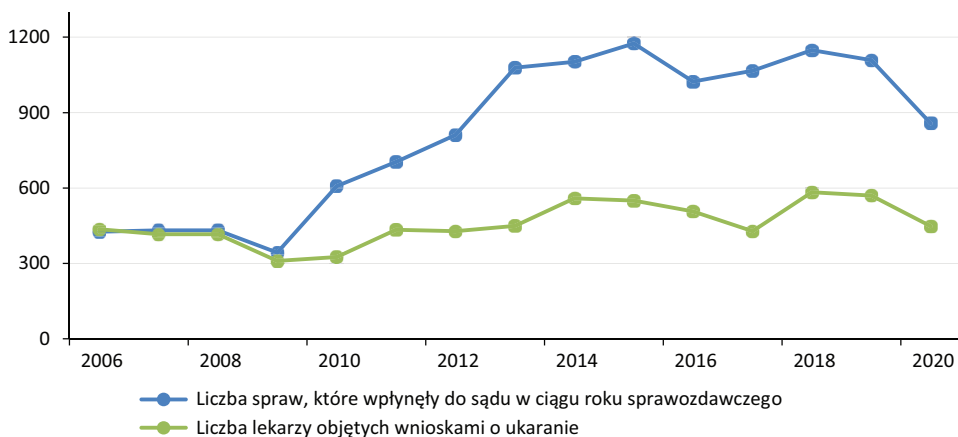
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych NROZ na IX, X, XI i XII Krajowy Zjazd Lekarzy, <https://nil.org.pl/izba/naczelnny-rzecznik-odpowiedzialnosc-zawodowej/sprawozdania/kadencyjne-nroz>

A zatem zakładając, że fakt zgłoszenia sprawy do ROZ miałby stanowić o minimalnej liczbie zdarzeń niepożądanych wywołujących skutki na zdrowiu i życiu pacjenta do jakich dochodzi w Polsce, należałoby przyjąć, że jest ich średnio co roku ok. 2300, co odpowiada średniej liczbie wpływających do ROZ skarg z tytułu braku należytej staranności przy wykonywaniu czynności leczniczych przez lekarza.

Oszacowanie to nie jest jednak miarodajne, bowiem fakt wpłynięcia skargi nie świadczy jednoznacznie o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego. Należy udowodnić, że miało ono miejsce, stąd bardziej precyzyjna w tym zakresie powinna być statystyka spraw wpływających do SL, które są odpowiedzialne za rozpatrywanie spraw z tytułu odpowiedzialności zawodowej.

4.2.2.2. Sądy Lekarskie

W odróżnieniu od statystyki spraw Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej statystyka Sądów Lekarskich związana jest ze sprawami, w których w toku postępowania sprawdzającego i wyjaśniającego uznano, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo zajścia przewinienia jakiego mógł dokonać dany lekarz. Stąd też fakt zastosowania sankcji wobec lekarzy może stanowić bardziej wiarygodną informację o minimalnej liczbie zdarzeń niepożądanych, do jakich dochodzi w Polsce (w ich szerokim znaczeniu), ale nie o liczbie popełnianych błędów medycznych.



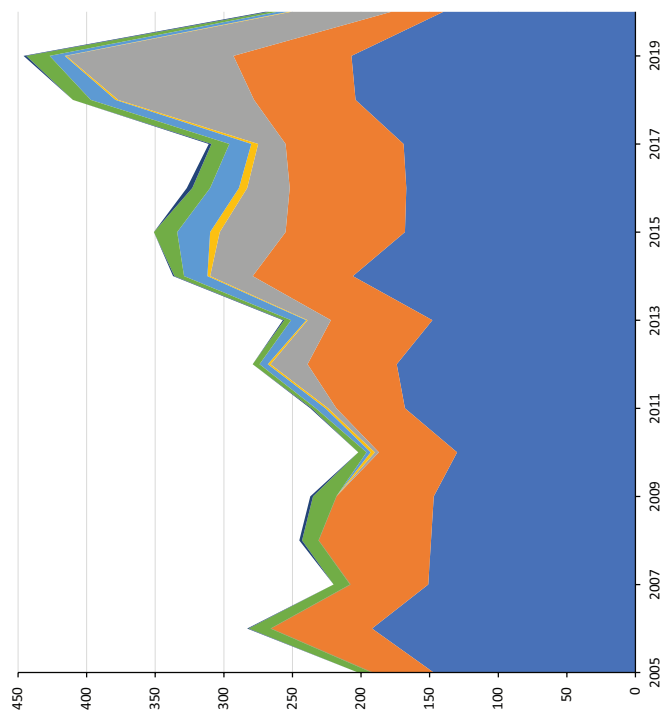
Rysunek 36. Liczba spraw wpływających do OSŁ w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań NSL z lat 2006–2020, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-sadow-lekarskich>

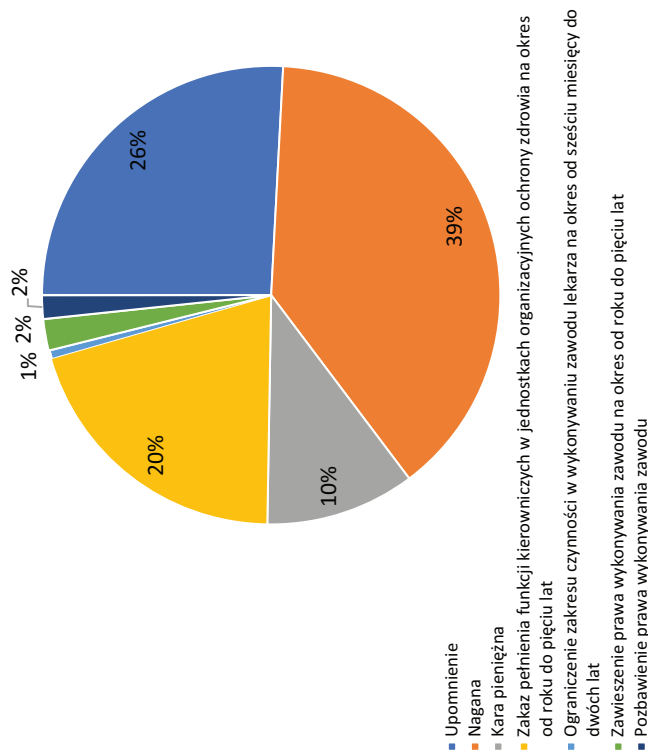
Na podstawie ewidencji spraw wpływających do okręgowych sądów lekarskich (rysunek 36) zauważyć można, że przełomowym rokiem dla działalności OSŁ był rok 2010, w którym zaczęła obowiązywać znowelizowana ustawa u.i.l.2., na mocy której dopuszczono pokrzywdzonego do występowania w roli strony w postępowaniu odpowiedzialności zawodowej. W roku tym zaobserwowano aż 77% wzrost wpływu spraw do SL w stosunku do roku poprzedniego. Ostatecznie średnie tempo zmian w badanym okresie wyniosło 6,32%, co oznacza, że co roku istotnie wzrastała liczba spraw rozpatrywanych przez ten sąd. Najniższa liczba spraw wpłynęła do OSŁ w 2005 r. (342 sprawy), a najwyższa w 2018 r., tj. 1148 spraw. Zdecydowanie powolniejszej zmianie podlegała liczba lekarzy objętych wnioskiem o ukaranie (obserwowany wzrost w badanym okresie wyniósł średnio rok do roku 0,24%). Najniższa liczba lekarzy objętych wnioskiem o ukaranie została odnotowana w 2009 r., wynosząc 310 wniosków, zaś najwyższa w 2018 r. (i dotyczyła 583 lekarzy).

Z punktu widzenia występowania zdarzeń niepożądanych najważniejszą informację niesie ze sobą statystyka liczby osób, które zostały ukarane przez SL (rysunek 37), bowiem orzeczenie karzące poprzedzone jest wnikliwą analizą przypadku dokonaną przez grono specjalistów, która w sposób jednoznaczny potwierdza fakt wystąpienia danego zdarzenia.

Rodzaje kar stosowanych wobec lekarzy w postępowaniu przed SL w latach 2005–2020



Rodzaje kar stosowanych wobec lekarzy w 2020 r.

**Rysunek 37.** Statystyka orzeczeń OSL w Polsce w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań NSL z lat 2005–2020, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-sadow-lekarskich>

Analizując sposób załatwienia spraw przez OSL, można zauważyć (rysunek 37), że w latach 2005–2020 średnio co roku ok. 138 spraw kończyło się umorzeniem lub uniewinnieniem pozwanego lekarza, podczas gdy różnego rodzaju sankcjom podlegało średnio co roku ok. 288 lekarzy.

Wśród wszystkich rodzajów sankcji, jakim poddawani są lekarze, najczęściej stosowanymi karami były: kara upomnienia średnio co roku ok. 59,36% (dotyczyła średnio co roku 167 lekarzy) oraz kara nagany 24,42% (średnio co roku dotyczyła ok. 69 lekarzy). Najrzadziej natomiast stosowana była kara całkowitego pozbawienia prawa wykonywania zawodu, która stanowi najdotkliwszy rodzaj sankcji, jaki może być zastosowany wobec lekarza (średnio co roku karze tej podlegał jeden lekarz). Dodatkowo należy zwrócić uwagę na to, że co roku średnio ponad 8,6% lekarzy podlegało karze pieniężnej, a ponad 6,53% lekarzy podlegało karze ograniczenia zakresu czynności wykonywania zawodu lub zawieszenia w prawach do wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat. Przykładowy rozkład zasądzonych kar w 2020 r. zaprezentowano na rysunku 37.

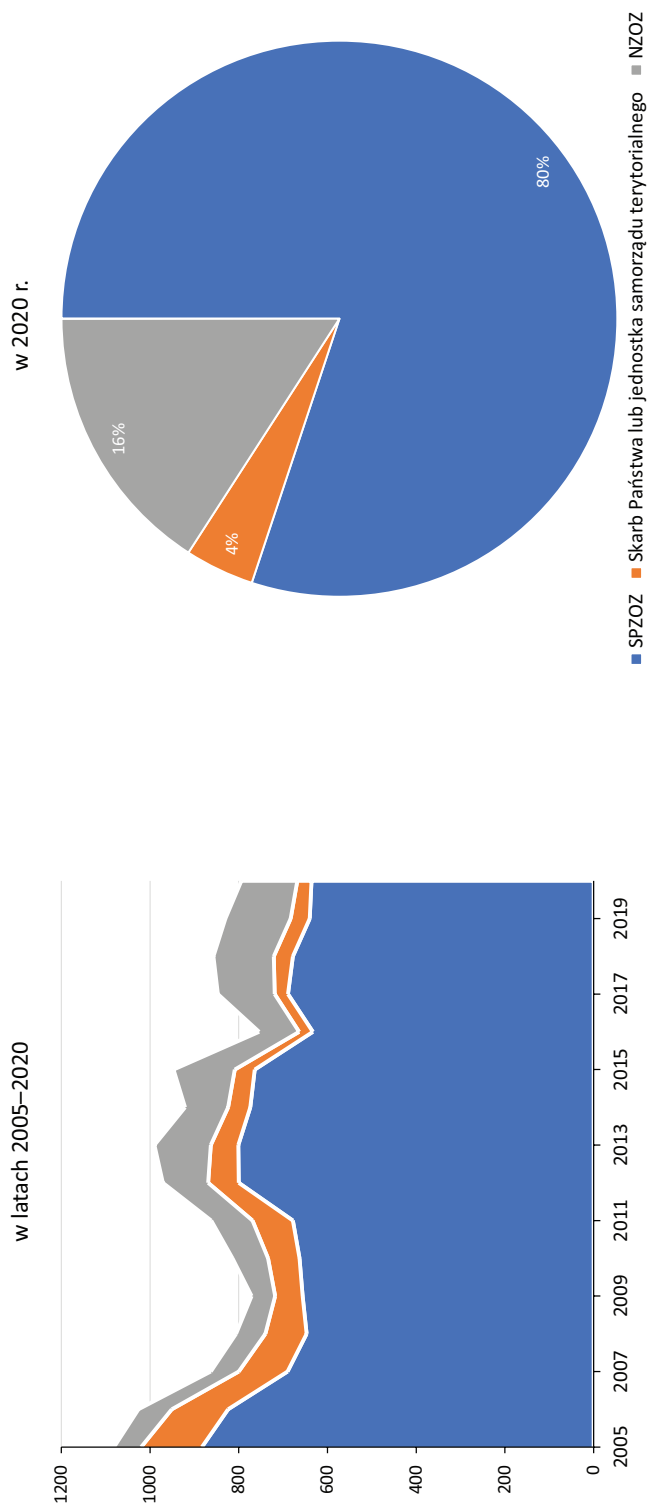
Należy przy tym pamiętać, że ze względu na możliwość odwołania się od orzeczenia OSL tylko część spraw podlega uprawomocnieniu. Rocznie uprawomocnia się ok. 63% wszystkich orzeczeń OSL. Pozostałe sprawy natomiast kierowane są do rozpoznania przez Naczelny Sąd Lekarski. Stąd też z ostrożnością można przyjąć, że minimalna liczba zdarzeń niepożądanych będzie odpowiadała liczbie prawomocnych orzeczeń SL kierowanych w stosunku do pozwanego lekarza w zakresie odpowiedzialności zawodowej, wynosząc średnio co roku ok. 178 zdarzeń.

4.2.3. Roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej

W przypadku odpowiedzialności cywilnej organem odpowiedzialnym za prowadzenie statystyki związanej z wpływem spraw do cywilnych sądów okręgowych jest Ministerstwo Sprawiedliwości. Na podstawie danych publikowanych przez ten organ można zauważyć, jak zmieniała się struktura wpływu spraw oraz ile rocznie uznawanych było roszczeń z tytułu zajścia szkód na pacjentach (rysunek 38).

Analizując zatem wpływ spraw do sądów powszechnych (rysunek 38), należy zauważyć, że co do zasady w badanym okresie w strukturze wpływu dominowały sprawy prowadzone przeciwko SPZOZ (co roku stanowiły one średnio ponad 81% wszystkich spraw wpływających do sądów powszechnych w Polsce). W przypadku zaś spraw przeciwko NZOZ, Skarbowi Państwa i JST struktura wpływu zmieniała się dynamicznie. Tendencja ta spowodowana była przede wszystkim zmianami systemowymi, jakie zaszły w badanym okresie w obszarze ochrony zdrowia w Polsce (patrz rozdział 1), które przyczyniły się m.in. do likwidacji części placówek leczniczych oraz zmian w zakresie odpowiedzialności za ich działalność. Tym samym na rynku usług medycznych zmieniła się struktura rodzajowa placówek funkcjonujących w latach 2005–2020¹⁹.

19 Przypomnijmy, że do 2011 r. wyróżniano podział zakładów opieki zdrowotnej na publiczne oraz niepubliczne w zależności od tego jaki podmiot utworzył określony zakład opieki zdrowotnej. Po wejściu w życie u.d.l. ten podział został zastąpiony przez podział na podmioty działalności leczniczej będące przedsiębiorcami oraz niebędące przedsiębiorcami.



Rysunek 38. Struktura wpływu spraw do sądów powszechnych w Polsce o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości za lata 2005–2020, <https://isws.ms.gov.pl/>

Stąd też w przypadku postępowań prowadzonych przeciwko podmiotom działającym w formie NZOZ obserwowany był stopniowy wzrost ich liczby (w 2005 r. stanowiły one ok. 6% wśród wszystkich wpływających spraw, w 2019 r. zaś już ok. 18%), podczas gdy liczba spraw przeciwko Skarbowi Państwa lub JST z roku na rok sukcesywnie spadała (w 2005 r. stanowiły one ok. 13% wśród wszystkich wpływających spraw, w 2020 r. zaś już tylko 4%).

Patrząc na dynamikę wpływu spraw do sądów powszechnych w Polsce, należy zauważyć, że nastąpił niewielki spadek liczby spraw wpływających do sądów powszechnych w Polsce w latach 2005–2020 średnio co roku o ok. 2,04%. Najwyższe malejące tempo zmian dotyczyło spraw związanych z działalnością podmiotów podlegających Skarbowi Państwa lub też JST (obserwowany spadek wpływu spraw w tym zakresie wyniósł średnio co roku ok. 9,24%). Najniższe zaś średnie tempo zmian dotyczyło spraw związanych z działalnością SPZOZ (spadek wpływu spraw z tego zakresu sięgnął w badanym okresie średniorocznie ok. 2%).

Analizując strukturę wpływu spraw ze względu na rodzaj sądu, do jakiego wpływają sprawy (rysunek 39), należy przypomnieć, że w roku 2005 nastąpiła zmiana progu wymagalności co do wysokości wartości przedmiotu sporu²⁰, która spowodowała istotne zmiany w strukturze wpływu.

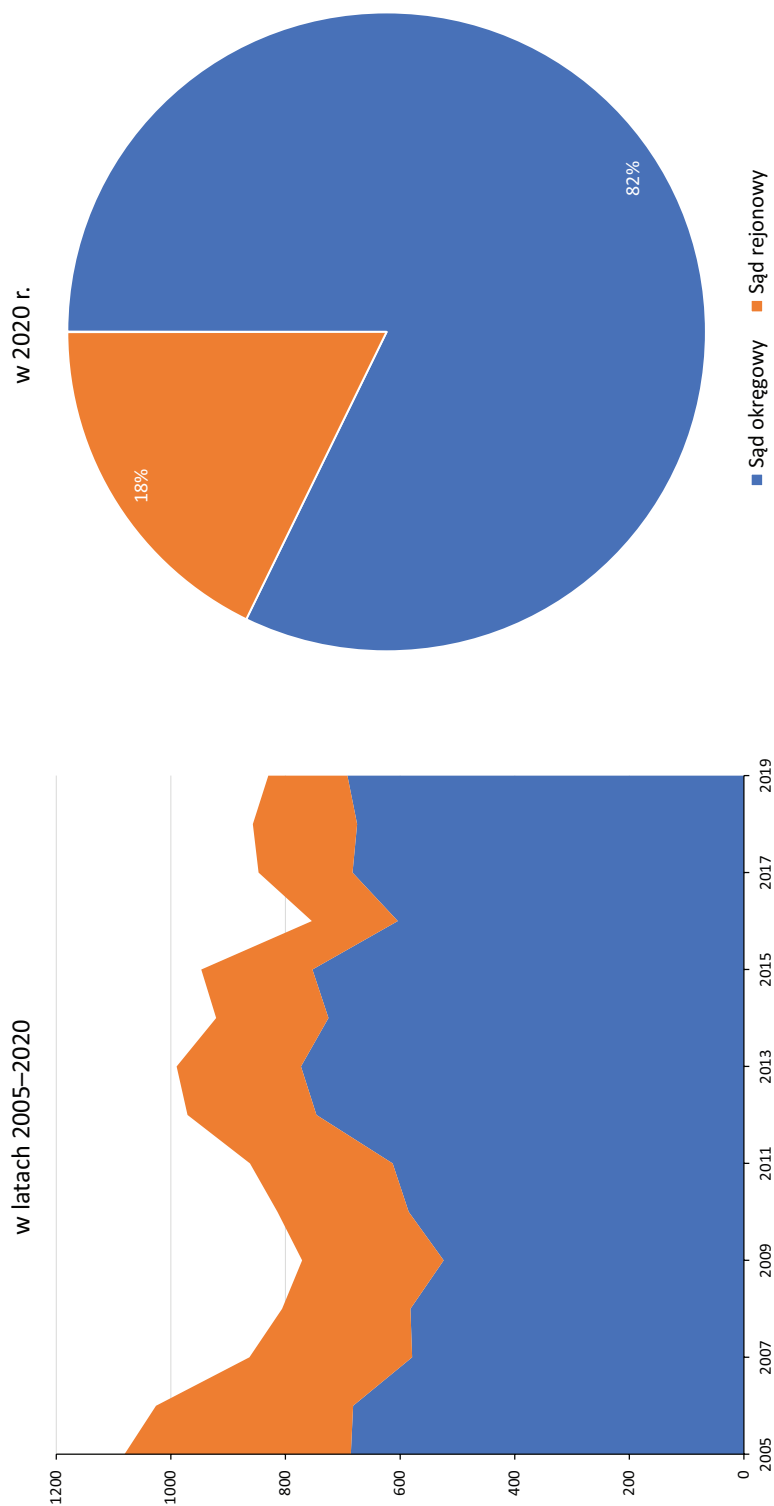
Zmiana wysokości wartości przedmiotu sporu odciążyla znacznie sądy okręgowe kosztem sądów rejonowych. W przypadku roku 2004 aż 76% wszystkich spraw wpływających do sądów powszechnych stanowiły sprawy rozpatrywane przez sądy okręgowe, natomiast po zmianie przepisów w roku 2005 odsetek ten zmalał do 63%.

Niestety, patrząc na strukturę wpływu spraw w kolejnych latach, widać, że zmiana progów wymagalności wywołała tylko chwilową poprawę struktury wpływu, bowiem w kolejnych latach znów zaczęła wzrastać liczba spraw kierowanych do sądów okręgowych, stanowiąc w 2019 r. ponad 83%. Biorąc pod uwagę malejącą dynamikę wpływu spraw do sądów powszechnych, należy stwierdzić, że z roku na rok podwyższeniu podlegała wartość przedmiotu sporów dotyczących szkód medycznych²¹.

Zważywszy na to, że w postępowaniu cywilnym analizowane są przesłanki odpowiedzialności za powstanie szkody na pacjencie związane z procesem leczenia, uznać można, że statystyka ruchu spraw w sądach powszechnych może stanowić źródło danych do oszacowania minimalnej liczby występowania poważnych zdarzeń niepożądanych. Jednakże należy pamiętać, że sam fakt wpływu sprawy do sądu nie świadczy o ujawnieniu zdarzenia niepożądanego, a jedynie sygnalizuje, że mogło dochodzić do pewnych nieprawidłowości podczas leczenia, które w toku postępowania powinno się udowodnić. Dlatego do oszacowania należy przyjąć szczególnie liczbę spraw, w których sąd uznał powództwo w części lub całości oraz

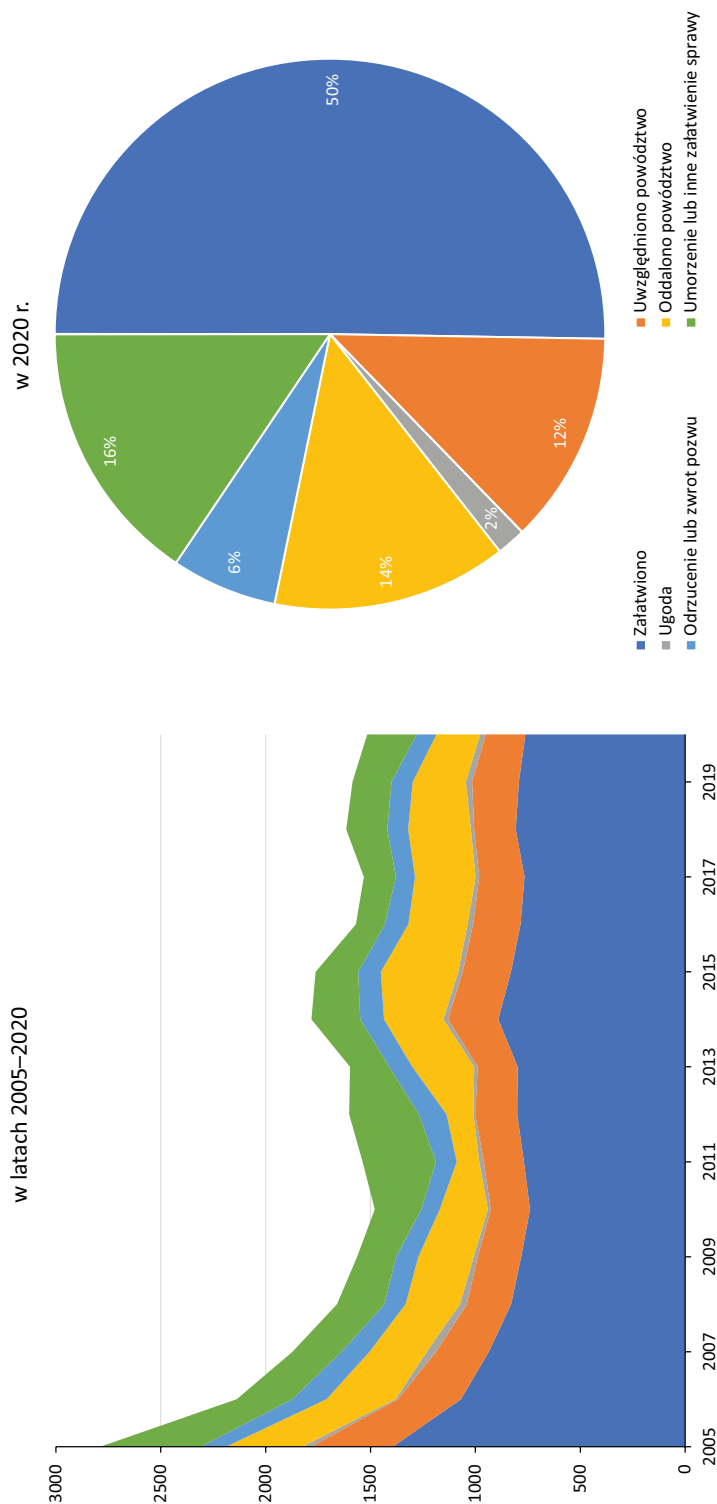
20 Do zmiany tej doszło na mocy art. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania cywilnego* oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2004, nr 172, poz. 1804.

21 Tezę tę spróbowano wyjaśnić w rozdziale 5 na przykładzie statystyki wpływu spraw do sądów okręgu łódzkiego.



Rysunek 39. Struktura wpływu spraw do sądów powszechnych w Polsce w podziale na rodzaj sądu, dotyczących odszkodowań za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości, <https://isws.ms.gov.pl/>



Rysunek 40. Sposób rozpatrzenia spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Polsce, prowadzonych przed sądami okręgowymi i rejonowymi łącznie w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk publikowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://isws.ms.gov.pl/>

liczbę spraw w przypadku których doszło do ugody. W większości przypadków sam fakt podpisania ugody, w której strona oskarżona godzi się na wypłatę świadczenia odszkodowawczego, stanowi, że strona ta uznaje, że do zdarzenia doszło. Stąd należy sprawdzić jak kształtowała się liczba spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia sposobu ich rozpatrzenia.

Analizując zatem dane z rysunku 40, okazuje się, że wraz ze spadkiem liczby wpływających do sądów powszechnych spraw zmniejszała się liczba rozpatrywanych (załatwionych) spraw przez te sądy (spadek ten średnio co roku wynosił ok. 4,21%). Wśród wszystkich rozpatrzonych spraw sądy w latach 2005–2020 najczęściej oddalały powództwo, średnio co roku ok. 30,94%, w drugiej kolejności umarzały postępowanie lub w inny sposób decydowały o zakończeniu sprawy (średnio 27,64%)²². Sprawy uwzględniające powództwo w części lub całości stanowiły średnio co roku ok. 26,46%, tj. ok. 228 powództw. Ponadto w przypadku ok. 2,67% powództw postępowanie kończono poprzez zawarcie ugody (tj. ok. 23 ugód rocznie), w których najczęściej strona pozwana deklarowała wypłatę określonego świadczenia odszkodowawczego za powstałą szkodę. Pozostałe zaś sprawy kończono poprzez odrzucenie lub zwrot pozwu, w sytuacji gdy powód nie spełnił wszystkich wymagań formalnych. Stąd też uznać można, że średnio co roku w latach 2005–2020 ujawnieniu podlegało ok. 251 zdarzeń niepożądanych. Jednakże należy podkreślić, że nie jest to liczba informująca o skali powstawania zdarzeń niepożądanych, a jedynie pokazująca liczbę zdarzeń ujawnionych, skutkujących finansowymi konsekwencjami dla podmiotu odpowiedzialnego za szkodę jakiej doznał poszkodowany pacjent.

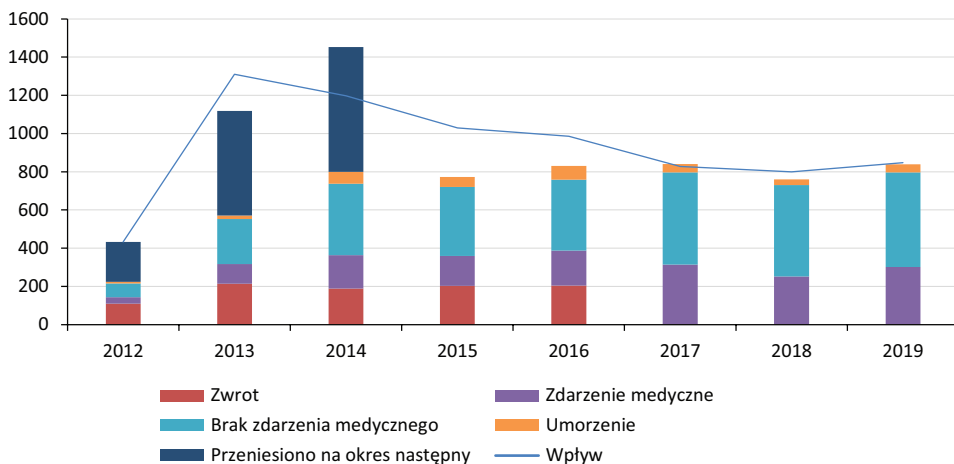
4.2.4. Roszczenia z tytułu odpowiedzialności za zajście zdarzenia medycznego

W przypadku odpowiedzialności za zajście zdarzenia medycznego, podmiotem odpowiedzialnym za gromadzenie danych dotyczących przebiegu postępowań są wojewodowie. Niestety nie podają oni tych danych do wiadomości publicznej. Podmiotem, który to czyni jako podmiot monitorujący kwestie związane z działalnością Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Podobnie jak w sytuacji odpowiedzialności cywilnej uznać można, że gdy wojewódzka komisja stwierdza zajście zdarzenia medycznego, można domniemywać, że również doszło do zajścia zdarzenia niepożądanego. Jednakże, analizując

²² Umorzenie polega na zakończeniu rozpatrywania sprawy przez sąd w wyniku np. niepodjęcia sprawy w określonym terminie po zawieszeniu danej sprawy lub niewywiązaniu się z zarządzeń sądu w określonym terminie przez powoda, natomiast inne załatwienie sprawy to np. przekazanie jej według właściwości czy też połączenie dwóch spraw w jedną itp. – szerzej na ten temat traktuje rozdział 5.

dane statystyczne prezentowane przez RPP, należy pamiętać, że działalność wojewódzkich komisji jest relatywnie krótka, a sprawozdawczość dotycząca spraw rejestrowanych przez ww. komisje ulega ciągłym zmianom, co istotnie wpływa na czytelność danych. Niemniej jednak można spróbować wyciągać już pierwsze spostrzeżenia (rysunek 41).



Rysunek 41. Wpływ spraw do Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w szpitalach w Polsce w latach 2012–2019

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań dotyczących przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za lata 2012–2020 przygotowane przez RPP oraz danych uzyskanych bezpośrednio od RPP, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że statystyka dotycząca sprawozdawczości w zakresie działalności Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych od początku swojego istnienia była kilkukrotnie zmieniana. Zmianie podlegał m.in. sposób prezentowania danych przez RPP. W przypadku lat 2012 i 2013 podawano dokładne liczby dotyczące spraw, których rozpatrywanie było przeniesione na okres następny czy też wniosków, które podlegały zwrotowi. W kolejnych latach dane prezentowano procentowo, nie wyjaśniając co stanowi podstawę do wyliczenia danych udziałów. Zaprzestano również podawania informacji o tym, ile wniosków rocznie podlega zwrotowi i tym samym nie jest rozpatrywanych, oraz ile z nich przeniesiono na następny okres. Ponadto ze względu na wybuch pandemii koronawirusa w 2020 r. prace wojewódzkich komisji zostały czasowo zawieszone²³. Tym samym Rzecznik nie podał żadnych danych dotyczą-

²³ Od dnia 31 marca 2020 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. 2020, poz. 875 (art. 15zsz), bieg terminów procesowych w różnego rodzaju postępowaniach został zawieszony, tym samym zawieszono działalność różnych instytucji, w tym Wojewódzkich

cych prac tych komisji przeprowadzonych w 2020 r. Stąd braki tych informacji na rysunku 41.

Obserwując dane dotyczące wpływu spraw do Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (rysunek 41), można zauważyć, że wprowadzenie w 2012 r. możliwości dochodzenia świadczeń odszkodowawczych z tytułu zajścia zdarzenia medycznego wzbudziło duże zainteresowanie i nadzieje na szybkie rozpatrzenie wniosku o odszkodowanie lub zadośćuczynienie wśród poszkodowanych pacjentów. W pierwszym roku funkcjonowania tej formy dochodzenia roszczeń wpłynęło ok. 432 wniosków o wszczęcie postępowania, rok później było ich już trzykrotnie więcej. Niestety ze względu na wiele kontrowersji związanych z funkcjonowaniem tego sposobu dochodzenia roszczeń, od 2014 r. obserwowany był spadek liczby spraw wpływających do tych komisji (w 2018 r. zanotowany wpływ spraw był niższy w porównaniu do roku 2013 aż o ok. 39%).

Tak drastyczny spadek zainteresowania tą formą odpowiedzialności skłonił Najwyższą Izbę Kontroli do podjęcia działań kontrolnych, wskutek czego w 2018 r. powstał raport z przeprowadzonej kontroli²⁴. W wyniku przeprowadzonych działań NIK stwierdził, że alternatywny do drogi sądowej system kompensacyjny w zakresie orzekania o zajściu zdarzenia medycznego jest nieskuteczny, bowiem nie zapewnia pacjentowi szybkiego uzyskania świadczenia odszkodowawczego rekompensującego poniesione straty. Wśród wszystkich zastrzeżeń, jakie podniosła komisja NIK, największe znaczenie miały dwa elementy. Po pierwsze nieprzestrzeganie terminów wydawania orzeczeń przez wojewódzkie komisje. W ramach przeprowadzonej kontroli okazało się, że w przypadku aż 52,7% spraw odnotowano uchybienia terminowe zarówno w zakresie czasu, przeprowadzania czynności wstępnych związanych ze złożonym wnioskiem, jak i czasem sporządzania uzasadnień do orzeczeń itp. Szczególnie istotnym problemem okazał się czas oczekiwania na przygotowanie opinii biegłych, dodatkowo często w jednej sprawie korzystano z opinii więcej niż jednego biegłego, co również istotnie wydłużało czas trwania postępowania.

Drugim bardzo ważnym problemem, jaki wyodrębniła NIK, okazał się sposób składania propozycji wysokości świadczeń odszkodowawczych, w sytuacji gdy uznano, że do zdarzenia medycznego doszło. Okazało się bowiem, że w przypadku aż 71,9% badanych orzeczeń wnioskodawcy odmówili przyjęcia propozycji świadczeń. Sytuacja wynikała tu przede wszystkim z faktu, że w systemie pozasądowym to szpital, a w razie, gdy ten posiada odpowiednie ubezpieczenie – ubezpieczyciel, ustala wysokość świadczenia odszkodowawczego; ustawa określa tylko maksymalne progi dotyczące wnioskowania kwot w postępowaniu przed komisją,

Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Zawieszenie to zniesiono z dniem 24 maja 2020 r., kiedy to weszły w życie przepisy ustawy z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV 2, Dz. U. 2020, poz. 374.

24 Informacja o wynikach kontroli. Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów; 2018, Najwyższa Izba Kontroli, nr Ewidencyjny 163/2018/P/18/057/KZP.

a zatem zarówno szpitalowi, jak i ubezpieczycielowi tego szpitala zależy na tym, by ta kwota była jak najniższa i nie wpływała znacząco na działalność tej jednostki. Tym samym często okazywało się, że propozycje świadczeń daleko odbiegały od poniesionych strat przez pacjenta.

Patrząc na sposób rozpatrzenia wpływających spraw do wojewódzkich komisji, należy zwrócić uwagę, że z roku na rok utrzymywał się tu wysoki odsetek wniosków (w latach 2012–2016 średnio co roku ok. 20%²⁵), które podlegały zwróceniu z przyczyn formalnych, takich jak: niekompletność wniosku, nieopłacenie wniosku, brak danych podmiotu leczniczego, brak propozycji odszkodowania, zaistnienie zdarzenia przed 1 stycznia 2012 r. lub podmiot nie był szpitalem²⁶. Ponadto w latach 2012–2019 obserwowano wysoki odsetek spraw, w których uznano, że do zdarzenia nie doszło (średnio co roku ok. 62% wszystkich rozpatrywanych spraw). Natomiast stwierdzeniem, że doszło do zajścia określonego zdarzenia medycznego we wskazywanym szpitalu, kończyło się średnio co roku ok. 31% rozpatrzonych spraw.

Podsumowując, w latach 2012–2019 obserwowano rok do roku wzrost liczby orzeczeń uznających, że do zdarzenia w danym szpitalu doszło (średnie tempo wzrostu wynosiło w latach 2012–2019 ok. 37%). Najwięcej takich orzeczeń wydano w 2017 (314), a najmniej w 2012 (33). Zatem średnio co roku w badanym okresie orzekano o zajściu zdarzenia medycznego ok. 190 razy. Należy przy tym zauważyć, że wśród wszystkich propozycji świadczeń odszkodowawczych oferowanych w wyniku uznania faktu wystąpienia zdarzenia medycznego tylko niewielki ich odsetek był przyjmowany przez wnioskodawców (średnio co roku w co trzynastej sprawie, w której uznano fakt zajścia zdarzenia medycznego, wnioskodawca decydował się przyjąć propozycję świadczenia odszkodowawczego określonego przez szpital).

4.2.5. Skargi do Rzecznika Praw Pacjenta

Instytucja Rzecznika Praw Pacjenta została utworzona na mocy ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dopiero w 2009 r. Głównym celem stworzenia takiej instytucji było powołanie do życia organu, który będzie zdolny do reagowania w każdej sytuacji, gdy prawa pacjenta nie będą przestrzegane. Na jej podstawie w art. 47 do głównych zadań Rzecznika zaliczono m.in.:

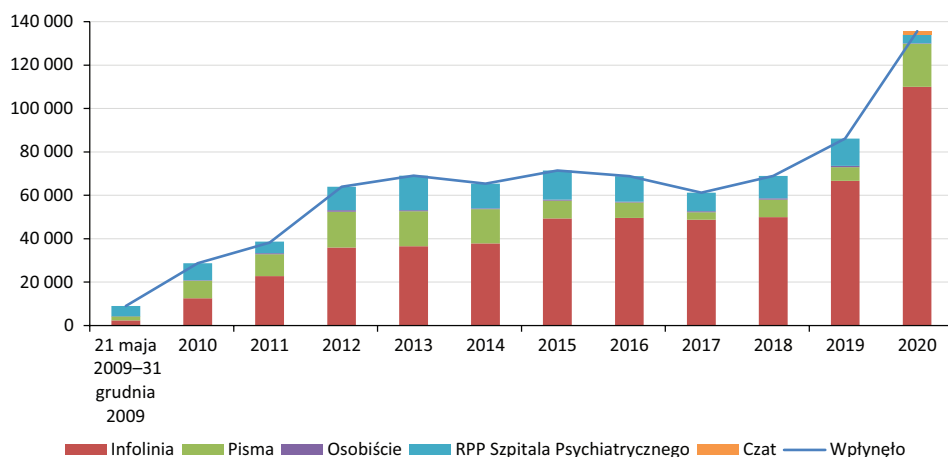
- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;

25 Od 2017 RPP nie podaje danych dotyczących odsetka wniosków, które podlegały zwróceniu przez wojewódzkie komisje z przyczyn formalnych.

26 K.B. Kozłowska, *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2013*, http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/cjenta_na_terytorium_rzeczypospolitej_polskiej._obejmuje_okres_od_dnia_1_stycznia_2013_r._do_dnia_31_grudnia_2013_r.1.pdf (data dostępu: 15.12.2017).

- w sprawach cywilnych żądanie wszczęcia postępowania lub/i branie udziału w toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi;
- dokonywanie analizy skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy.

Widać zatem, że instytucja RPP jest niezwykle ważna z punktu widzenia relacji: lekarz/placówka lecznicza – pacjent, gdyż w razie wątpliwości co do zasadności postępowania danego lekarza lub placówki leczniczej jest ona jedną z pierwszych instytucji, do której może zgłaszać się pacjent w celu uzyskania odpowiednich informacji dotyczących jego praw i możliwości rozwiązywania sporów między wspomnianymi stronami. Stanowisko to wydaje się potwierdzać rysunek 42.



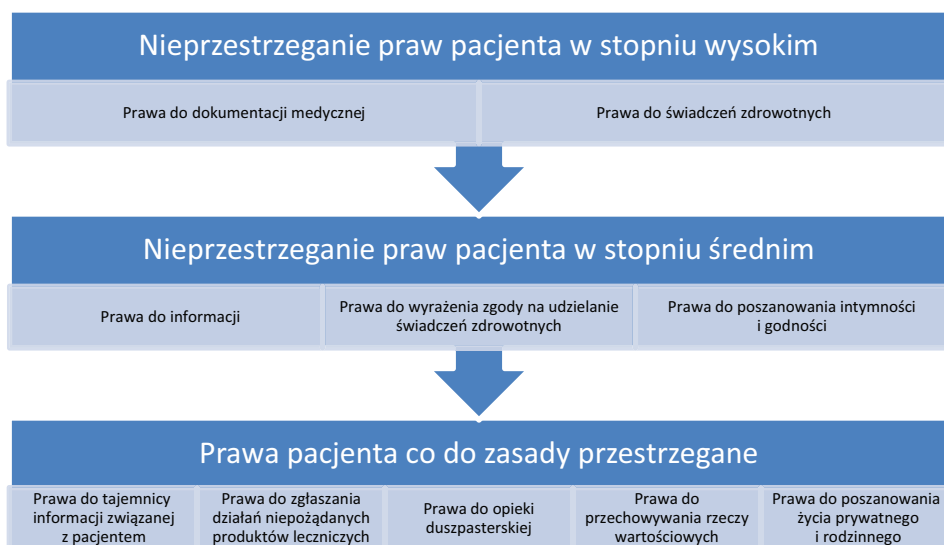
Rysunek 42. Liczba zgłoszeń (spraw, sygnałów) skierowanych do RPP w latach 2009–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań publikowanych przez RPP za lata 2009–2020, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>

Analizując rysunek 42, zaobserwować można, że w latach 2009–2020 z roku na rok wyraźnie wzrastała liczba zgłoszeń pacjentów do RPP poprzez różne kanały kontaktowe, osiągając w 2020 r. liczbę 135 625 zgłoszeń. Jak sygnalizuje sam Rzecznik, zgłoszeń mogłoby być dużo więcej, gdyby nie istniejące ograniczenia kadrowe i finansowe jakimi dysponuje. Najczęściej wykorzystywaną formą kontaktu z Rzecznikiem jest łączność przez infolinię, która w głównej mierze pełni funkcję informacyjną dla wszystkich zainteresowanych pacjentów odnośnie ich praw. W przypadku tej formy kontaktu zauważmy, że w 2010 r. odnotowano 12 612 połączeń, natomiast w 2020 r. było ich już dziesięciokrotnie więcej. Obok infolinii Rzecznik wykorzystuje również takie kanały, jak: możliwość wizyty osobistej w biurze RPP (choć ta forma kontaktu jest coraz rzadziej wykorzystywana), pisma czy też od 2020 r. czat, który jest umieszczony na stronie internetowej biura RPP (jak wskazuje Rzecznik, ta forma spotkała się z aprobatą użytkowników).

Podobnie jak w przypadku Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, tak i Rzecznik Praw Pacjenta prowadzi rejestr zgłoszeń w podziale na rodzaj oddziału specjalistycznego jakiego dotyczy²⁷. Na jego podstawie można zauważyć, że w latach 2015–2020 wpływające do RPP zgłoszenia dotyczyły przede wszystkim takich dziedzin, jak: medycyna ratunkowa (średnio co roku ok. 16,23% zgłoszeń), ortopedia (14,97%), chirurgia ogólna (8,87%), choroby wewnętrzne (ok. 8,4%), neurologia (7,51%) oraz ginekologia i położnictwo (ok. 7%).

Na podstawie wszystkich zgłoszeń Rzecznik wyodrębnił także rodzaje praw pacjentów, które najczęściej nie są przestrzegane przez podmioty lecznicze, a tym samym mogą stanowić przesłanki do wniesienia przez pacjentów roszczeń w stosunku do podmiotów, które tych praw nie przestrzegają (rysunek 43).



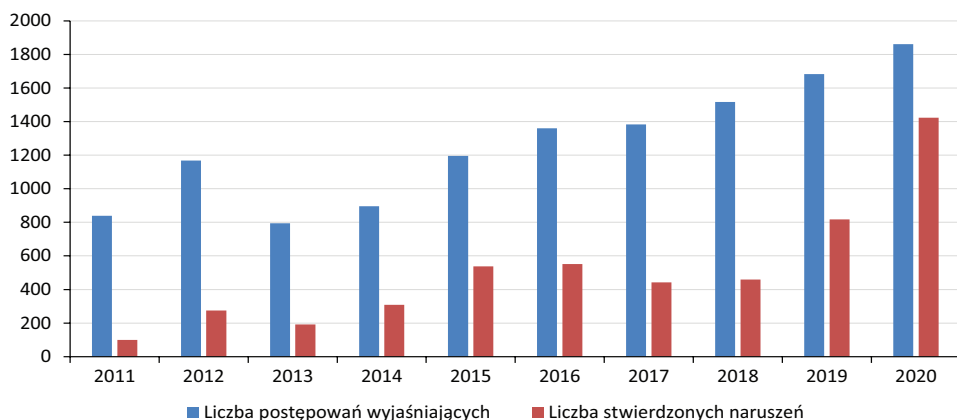
Rysunek 43. Rodzaje praw nieprzestrzeganych przez podmioty świadczące usługi zdrowotne

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań RPP za 2015–2020 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>

Z punktu widzenia dochodzenia roszczeń odszkodowawczych największe znaczenie ma nieprzestrzeganie praw do dokumentacji medycznej, gdyż może ono wpływać na przebieg postępowania dowodowego w sądzie. Nieprzestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych może natomiast w istotny sposób wpływać na efekty leczenia pacjenta, a tym samym zwiększać roszczeniowość odszkodowawczą z tytułu niezyskania odpowiedniej pomocy lekarskiej.

27 Raporty dotyczące zgłoszeń rejestrowanych przez RPP publikowane są na stronie Rzecznika pod adresem www.gov.pl/web/rpp/raporty. Raport za 2020 w trakcie przygotowywania niniejszego opracowania nie został jeszcze opublikowany.

Spośród wszystkich zgłoszeń do RPP jedynie część poddawana jest szczegółowemu wyjaśnieniu. Jak pokazano na rysunku 44, w latach 2011–2020²⁸ średnio co roku RPP prowadził ok. 1270 postępowań wyjaśniających, w ramach których stwierdzał, czy do określonego naruszenia praw pacjenta doszło, czy też nie. Ostatecznie średnio co roku stwierdzano ok. 510 naruszeń różnego typu. Co więcej, można zauważyć, że z roku na rok takich postępowań wyraźnie przybywa, a ich największa liczba dotyczy spraw rozpatrzonych w 2020 r.



Rysunek 44. Liczba postępowań wyjaśniających wszczynanych przez RPP oraz liczba stwierdzonych przez RPP naruszeń praw pacjenta w latach 2011–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań RPP za 2009–2020 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>

Analizując dane z punktu widzenia szacowanej liczby zdarzeń niepożądanych, należy zauważyć, że do oszacowania można przyjąć jedynie liczbę naruszeń stwierdzonych w toku postępowania przez RPP, bowiem te jednoznacznie stwierdzają, że do określonego zdarzenia doszło.

Podsumowując, należy podkreślić, że oszacowanie dokładnej liczby występowania zdarzeń niepożądanych w Polsce na przestrzeni lat 2005–2020 jest bardzo trudne i obarczone bardzo wysokim błędem. Gdyby przyjąć, że każdy poszkodowany pacjent mógł wybrać tylko jedną instytucję, do której zgłosiłby skargę lub roszczenie odszkodowawcze, należałoby uznać, że minimalna liczba powstających zdarzeń niepożądanych stanowi sumę wszystkich rozpatrzonych spraw uwzględniających wnioski poszkodowanego. W takim przypadku można by oszacować, że w latach 2012–2019 (kiedy jednocześnie funkcjonowały wszystkie omawiane instytucje) średnio co roku dochodziło do co najmniej 1107 zdarzeń niepożądanych. Niemniej jednak w praktyce często dochodzi do sytuacji, w której poszkodowany zgłasza fakt wystąpienia danego zdarzenia jednocześnie do kilku wybranych instytucji. Stąd oszacowanie to nie jest w pełni miarodajne.

²⁸ W początkowej fazie rozwoju RPP w swoich sprawozdaniach nie podawał konkretnych danych liczbowych odnoszących się do całkowitej liczby prowadzonych postępowań wyjaśniających oraz liczby stwierdzanych naruszeń.

Rozdział 5

Statystyczna analiza finansowych skutków występowania szkód na pacjentach – wyniki badań własnych

5.1. Metodyka badania i dobór próby badawczej

Głównym celem pracy jest dokonanie oceny zasądzonych świadczeń będących następstwem finansowych roszczeń odszkodowawczych za szkody powstałe na pacjencie podczas leczenia w szpitalu. Aby wymieniony cel można było zrealizować oraz zweryfikować postawione na wstępie hipotezy, przeprowadzono badanie polegające na analizie odpowiednich dokumentów dołączonych do wybranych akt sądowych. Przedmiotowe badanie zostało przeprowadzone w latach 2012–2015 i oparte na aktach sądowych, dotyczących szkód powstałych na pacjentach leczących się w szpitalach w Polsce, zarejestrowanych w repertoriach¹ Sądu Okręgowego (SO) w Łodzi w latach 2005–2011.

Przyjęte ograniczenie czasowe i lokalne wynikało m.in. z uzyskanego dostępu do akt SO w Łodzi, obejmującego jedynie sprawy, w których wydano prawomocne orzeczenia sądowe². Stąd też – biorąc pod uwagę fakt, że sprawy z zakresu występowania szkód na pacjentach charakteryzują się stosunkowo długim czasem rozpatrywania (nierzadko kilkuletnim), dużym skomplikowaniem, a także koniecznością angażowania w postępowanie sądowe biegłych sądowych³ – należało przyjąć okres obejmujący jak największy odsetek zakończonych spraw. W przeciwnym wypadku podjęta analiza nie byłaby pełna i nie mogłaby stanowić podstawy do wyciągnięcia odpowiednich wniosków.

1 **Repertorium** – jest to księga sądowa, w której zapisywane są dane dotyczące rozpatrywanych spraw.

2 Uzyskany dostęp potwierdzony został pismem z dnia 16.04.2009 r. o numerze K.XXIV.143/12/09 podpisanym przez prezesa Sądu Okręgowego w Łodzi.

3 **Biegły sądowy** jest organem pomocniczym wymiaru sprawiedliwości w przypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Powołuje się go do sporządzania opinii dla określonych w przepisach prawa kręgów podmiotów; J. Turek, *Biegły sądowy i jego czynności*, „Monitor Prawniczy” 2007, nr 24, s. 1358–1364.

Przyjęte ograniczenie miejscowe wynikało natomiast z istniejących barier finansowych i czasowych, bowiem materiał, jaki należało przeanalizować, był bardzo obszerny (niekiedy jedna sprawa składała się z kilku tomów, które należało odpowiednio opisać). Dodatkowo nie wszystkie akta były dostępne na miejscu, co rodziło konieczność ich zamawiania z archiwów zewnętrznych (czas oczekiwania na akta wynosił w tym wypadku ok. dwa tygodnie).

Ostatecznie, jak zostało to zasygnalizowane we wstępie, badanie składało się z czterech etapów:

- Etap I, przygotowawczy – w ramach którego przeprowadzono m.in. analizę statystyczną wpływu spraw do sądów powszechnych w Polsce (analiza taka została przeprowadzona w punkcie 4.2.3⁴), na podstawie której zdecydowano o ograniczeniu badań do jednego okręgu.
- Etap II, dobór próby badawczej – w ramach którego wyodrębniono wszystkie akta spraw, które stanowiły źródło danych badawczych.
- Etap III, analiza zebranych danych – która została dokonana przy wykorzystaniu m.in. wybranych funkcji finansowych, statystyk opisowych czy wskaźników dynamiki.
- Etap IV – ocena zebranego materiału badawczego.

Po przeprowadzeniu pierwszego etapu ustalono m.in., że dochodzenie roszczeń finansowych przed sądami w Polsce (w związku ze szkodami powstałymi w wyniku wadliwego postępowania różnych podmiotów działalności leczniczej) nie jest zjawiskiem rzadkim. Jak wynika z danych, średnio co roku (w latach 2005–2020) do sądów w Polsce wpływało ponad 880 spraw dotyczących roszczeń odszkodowawczych za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia⁵ (w latach 2005–2011 średnio 889 spraw). Najwięcej tych spraw wpływało w latach 2005–2006 i wynosiły one odpowiednio 1081 i 1026 spraw rocznie. Najmniej zaś zanotowano ich w 2016 r. (754). Dodatkowo zauważono, że pomimo zwiększenia w 2005 r. limitu wysokości roszczeń dla spraw rozpatrywanych w sądach rejonowych, wciąż najwięcej spraw wpływało do sądów okręgowych, gdzie wysokość dochodzonych pozwem roszczeń przewyższa 75 000 zł. Nadto określono, że jednym z wiodących ośrodków sądowych rozpatrującym omawiany rodzaj spraw jest okręg łódzki.

W wyniku przeprowadzonych ustaleń wstępnych zdecydowano o wystąpieniu do Sądu Okręgowego w Łodzi o zgodę na dostęp do odpowiednich akt spraw dotyczących szkód do jakich dochodziło na pacjentach podczas ich leczenia w celu

4 Analiza ta została przeprowadzona na potrzeby wyodrębnienia próby badawczej w zakresie lat 2005–2011, a następnie w miarę możliwości była rozszerzana o kolejne lata.

5 Należy podkreślić, że pojęcie „służba zdrowia” formalnie nie jest definiowane i używane. Obecnie zostało ono zastąpione przez określenie system zdrowia lub ochrona zdrowia, jednakże w wielu przypadkach (tu w nazewnictwie danych statystycznych sądów) nadal jest stosowana stara nazwa. A zatem poprzez szkody wyrządzone przez służbę zdrowia należy rozumieć każdy rodzaj szkody na osobie, wyrządzonej przez podmiot leczniczy funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia. Szerzej o sporze terminologicznym w kontekście pojęć „służba zdrowia” i „ochrona zdrowia” pisze M. Woch, *Polityka a służba zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa Publicznego. Prawo w konfrontacji z presją polityczną” 2017, nr 7–8(124–125), s. 33–43.

wyodrębnienia właściwej próby badawczej. Po uzyskaniu niezbędnej zgody przystąpiono do zbierania odpowiednich danych, które następnie przeanalizowano i oceniono.

Należy przy tym zaznaczyć, że przeprowadzane analizy były niejednokrotnie dokonywane z dwóch punktów widzenia, tj. z punktu widzenia tzw. roku sprawozdawczego, któremu przypisywane były sprawy według pierwotnej daty rejestracji, jednakże z pewnymi ograniczeniami⁶, oraz z punktu widzenia tzw. roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd. Rozróżnienie takie było konieczne m.in. dlatego, aby można było pokazać, jakie były oczekiwania finansowe poszkodowanych pacjentów względem podmiotów leczniczych, oraz jak zmieniały się one w czasie (analiza według roku sprawozdawczego), a także po to, by można było sprawdzić jakie skutki finansowe powstają dla tych podmiotów. Skutki podmioty te będą odczuwały najczęściej dopiero po zakończeniu postępowania sądowego (tj. po uprawomocnieniu się orzeczenia sądowego uwzględniającego powództwo w części lub całości bądź też potwierdzającego zawarcie ugody między stronami), kiedy to zostaną zobligowane do wypłaty określonego świadczenia odszkodowawczego⁷ (stąd analiza według roku zakończenia rozpatrywania).

5.1.1. Źródło pochodzenia danych

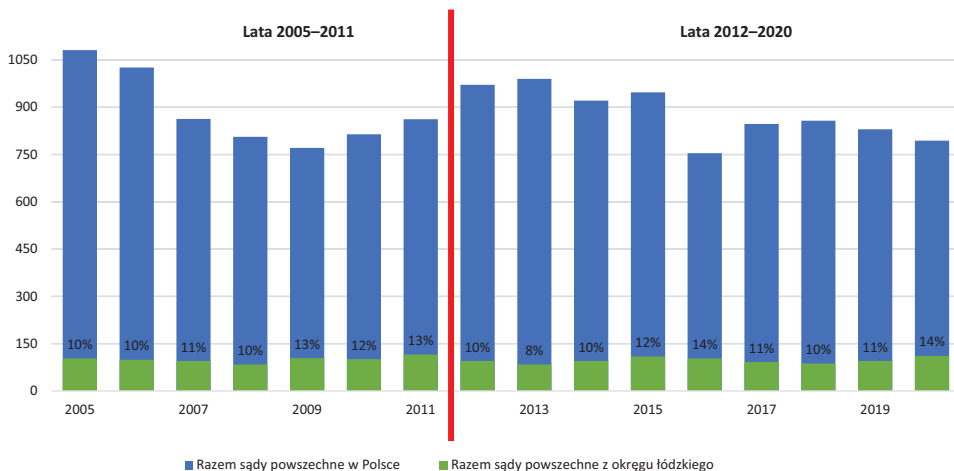
Jak już wspomniano w punkcie 5.1, badanie zostało zawężone do spraw zarejestrowanych w sądach powszechnych okręgu łódzkiego⁸. Wybór ten nie był przypadkowy, bowiem uznaje się, że sądy okręgu łódzkiego są wiodącymi w zakresie

6 Za rok sprawozdawczy sprawy przyjmuje się rok jej zarejestrowania w repertorium sądowym po raz pierwszy w badanym okresie 2005–2011. Przykładowo przyjęto: (1) jeśli sprawa po raz pierwszy została zarejestrowana w repertorium przed badanym okresem, np. w 2004 r., a z jakichś przyczyn został jej nadany nowy numer w 2005 r., sprawę taką przypisywano do roku sprawozdawczego 2005; (2) jeśli sprawa była po raz pierwszy zarejestrowana w repertorium w 2006 r., a następnie w toku postępowania z różnych przyczyn został jej nadany nowy numer w 2008 r., to taką sprawę przypisywano do roku sprawozdawczego 2006.

7 Pod warunkiem, że ubezpieczenie szpitali nie pokryje tych roszczeń.

8 Liczba funkcjonujących sądów okręgowych w Polsce, na mocy art. 20 pkt 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. *Prawo o ustroju sądów powszechnych w Polsce*, Dz. U. 2016, poz. 2062, ze zm. określana jest przez Ministra Sprawiedliwości w drodze rozporządzeń. Liczba ta na przestrzeni lat była zmienna. W 2005 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 października 2002 r. w sprawie sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz ustalenia ich siedzib i obszarów właściwości, Dz. U. 2002, nr 180, poz. 1508 – wyodrębniono 41 sądów okręgowych w Polsce. Natomiast w 2017 r. na podstawie rozporządzenia z dnia 7 października 2014 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych, Dz. U. 2014, poz. 1407 – wyodrębniono 48 sądów okręgowych funkcjonujących w Polsce. Rozporządzeniem zaś Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz zakresu rozpoznawanych przez nie spraw, Dz. U. 2021, poz. 1269 utrzymano tę liczbę.

rozpatrywania omawianego typu spraw⁹, posiadającymi w tym obszarze długie tradycje. Fakt ten zdają się potwierdzać dane przedstawione na rysunku 45, jak i opinie wielokrotnie zasłyszane przez autorkę na różnego typu konferencjach naukowych.



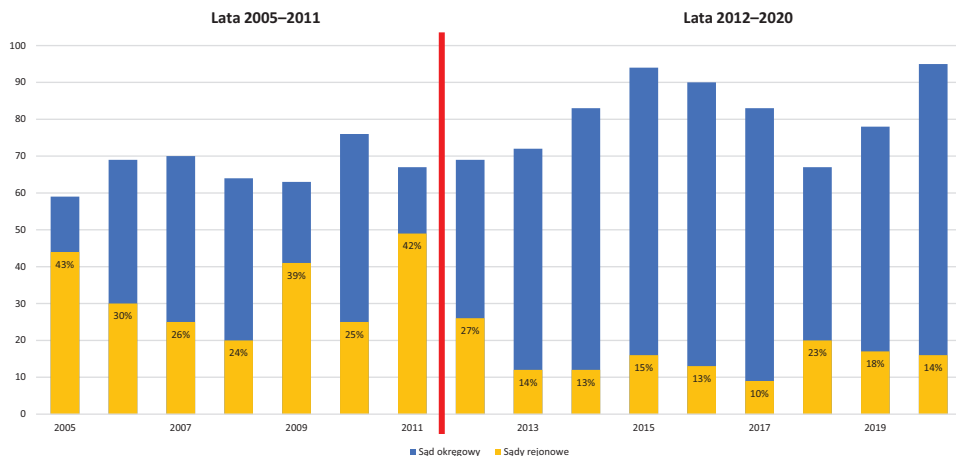
Rysunek 45. Struktura wpływu spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020 do sądów powszechnych w Polsce i okręgu łódzkiego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych, uzyskanych w dziale analiz Sądu Okręgowego w Łodzi oraz danych publikowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://isws.ms.gov.pl/>

Z przedstawionego rysunku wynika, że wpływ spraw do sądów powszechnych z okręgu łódzkiego stanowił w latach 2005–2011 co roku średnio ok. 11% wszystkich spraw dotyczących odszkodowań za szkody wyrządzone przez podmioty służby zdrowia w Polsce. Podobna tendencja obserwowana była w latach 2012–2020. Oznacza to, że sądy powszechne z okręgu łódzkiego są istotnie zaangażowane w rozpatrywanie spraw z zakresu szkód na pacjentach. Najwięcej spraw wpływało do nich w 2011 r. (116, co stanowiło 13,45%) – oraz 2020 r. (111, co stanowiło 13,98%), natomiast najmniej w 2008 i 2013 r. (odpowiednio po 84, co stanowiło 10,42% i 8,48% wszystkich spraw wpływających do sądów powszechnych w Polsce). Patrząc na dane z punktu widzenia zmienności w czasie, okazało się, że wpływ spraw do sądów powszechnych w latach 2005–2020 charakteryzował się ujemnym tempem zmian wynoszącym ok. 2% rocznie, podczas gdy wpływ spraw do sądów okręgu łódzkiego charakteryzował się niewielkim, ale dodatnim tempem zmian, wynoszącym średnio co roku ok. 0,5%.

9 Pogląd taki potwierdzono m.in. na konferencji pt. „Co wiemy o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach?”, zorganizowanej przez CMJ, która odbyła się 16 października 2015 r. w Krakowie. Konferencja ta stanowiła podsumowanie projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej pt. „Bezpieczny szpital – Bezpieczny pacjent”.

Ze względu na dużą liczbę zarejestrowanych spraw w sądach okręgu łódzkiego postanowiono zatem przyrzeć się, jak kształtował się rozkład wpływu spraw do sądów powszechnych z okręgu łódzkiego ze względu na rodzaj sądu, jaki rozpatrywał sprawę (rysunek 46).



Rysunek 46. Struktura wpływu spraw do sądu okręgowego oraz sądów rejonowych okręgu łódzkiego, dotyczących odszkodowań za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych w dziale analiz Sądu Okręgowego w Łodzi.

W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że podobnie jak w przypadku statystyki ogólnej, również i w okręgu łódzkim najwięcej spraw rozpatrywanych było w sądach okręgowych. Stanowiły one co roku średnio 76% wszystkich spraw wpływających do sądów powszechnych w okręgu łódzkim (w latach 2005–2020). Co ciekawe, w latach 2005–2011 udział spraw rozpatrywanych przez Sąd Okręgowy w Łodzi był dużo niższy i wynosił średnio co roku ok. 68%. Sytuacja wynikała przede wszystkim z faktu, że coraz więcej spraw, jakie wpływały do sądów okręgu łódzkiego, związanych było z wysokimi roszczeniami finansowymi przekraczającymi często wielokrotnie wspomniany limit przedmiotu sporu wynoszący 75 000 zł, ustalony dla właściwości sądowej.

Biorąc powyższe pod uwagę, zdecydowano o zawężeniu próby badawczej do akt pochodzących jedynie z Sądu Okręgowego w Łodzi. Tym samym badanie oparto na próbie celowej¹⁰. Do próby przyjęto dane pochodzące z akt spraw zakończonych prawomocnym orzeczeniem sądowym, dotyczących szkód na pacjentach wyrządzonych w placówkach działalności leczniczej, które zostały udostępnione przez

¹⁰ M. Gruszczyński, *Wprowadzenie do mikroekonometrii*, [w:] M. Bazyl, M. Gruszczyński, M. Książek, M. Owczarczuk, A. Szulc, A. Wiśniowski, B. Witkowski, *Mikroekonometria*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 37. **Próba celowa** – to próba dobrana w sposób całkowicie nieprobabilistyczny, ekspercki, charakteryzujący się intencyjnością.

I oraz II Wydział Cywilny Sądu Okręgowego. Dodatkowo udostępnieniu podlegały akta pochodzące z XIII Wydziału Cywilnego¹¹, który funkcjonował w analizowanym okresie, w latach 2005–2008 jako odrębny wydział, a od 2009 r. sprawy rozpatrywane przez ten wydział podlegały przeniesieniu do I Wydziału Cywilnego w Łodzi.

Ostatecznie do analizy zostały przyjęte akta, które spełniały następujące kryteria:

- 1) zostały oznaczone odpowiednim symbolem, który według nomenklatury sądu oznacza sprawy o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w podziale na to przeciwko komu dana sprawa jest prowadzona:
 - symbol 027 – sprawy przeciwko samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej (SPZOZ),
 - symbol 027a – sprawy przeciwko Skarbowi Państwa lub JST, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym zakładzie służby zdrowia,
 - symbol 027b – sprawy przeciwko niepublicznym zakładom służby zdrowia (NZOZ);
- 2) zostały zarejestrowane w repertorium sądowym w latach 2005–2011;
- 3) ich rozpatrywanie zostało zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu do końca lipca 2015 r.;
- 4) zostały udostępnione przez SO w Łodzi – w przypadku niektórych spraw, które zakończyły się prawomocnym orzeczeniem sądu nie było możliwości wypożyczenia akt m.in. z powodu załączenia danych akt do innej toczącej się sprawy, np. w innym sądzie.

5.1.2. Baza danych

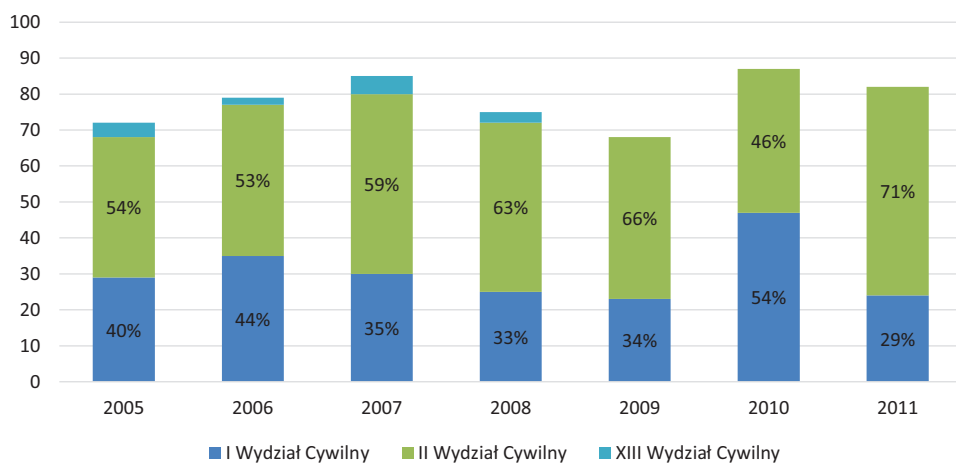
Dla ułatwienia notacji baza danych została skonstruowana w podziale na poszczególne Wydziały SO w Łodzi zajmujące się sprawami dotyczącymi szkód na pacjentach. Właściwość sądowa spraw określona została zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości w sprawie utworzenia wydziałów w sądach okręgowych¹². Na jego podstawie I Wydział Cywilny zobowiązany został do przyjmowania spraw do rozpoznania z obszaru: właściwości Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa i części

11 XIII Wydział Cywilny w Łodzi na mocy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 października 2002 r. w sprawie sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz ustalenia ich siedzib i obszarów właściwości, Dz. U. 2002, nr 180, poz. 1508 został utworzony jako Wydział Zamiejscowy z siedzibą w Skierniewicach dla rozpoznawanych spraw cywilnych I instancji dla obszaru właściwości sądu rejonowego w Brzezinach, Łowiczu, Rawie Mazowieckiej i Skierniewicach. Uchylenie tego rozporządzenia nastąpiło w 2009 r. na mocy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 grudnia 2009 r. w sprawie zniesienia niektórych wydziałów zamiejscowych sądów okręgowych oraz zmiany rozporządzenia w sprawie sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz ustalenia ich siedzib i obszarów właściwości, Dz. U. 2009, nr 220, poz. 1729.

12 Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 kwietnia 2005 r. w sprawie utworzenia wydziałów w sądach okręgowych, Dz. Urz. MS 2005, nr 3, poz. 9.

miasta z rejonu administracyjnego Polesie z obszaru właściwości Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia oraz właściwości Sądów Rejonowych w Brzezinach, Kutnie, Łęczycy, Łowiczu, Rawie Mazowieckiej i Skierniewicach (w latach 2005–2008 sprawy z rejonu Skierniewice przyjmowane były w XIII Wydziale Cywilnym). W przypadku zaś II Wydziału Cywilnego przyjmowanymi do rozpoznania były sprawy z obszaru rejonu administracyjnego Łódź-Bałuty i Śródmieście z obszaru właściwości Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia oraz z obszaru właściwości Sądów Rejonowych w Pabianicach i Zgierzu.

W dalszej kolejności, na podstawie informacji zawartych w repertoriach poszczególnych wydziałów cywilnych, ustalono liczbę spraw rejestrowanych rocznie, dotyczących szkód na pacjentach (rysunek 47).



Rysunek 47. Struktura zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 spraw dotyczących szkód na pacjentach ze względu na wydział cywilny, w którym sprawy zostały zarejestrowane

Źródło: opracowanie własne na podstawie repertoriów Sądu Okręgowego w Łodzi.

Ostatecznie w badanym okresie w SO w Łodzi zostało zarejestrowanych 548 spraw. Najwięcej z nich zostało odnotowanych w II Wydziale Cywilnym Sądu Okręgowego, stanowiąc ok. 59% wszystkich zarejestrowanych w SO w Łodzi spraw z omawianego zakresu, najmniej zaś – w XIII Wydziale Cywilnym, ponieważ, jak już wspomniano, wydział ten został w 2009 r. zlikwidowany, a jego kompetencje przejął I Wydział Cywilny.

Patrząc natomiast na dane z punktu widzenia dynamiki wpływu spraw, zauważono w badanym okresie malejące średnie tempo zmian rejestrowanych spraw w I Wydziale Cywilnym SO w Łodzi, wynoszące 3%. Wpływ spraw do II Wydziału Cywilnego charakteryzował się natomiast tendencją wzrostową, wynoszącą średnio ponad 6% rocznie.

Na podstawie danych zawartych w repertoriach sądowych możliwe było również ustalenie, na jakim etapie rozpatrywania znajdują się sprawy na dzień 30 lipca 2015 r., który stanowił ostatni dzień zbierania danych¹³ (tabela 28).

Tabela 28. Struktura spraw wpływających do SO w Łodzi w latach 2005–2011, na dzień 30 lipca 2015 r. według sposobu ich rozstrzygnięcia

I, II, XIII Wydział Cywilny	Zakończono											
	TAK										NIE	Ogółem
Rok	uwzględniono powództwo w części lub całości	oddalono powództwo	odrzucono pozew	przekazano według właściwości	nowy numer	cofnięto lub zwrócono pozew	ugoda	umorzono	ponowne rozpatrzenie sprawy	połączono z inną	w toku	
2005	34	14	0	4	8	5	3	1	2	1	0	72
2006	29	20	2	4	6	11	3	1	2	0	1	79
2007	25	22	0	8	3	17	4	1	1	0	4	85
2008	26	15	0	4	4	9	4	2	2	2	7	75
2009	17	23	0	4	4	7	2	0	1	0	10	68
2010	23	20	1	6	5	8	2	0	1	3	18	87
2011	23	19	0	9	7	2	0	2	0	1	19	82
Razem	177	133	3	39	37	59	18	7	9	7	59	548
Średnia	25	19	0	6	5	8	3	1	1	1	8	78

Źródło: opracowanie własne na podstawie repertoriów Sądu Okręgowego w Łodzi.

W tabeli 28 dla potrzeb niniejszej analizy przyjęto następujące oznaczenia sposobów rozstrzygnięcia postępowania sądowego¹⁴:

- **uwzględniono powództwo w części lub całości** – obejmuje sprawy, które zostały zakończone uwzględnieniem przez sąd roszczenia zawartego w pozwie w części lub w całości;
- **oddalono powództwo** – obejmuje sprawy, które zostały zakończone wyrokiem uznającym powództwo w całości za niezasadne;
- **odrzucono pozew** – obejmuje sprawy, w których sąd odmówił merytorycznego rozpoznania powództwa ze względu na brak istnienia przesłanek decydujących o możliwości takiego rozpoznania (art. 199 §1 pkt 1 k.p.c.);
- **zwrócono pozew** – obejmuje sprawy, w których sąd zwrócił pozew w celu uzupełnienia jego braków formalnych; jeśli braki formalne nie zostały

13 Data 30 lipca 2015 r. została ustalona jako data przyjęcia danej sprawy do analizy, jeśli do tego czasu została zakończona prawomocnym orzeczeniem sądu.

14 Objaśnione pojęcia będą stosowane w dalszych częściach pracy.

uzupełnione w wyznaczonym czasie, postępowanie w danej sprawie kończyło się;

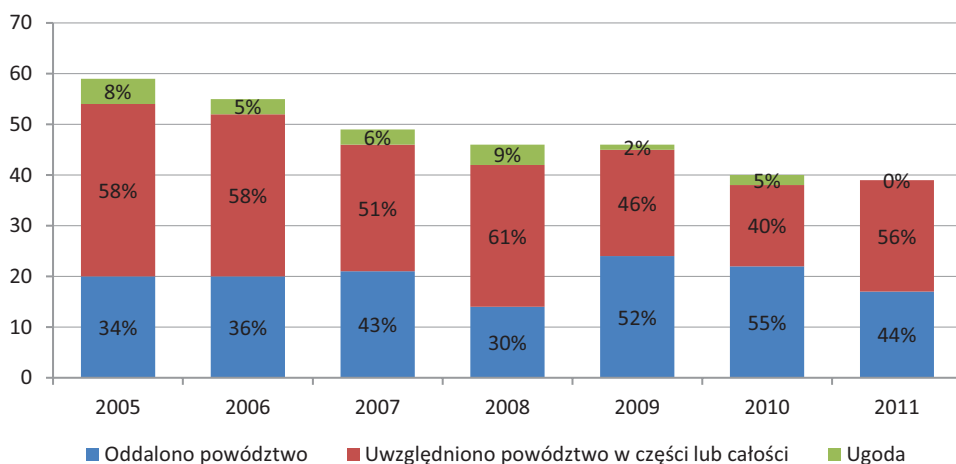
- **przekazano według właściwości** – obejmuje sprawy, dla których stwierdzono brak właściwości sądowej danej sprawy, skutkujący przekazaniem jej do właściwego sądu;
- **nowy numer** – obejmuje sprawy, którym nadano nowy numer; najczęściej dotyczy to spraw, które zostały wznowione po wcześniejszym zawieszeniu lub zwróceniu pozwu w tym samym przedmiocie sprawy. Dodatkowo nowy numer nadawany był sprawom, które zostały przekazane do ponownego rozpatrzenia. Ze względu na ważność informacji o przekazaniu do ponownego rozpatrzenia, postanowiono w tabeli 28 wyodrębnić ten sposób zakończenia postępowania sądowego (**ponowne rozpatrzenie sprawy**);
- **cofnięto pozew** – obejmuje sprawy, w których powód zdecydował się wycofać powództwo w stosunku do pozwanego, zrzekając się przy tym wszelkich roszczeń w stosunku do pozwanego;
- **ugoda** – obejmuje sprawy zakończone polubownym porozumieniem stron;
- **umorzono** – obejmuje sprawy zakończone poprzez umorzenie. Może ono wynikać np. z niepodjęcia sprawy w określonym terminie, po wcześniejszym zawieszeniu danej sprawy lub niewywiązaniu się z zarządzeń sądu w określonym terminie przez powoda;
- **ponowne rozpatrzenie sprawy** – obejmuje sprawy, które zostały zakończone orzeczeniem sądu, kierującym daną sprawę do ponownego rozpatrzenia;
- **połączono z inną sprawą** – obejmuje sprawy, które zostały połączone z innym numerem sprawy, niekoniecznie o tym samym symbolu;
- **w toku** – obejmuje sprawy, które do dnia 30 lipca 2015 r. nie zostały zakończone prawomocnym orzeczeniem sądowym.

Opierając się na danych zawartych w tabeli 28, ustalono, że wśród wszystkich zarejestrowanych w latach 2005–2011 spraw aż 11% stanowią te, w stosunku do których prace sądu na dzień 30 lipca 2015 r. wciąż trwały. Natomiast w przypadku 32% spraw wydano prawomocne orzeczenie sądu, nakładające na stronę pozwaną obowiązek odszkodowawczy w stosunku do powoda. Dodatkowo 3% spraw zakończyło się ugodą, na mocy której najczęściej pozwany zobowiązywał się do wypłaty określonego świadczenia odszkodowawczego. Pozostałe sprawy zakończyły się m.in. poprzez:

- oddalenie powództwa w stosunku do strony pozwanej (24%);
- odrzucenie pozwu z przyczyn formalnych (1%);
- umorzenie (1%);
- cofnięcie bądź zwrócenie pozwu przez powoda (aż 11%);
- stwierdzenie niewłaściwości sądowej (7%);
- nadanie nowego numeru w wyniku ponownego podjęcia sprawy po wcześniejszym jej zawieszeniu (7%);
- przekazanie danej sprawy do ponownego rozpatrzenia przez sąd I instancji (2%).

Konstrukcja tabeli 28 pozwoliła ponadto na dokonanie eliminacji spraw, które nie mogły podlegać szczegółowej analizie, gdyż nie spełniały określonego kryterium wyboru. Przypomnijmy, że dostęp do akt dotyczył tylko spraw zakończonych prawomocnym wyrokiem sądowym, a zatem nie podlegały analizie sprawy, które do dnia 30 lipca 2015 r. nie zostały zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu (w tabeli 28 określono je jako „w toku”). Dodatkowo ze względu na brak istotności danych z analizy wyłączono sprawy, w których doszło do cofnięcia lub odrzucenia pozwu. Następnie wyeliminowano numery spraw, które odnosiły się do tych, których przedmiot był rejestrowany pod różnymi numerami (nowy numer i przekazano do ponownego rozpatrzenia). W dalszej kolejności eliminacji podlegały te sprawy, których nie można było przejrzeć ze względu na to, że akta były w dniu 30 lipca 2015 r. dołączone np. do innej toczącej się sprawy.

W wyniku tak przeprowadzonej selekcji ostatecznie pogłębionej analizie poddano 334 sprawy, które zakończyły się poprzez oddalenie powództwa, zawarcie ugody lub też uwzględnienie powództwa w części lub całości, co stanowiło ponad 60% wszystkich spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011. Struktura przeanalizowanych akt spraw w podziale na sposób ich rozstrzygnięcia została zaprezentowana na rysunku 48.



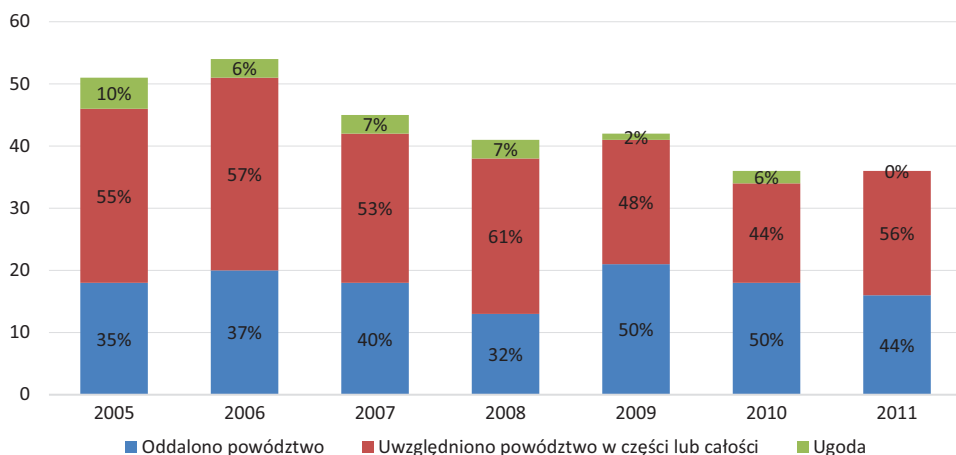
Rysunek 48. Struktura wszystkich przeanalizowanych akt spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011 w SO w Łodzi o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia z punktu widzenia roku sprawozdawczego, w podziale na sposób rozstrzygnięcia postępowania sądowego

Źródło: opracowanie własne.

Przyjęta do szerszej analizy próba badawcza składała się ze spraw dotyczących różnego rodzaju podmiotów należących do systemu ochrony zdrowia, wobec których prowadzono postępowanie sądowe o odszkodowanie za szkody, do jakich doszło na pacjencie. Wśród pojawiających się pozwów można było znaleźć m.in. pozwы kierowane przeciwko takim podmiotom, jak: przychodnie, lekarze

wykonujący działalność w formie indywidualnej, pogotowie ratunkowe, stacje krwiodawstwa czy apteki. Najczęściej jednak pozwy te były kierowane przeciwko szpitalom (stanowiąc ponad 90% wszystkich badanych spraw). Stąd też prezentowana statystyka wpływu potwierdza istotę podjęcia tematu koncentrującego się na placówkach szpitalnych jako instytucjach ponoszących najczęściej odpowiedzialność finansową za wyrządzenie szkód swoim pacjentom.

Biorąc powyższe pod uwagę, zdecydowano ograniczyć analizowane dane tylko do tych, które bezpośrednio dotyczyły szkód wyrządzonych przez podmioty funkcjonujące w formie szpitala. W wyniku takiej selekcji ostatecznie do analizy przyjęto 305 spraw, co stanowi ponad 55% wszystkich spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 w związku z dochodzonym odszkodowaniem za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia (rysunek 49).



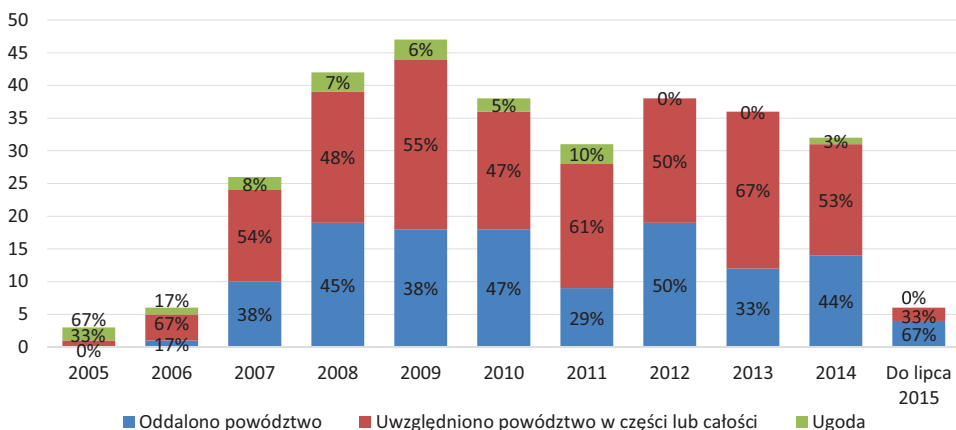
Rysunek 49. Struktura przeanalizowanych akt spraw dotyczących szpitali zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 o odszkodowanie za szkody wyrządzone w szpitalu z punktu widzenia roku sprawozdawczego, w podziale na sposób rozstrzygnięcia postępowania sądowego

Źródło: opracowanie własne.

Wśród wszystkich przebadanych spraw dotyczących działalności szpitali wstępnie ustalono, że średnio co roku ok. 40,5% z nich kończyło się poprzez oddalenie powództwa przez sąd. Pozostałe zaś sprawy uwzględniały w części lub całości powództwo (średnio co roku ok. 54%) lub też zakończyły się poprzez zawarcie ugody (ok. 5,5%). Ponadto badana próba charakteryzowała się malejącym tempem zmian przebadanych spraw, wynoszącym średnio co roku ok. 5%, co oznacza, że z roku na rok malała liczba spraw podlegająca analizie. Działo się tak, gdyż, jak już zostało to zasygnalizowane, sprawy dotyczące odszkodowań za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia często rozpatrywane są przez kilka lat, zatem obserwowany był dość duży odsetek spraw, wobec których powództwo wciąż było rozpatrywane, tym samym nie mogły podlegać ostatecznej ocenie

w badaniu. Najwyższym ujemnym średnim tempem zmian charakteryzowały się sprawy zakończone poprzez zawarcie ugody (w badanym okresie średnie tempo zmian wyniosło ok. 14%), co wynikało z niewielkiej chęci stron na zakończenie sporu w sposób polubowny.

Ze względu na fakt, że finansowe skutki dla szpitali powstają w większości przypadków dopiero po zakończeniu ewentualnego postępowania sądowego, zdecydowano o sprawdzeniu jak kształtowały się wyniki przeanalizowanych spraw z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd (rysunek 50).



Rysunek 50. Liczba oraz struktura przeanalizowanych akt spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 o odszkodowanie za szkody wyrządzone w szpitalu z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw, w podziale na sposób rozstrzygnięcia postępowania sądowego

Źródło: opracowanie własne.

Okazało się, że w przypadku spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 najwięcej zostało rozstrzygniętych w 2009 r. (ponad 55% z nich zostało zakończonych poprzez uwzględnienie powództwa w części lub całości, 38% podlegało oddaleniu powództwa, a w ok. 6% zawarto porozumienie ugodowe). Najniższy zaś odsetek zakończonych postępowań sądowych dotyczył lat 2005 i 2006 oraz 2015 r. Sytuacja taka związana była m.in. z długim czasem rozpatrywania przez sąd tego typu spraw, jak i założonym okresem badawczym. Dodatkowo w przypadku każdego sposobu zakończenia sprawy zaobserwowano rosnące średnie tempo zmian wynoszące ponad 7% rocznie. Oznacza to, że w badanym okresie średnio co roku obserwowany był wzrost liczby zakończonych postępowań sądowych podlegających zbadaniu.

5.2. Analiza ilościowa dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych

Przyjęta do ostatecznej analizy próba badawcza w pierwszej kolejności została przebadana pod kątem: najczęściej zgłaszanych zdarzeń wywołujących szkodę na pacjencie oraz rodzajów szkód jakich doznaje poszkodowany. W drugiej kolejności z punktu widzenia czasu rozpatrywania tego typu spraw, a w trzeciej rodzaju świadczeń, jakie najczęściej dochodzono i zasądzano w toku postępowania sądowego.

Należy tu jednak pamiętać, że ze względu na charakter statystyki sądowej, która uzależniona jest od czasu rozpatrywania sprawy przez sąd, nie ma możliwości dokonania pełnej analizy zmian zachodzących z punktu widzenia roku wpłynięcia spraw do sądu po raz pierwszy. Takie badanie mogłoby być przeprowadzone, gdyby wszystkie sprawy zarejestrowane w danym roku zakończyły się prawomocnym orzeczeniem sądowym. W tym przypadku natomiast takiej możliwości nie było, gdyż do dnia 30 lipca 2015 r. wiele spraw wciąż jeszcze rozpatrywano. Szczególnie wysoki odsetek spraw niezakończonych dotyczył tych, które wpłynęły do SO w Łodzi w latach 2009–2011. Stąd też wyniki z tych lat nie zawsze będą w pełni miarodajne i zmieniać się będą wraz ze wzrostem liczby zakończonych postępowań. Dlatego też zdecydowano, aby dalsze analizy (w miarę konieczności) były przeprowadzane z trzech punktów widzenia – tj. próby badawczej ogółem, tzw. roku sprawozdawczego oraz roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd.

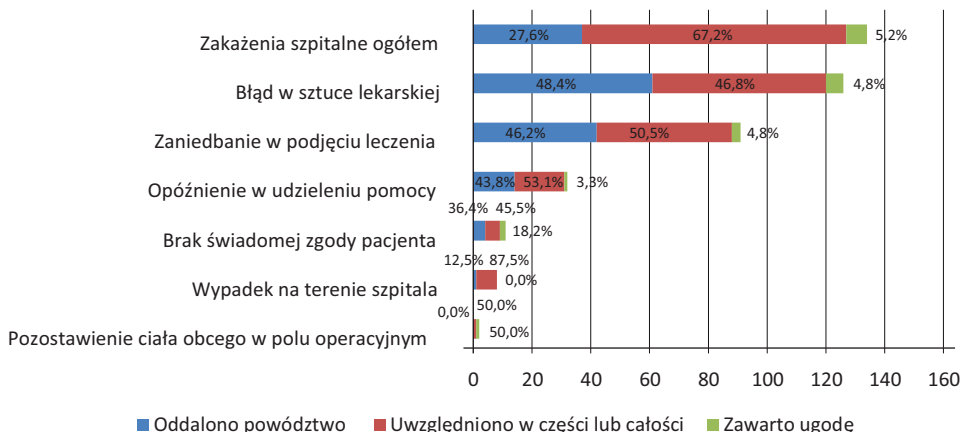
5.2.1. Zdarzenia niepożądane wywołujące szkodę

Zajście zdarzenia wywołującego szkodę (jak wskazano w punkcie 3.4.4) stanowi jedną z głównych przesłanek dochodzenia świadczeń odszkodowawczych z tytułu odpowiedzialności cywilnej. W przypadku szkód medycznych takich zdarzeń może być wiele i mogą się one ze sobą zbiegać. Oznacza to, że w jednym postępowaniu sądowym poszkodowany ma prawo wskazać kilka różnych zdarzeń wpływających na powstanie szkody, które następnie będą weryfikowane w postępowaniu sądowym.

Powszechnie za jedną z najczęstszych przyczyn powstawania szkód na pacjentach uznaje się fakt powstania błędu medycznego, dlatego też postanowiono zbadać jakie rodzaje zdarzeń niepożądanych powodujących szkody na pacjencie są najczęściej wskazywane w pozwach i czy są nimi błędy medyczne. Biorąc powyższe pod uwagę, w analizie wyodrębniono następujące rodzaje zdarzeń niepożądanych, do których zaliczyć można m.in.:

- zaniedbanie w podjęciu leczenia;
- opóźnienie w udzieleniu pomocy;
- błąd w sztuce lekarskiej;

- brak świadomej zgody pacjenta;
- pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym;
- zakażenie szpitalne;
- wypadek na terenie szpitala.



Rysunek 51. Rodzaje zdarzeń niepożądanych wywołujących szkodę na pacjentach, rodzających odpowiedzialność finansową szpitala, najczęściej wskazywane w pozwach według sposobu rozstrzygnięcia postępowania sądowego

Źródło: opracowanie własne.

Spośród wymienionych wyżej zdarzeń (rysunek 51) można wskazać, że najczęściej w pozwach poszkodowani powoływali się na fakt zaistnienia takich zdarzeń, jak:

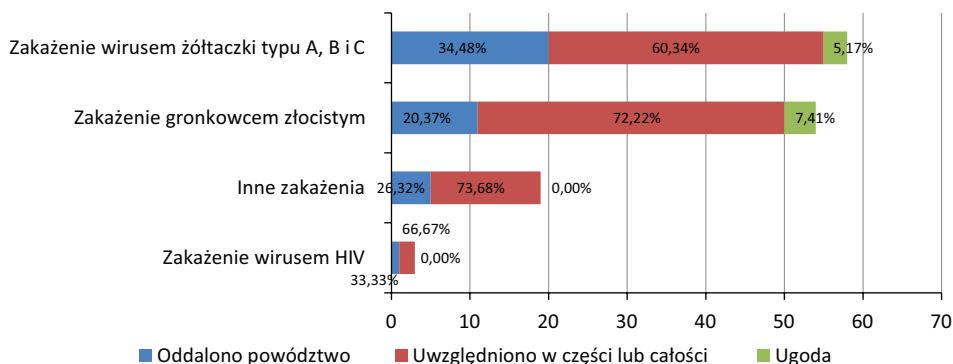
- dojście do różnego rodzaju zakażeń szpitalnych (44%);
- powstanie błędu w sztuce lekarskiej (41%) oraz
- zaniedbania lekarskiego (30%).

Patrząc na dane z punktu widzenia sposobu zakończenia postępowania sądowego w SO w Łodzi, należy zauważyć, że najwyższy odsetek orzeczeń oddalających powództwo dotyczył roszczeń wynikających z faktu dojścia do „błędu medycznego”. Wśród wszystkich bowiem spraw, w których wskazywano w pozwie na ten czynnik jako szkodzący, aż 48% podlegało oddaleniu przez sąd. Pozostałe zaś sprawy uwzględniały powództwo w części lub całości (47%) bądź też kończyły się poprzez zawarcie ugody (5%). Sytuacja taka może wynikać m.in. z tego jak rozumiane jest pojęcie błędu medycznego przez poszkodowanych, lekarzy oraz sąd¹⁵.

W przypadku zdarzeń takich jak: „zaniedbanie w podjęciu leczenia” oraz „opóźnienie w uzyskaniu pomocy” oddalanych powództw z tego tytułu było odpowiednio ok. 46% i 44%, natomiast uwzględnianych w części lub całości już ponad 51% i 53%. Przedstawione dane pokazują zatem, że struktura zdarzeń i sposobów ich rozstrzygnięcia jest zróżnicowana.

15 Różnice w interpretowaniu pojęcia „błąd medyczny” zostały omówione w rozdziale 3, punkt 3.2.

Analizując dane z punktu widzenia najniższego odsetka spraw, których powództwo było oddalane, można zauważyć, że w przypadku zajścia zdarzenia w postaci „wypadku na terenie szpitala” tylko 12,5% wszystkich powództw z tego tytułu podlegało oddaleniu (ok. 87,5% zbadanych spraw podlegało uwzględnieniu powództwa w części lub całości). Oznacza to, że w tych przypadkach prawdopodobnie sam fakt wystąpienia danego wypadku był dla sądu bezsporny, jednakże wątpliwości występowały w przypadku wysokości dochodzonych świadczeń odszkodowawczych, które często uznawane były za zbyt wygórowane.



Rysunek 52. Najczęściej wskazywane w pozwach zdarzenia niepożądane w postaci zakażenia szpitalnego rodzące odpowiedzialność finansową szpitala według kategorii szkody

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku najczęściej wskazywanego w pozwach zdarzenia, jakim jest „zakażenie szpitalne” (rysunek 52), można natomiast zauważyć, że co do zasady poszkodowanym pacjentom udawało się dowieść, że do danego zdarzenia doszło w pozwanym szpitalu – choć sama analiza akt wskazuje, że nie był to proces łatwy. Okazuje się bowiem, że aż 67% spraw z tego tytułu kończyło się uwzględnieniem powództwa w części lub całości, a w przypadku 5% zawarto ugodę. Wśród wszystkich pozwów dotyczących zakażeń szpitalnych najczęściej wymienianymi rodzajami zakażeń były m.in.: zakażenia wirusem żółtaczki (ok. 43%) – w tym przypadku aż 60% powództw kończyło się uwzględnieniem powództwa w części lub całości, zakażenia bakterią gronkowiec złocisty (ok. 40%) – z czego aż 72% spraw kończyło się poprzez zasądzenie jakiegoś świadczenia odszkodowawczego, rzadziej zakażenia wirusem HIV (ok. 2%) i inne.

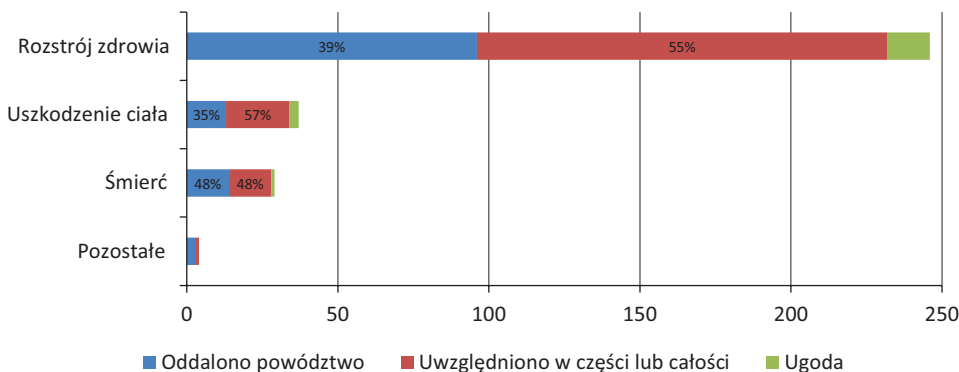
5.2.2. Zagregowana analiza szkód na pacjentach

Analiza występowania zagregowanych szkód na pacjentach, do jakich dochodzi w wyniku zajścia omówionych rodzajów zdarzeń, ma ważne znaczenie w sytuacji zasądzania świadczenia odszkodowawczego przez sąd, gdy zostanie uwzględnione powództwo w części lub w całości, lub też gdy dojdzie do ugody, bowiem od tego,

do jakiego rodzaju szkody dochodzi, zależeć będzie rodzaj zasądzanego świadczenia odszkodowawczego (zdefiniowanego w punkcie 3.4.4).

Omawiając rodzaje szkód osobowych (na pacjentach), należy zwrócić uwagę, że każdy przypadek opisywany w sprawach jest odmienny. Innymi słowy, u każdego poszkodowanego pacjenta występować będzie inny rodzaj szkody. Dlatego dla uproszczenia rozważań (zgodnie z definicją zaprezentowaną w punkcie 3.1) postanowiono dokonać pewnego uogólnienia (poprzez agregację), wyróżniając cztery kategorie szkód, takie jak: rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała, śmierć oraz pozostałe. Dodatkowo należy przy tym wyjaśnić, że w pozwie może pojawić się wskazanie, że dane zdarzenie doprowadziło jednocześnie do kilku różnych szkód.

W myśl definicji podanych w punkcie 3.1 kategoria „rozstrój zdrowia” obejmuje szkody, które polegają na wywołaniu dysfunkcji organizmu człowieka przez doprowadzenie do zakłócenia funkcjonowania jego poszczególnych układów i systemów (np. układu pokarmowego, systemu nerwowego). Kategoria „uszkodzenie ciała” obejmuje sytuacje, w których dochodzi do naruszenia integralności fizycznej człowieka, polegającej na zniszczeniu (zerwaniu ciągłości) jego tkanek lub organów (np. rany, pozbawienie części ciała). Kategoria „śmierć” dotyczy przypadków, w których ze względu na wystąpienie zdarzenia szkodzącego doszło do śmierci pacjenta. Kategoria „pozostałe” natomiast dotyczyła rodzajów szkód, które nie mieściły się w wyżej wymienionych przypadkach¹⁶.



Rysunek 53. Struktura (uogólnionych) szkód stanowiących przesłankę odpowiedzialności wśród przebadanych spraw

Źródło: opracowanie własne.

Wśród wszystkich przebadanych spraw okazało się, że najczęstszą postacią szkody, jakiej doznają pacjenci, jest rozstrój zdrowia (rysunek 53). Takie stwierdzenie pojawiało się bowiem w ponad 80% analizowanych spraw. Natomiast szkody w postaci uszkodzenia ciała i śmierci pacjenta wystąpiły odpowiednio w 12% i 10% spraw, podczas gdy ok. 1% przypadków dotyczył szkód niezwiązanych

16 Przynależność do danej kategorii nadawana była w sposób intuicyjny, wynikający z informacji zawartych w pozwie lub uzasadnieniu danego wyroku sądowego.

bezpośrednio ze zdrowiem i życiem poszkodowanych pacjentów¹⁷. W przypadku śmierci pacjenta udział spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości był taki sam, jak udział spraw zakończonych poprzez oddalenie powództwa i wynosił ok. 48%. Taki wynik może świadczyć o tym, że w przypadku śmierci pacjenta dochodzenie jakichkolwiek roszczeń odszkodowawczych jest zdecydowanie trudniejsze.

Wynika to m.in. z tego, że w razie śmierci pacjenta to na jego najbliższych ciąży konieczność m.in.¹⁸:

- wykazania związku przyczynowego między zaistniałą szkodą a winą szpitala;
- wykazania winy szpitala za śmierć pacjenta;
- udowodnienia jaką szkodę ponieśli w związku ze śmiercią pacjenta wywołaną zdarzeniem niepożądanym – co w wielu przypadkach jest niezwykle trudne¹⁹;
- posiadania wiedzy na temat przebiegu postępowań odszkodowawczych, jak i posiadania odpowiedniej wiedzy medycznej by móc skutecznie udowodnić zajście szkody.

Dodatkowo wszyscy poszkodowani muszą się liczyć z:

- długim czasem rozpatrywania spraw, ze względu na ich złożoność – często obejmującym kilka lat;
- wysokimi kosztami, które mogą być zasądzone w przypadku braku uwzględnienia powództwa przez sąd, oraz
- utrudnieniami proceduralnymi, jakie mogą wynikać z określonych działań podmiotów uczestniczących w sporze,

stąd też wiele osób po prostu może nie decydować się na zgłaszanie tego typu szkód.

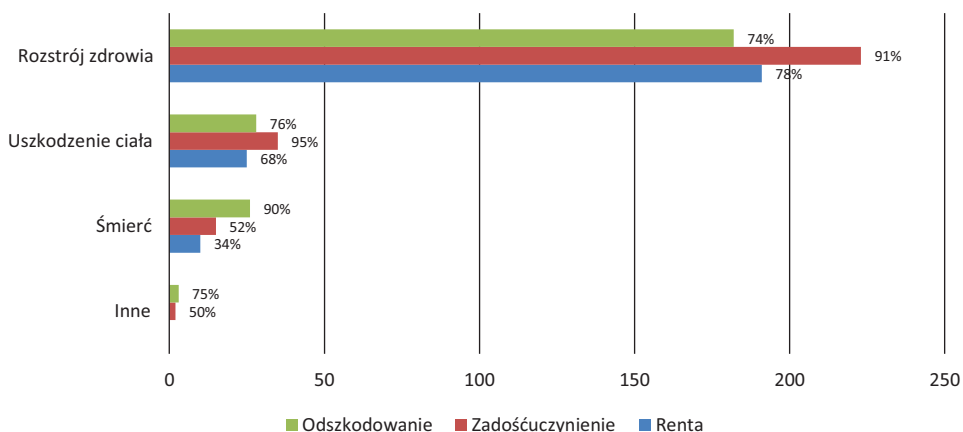
Zdecydowanie częściej w badanym okresie dochodzono świadczeń z tytułu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Uwzględnienie powództwa przez sąd w tych przypadkach występowało odpowiednio w ponad 57% i 55% przeanalizowanych spraw.

W przypadku analizy spraw pod kątem rodzaju szkód, jakich doznał poszkodowany pacjent, zauważono, że istnieje związek pomiędzy rodzajem zgłaszanej szkody a rodzajem dochodzonego świadczenia odszkodowawczego. Ustalono bowiem, że w sytuacji gdy w pozwie określono, że do szkody doszło w postaci rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, najczęściej dochodzonym świadczeniem odszkodowawczym było zadośćuczynienie. W pozostałych przypadkach zaś dominowały roszczenia w formie jednorazowego odszkodowania w postaci zwrotu poniesionych kosztów opieki, zakupu leków czy też pogrzebu (rysunek 54).

17 Przedstawione udziały procentowe nie sumują się do 100%, bowiem w każdym pozwie może być zgłaszana więcej niż jedna przesłanka odpowiedzialności za zaistniałą szkodę.

18 M. Rzemek, *Trudno wygrać ze szpitalem*, „Rzeczpospolita”, nr 286(8492), 7 grudnia 2009.

19 D. Korytkowska, *Roszczenia odszkodowawcze wobec podmiotów leczniczych w świetle spraw wpływających do sądów okręgowych w Polsce*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 500.



Rysunek 54. Struktura przeanalizowanych akt spraw w podziale na rodzaj doznanej szkody i rodzaj dochodzonego roszczenia odszkodowawczego

Źródło: opracowanie własne.

Sytuacja taka wynika m.in. z faktu, że możliwość dochodzenia zadośćuczynienia przez najbliższych poszkodowanego, gdy doszło do jego śmierci, została umożliwiona dopiero w 2008 r. po nowelizacji Kodeksu cywilnego (patrz 3.4.5.3).

W przypadku rozstroju zdrowia obok zadośćuczynienia, które było dochodzone w ok. 91% pozwów z tego tytułu, drugim bardzo często dochodzonym świadczeniem odszkodowawczym była renta (wyrównawcza lub na zwiększone potrzeby) – stanowiły one aż 78% wszystkich pozwów. Nieco niższy odsetek dotyczył jednorazowego świadczenia odszkodowawczego (74%).

W przypadku zajścia szkody w postaci uszkodzenia ciała natomiast, najczęściej dochodzonym świadczeniem odszkodowawczym obok zadośćuczynienia (ponad 95% powództw) było jednorazowe odszkodowanie (stanowiąc ok. 76% pozwów z tego tytułu), zaś świadczenie rentowe było dochodzone jedynie w przypadku ok. 68% spraw.

Biorąc natomiast pod uwagę śmierć poszkodowanego, drugim najczęściej dochodzonym świadczeniem odszkodowawczym było zadośćuczynienie. Jednakże świadczenie to dotyczyło już tylko 52% wniesionych pozwów. Trzecim zaś świadczeniem były świadczenia rentowe, dochodzone w przypadku 34% spraw.

5.2.3. Czas rozpatrywania spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone pacjentom przez szpitale

Kolejnym elementem charakteryzującym analizowane sprawy jest czas ich rozpatrywania. Jest to czynnik o tyle ważny, że w wielu przypadkach to od niego zależy decyzja o wniesieniu powództwa. Często bowiem poszkodowani pacjenci muszą być świadomi, że dochodzenie praw na drodze cywilnej może trwać latami.

W przypadku analizy czasu rozpatrywania sprawy przyjęto pewne założenia polegające na tym, że gdy w repertorium nie podano wyraźnie daty uprawomocnienia się orzeczenia, data ta obliczana była w stosunku do orzeczenia I instancji przez dodanie do daty wyroku wydanego w I instancji 30 dni. W przypadku zaś postępowań kończących się w sądzie apelacyjnym lub kasacyjnym (jeśli sąd kasacyjny postanowił odrzucić skargę kasacyjną) za datę uprawomocnienia przyjmowano datę wydania orzeczenia w sądzie apelacyjnym. W przypadku zaś zawarcia ugody data uprawomocnienia się tej ugody obliczana była poprzez dodanie 7 dni do daty wydania orzeczenia.

W toku przeprowadzonych analiz ustalono, że średni czas trwania rozpatrywania sprawy przez sąd, która została zarejestrowana w repertorium SO w Łodzi w latach 2005–2011 w zakresie szkód na pacjentach, wynosił ok. trzy lata. Najdłużej trwało rozpatrywanie spraw, które ostatecznie kończyły się poprzez uwzględnienie powództwa w części lub w całości (średnio ponad 3 lata), natomiast w pozostałych przypadkach, w których doszło do ugody lub oddalenia powództwa, rozpatrywanie trwało nieco krócej (średnio ok. 2,9 roku w przypadku oddalenia powództwa; ok. 2,5 roku w sytuacji zawarcia ugody).

Na uwagę zasługuje również fakt występowania wysokich wartości odchyień standardowych czasu rozpatrywania spraw przez sąd w stosunku do średniej, co może wskazywać na bardzo duże rozpiętości czasu rozpatrywania spraw (średnio o ok. dwa lata) wokół ich średnich, dlatego też wyznaczono współczynniki zmienności, które potwierdziły silne zróżnicowanie czasu rozpatrywania spraw w SO w Łodzi w badanym okresie (współczynniki te zawierały się w przedziale od 48% do 76%). Najwyższe wartości współczynnika obserwowano wśród spraw zakończonych poprzez zawarcie ugody, najniższe natomiast wśród spraw uwzględniających powództwo w części lub całości.

Okazało się zatem, że w skrajnym przypadku najdłużej rozwiązywanie sprawy trwało prawie 10 lat, najkrócej zaś 40 dni. W przypadku najdłużej rozpatrywanej sprawy postępowanie sądowe zakończyło się poprzez oddalenie powództwa. W przypadku najkrócej rozpatrywanej sprawy została zawarta ugoda. Patrząc natomiast na czas rozpatrywania postępowań kończących się uwzględnieniem powództwa w części lub całości, minimalny czas rozpatrywania sprawy wyniósł 227 dni, natomiast maksymalny ponad 8 lat.

Wysokie wartości współczynnika zmienności wskazują na niejednorodność zbioru danych dotyczących czasu rozpatrywania spraw. Stąd też do oceny czasu rozpatrywania spraw w sądzie właściwszym będzie stosowanie mediany. Na jej podstawie można stwierdzić, że połowa spraw wpływających do SO w Łodzi charakteryzuje się czasem rozpatrywania spraw niższym lub równym ok. 2,7 roku, a druga połowa wyższym lub równym. Najwyższa mediana obserwowana była w przypadku spraw, które wpłynęły do sądu w 2010 r., zakończonych poprzez uwzględnienie powództwa w części lub całości, wynosząc ok. 3,3 roku.

Aby zbadać, jaki był kierunek zmian czasu rozpatrywania spraw w poszczególnych latach, postanowiono sprawdzić, jak kształtowała się dynamika czasu

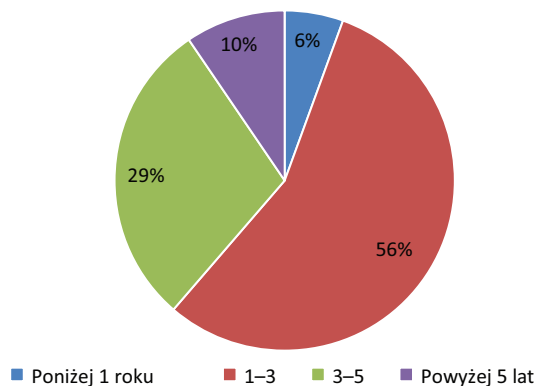
rozpatrywania przebadanych spraw z punktu widzenia roku sprawozdawczego, oparta na średniej i medianie.

Okazało się, że średnie tempo zmian czasu rozpatrywania przebadanych spraw z punktu widzenia średnich wartości czasu miało charakter ujemny i wynosiło średniorocznie ok. 2,73%. W przypadku zaś średniego tempa zmian czasu rozpatrywania spraw opartych na medianie zaobserwowano tendencję wzrostową (wzrost średnio co roku o ok. 0,58%). Oznacza to tym samym, że im późniejszy był moment zarejestrowania sprawy w repertorium SO w Łodzi, tym średni czas rozpatrywania spraw z każdym rokiem malał, natomiast wartość mediany stopniowo wzrastała. Sytuacja taka spowodowana była tym, że rok sprawozdawczy 2011 charakteryzował się dużym odsetkiem spraw, których rozpatrywanie nie zostało zakończone na dzień 30 lipca 2015 r.

Analizując dane z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd, zauważono, że im późniejszy rok zakończenia rozpatrywania sprawy podlegał analizie, tym średni czas rozpatrywania spraw w sądzie był dłuższy bez względu na to jaki wynik rozpatrywanej sprawy był badany. W latach 2005–2015 średni czas rozpatrywania spraw wyniósł ok. 3 lat przy odchyleniu standardowym wynoszącym ok. 1,6 roku. Najwyższy średni czas rozpatrywania spraw zarejestrowany został wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości w 2015 r., natomiast najniższy wśród spraw zakończonych oddaleniem powództwa. Podobnie jak w poprzednim wariancie, tak i tu współczynniki zmienności w poszczególnych latach charakteryzowały się dużym zróżnicowaniem sięgającym w niektórych przypadkach aż 78% (2006 r.). Stąd ocenie poddano wartości mediany.

Najwyższa wartość mediany obserwowana była w 2015 r., i wyniosła ok. 1434 dni (tj. 3,9 roku) wśród wszystkich badanych spraw. Co oznacza, że 50% badanych spraw zakończonych w tym roku było rozpatrywanych w czasie krótszym niż 3,9 roku, a pozostałe w czasie dłuższym. Wśród wszystkich spraw zakończonych w 2015 r. najwyższe wartości mediany obserwowane były wśród tych, które zostały zakończone poprzez uwzględnienie powództwa w części lub całości, osiągając długość 4,7 roku. Na podstawie zaś przeprowadzonej analizy dynamiki zmian czasu rozpatrywania spraw z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd zauważono, że im późniejszy rok zakończenia rozpatrywania spraw był badany, tym wartość średniego czasu rozpatrywania spraw oraz mediany stawały się wyższe. Średniorocznie wzrost ten przekraczał rok do roku 17%.

Przedstawione średnie czasu trwania postępowania sądowego w sprawach o odszkodowanie charakteryzowały się zarówno wysokimi odchyleniami od średniej, jak i wysokimi wartościami współczynnika zmienności, dlatego też postanowiono określić jaki udział wśród wszystkich przebadanych spraw stanowiły sprawy z umownie określonych przedziałów czasowych (rysunek 55).



Rysunek 55. Struktura przeanalizowanych spraw z punktu widzenia umownie określonych przedziałów czasowych wśród wszystkich przebadanych spraw

Źródło: opracowanie własne.

Z rysunku 55 wynika, że wśród wszystkich przebadanych spraw największy udział (ok. 56%) stanowiły te, w których czas rozpatrywania wahał się między 1–3 lat. Krótszym czasem rozpatrywania charakteryzowało się jedynie ok. 6% powództw. W pozostałych przypadkach prawomocne orzeczenie sądowe zapadało w jeszcze późniejszym okresie (3–5 lat) i dotyczyło ok. 29% przebadanych spraw, a powyżej 5 lat ok. 10%.

Podsumowując zatem, należy stwierdzić, że sprawy dotyczące szkód na pacjentach charakteryzują się długim czasem rozpatrywania przez sąd.

Do przyczyn takiego stanu rzeczy należy zaliczyć w szczególności:

- konieczność angażowania w tego typu sprawy często kilku biegłych sądowych;
- problemy ze znalezieniem odpowiednich biegłych sądowych;
- zawieszenie postępowania sądowego z powodu:
 - trwania postępowania w innym sądzie (karnym, lekarskim), jeżeli jego wynik może mieć wpływ na wynik postępowania cywilnego,
 - śmierci poszkodowanego do czasu podjęcia sprawy przez następców prawnych,
 - konieczności ustalenia odpowiedzialnego za szkodę, w momencie gdy np. doszło do likwidacji placówki szpitalnej, która doprowadziła do szkody,
 - przesłania sprawy do ponownego rozpatrzenia, gdy w trakcie postępowania były wskazywane błędy w jego przeprowadzaniu.

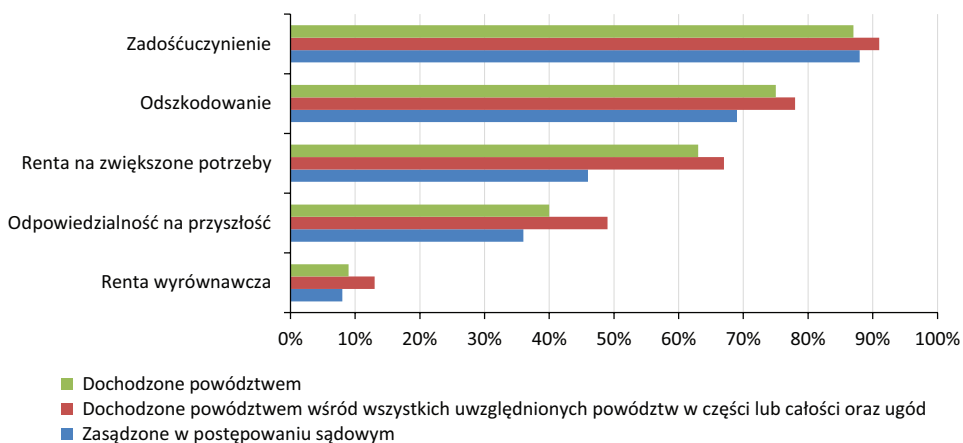
5.2.4. Roszczenia odszkodowawcze i zasądzone świadczenia za szkody wyrządzone podczas leczenia w szpitalach

Kluczowym elementem charakteryzującym analizowane sprawy są świadczenia odszkodowawcze uzyskiwane w postępowaniu cywilnym z tytułu szkód do jakich dochodzi podczas leczenia. W sytuacji doznania szkody dla pacjenta

najważniejszym celem jest bowiem uzyskanie środków finansowych, które pozwolą m.in. na: maksymalizację efektów leczenia i rehabilitacji, które mają służyć usprawnianiu chorego, minimalizację negatywnych skutków uszczerbków ograniczających sprawność i samodzielność poszkodowanego, czy też na ewentualną reorientację zawodową zwiększającą samodzielność i niezależność poszkodowanego²⁰. Dlatego nie dziwi fakt, że każdy poszkodowany dąży do maksymalizacji swoich oczekiwań finansowych, w sytuacji gdy dojdzie do postępowania sądowego. Takie podejście natomiast wpływa na coraz to większy wzrost oczekiwań finansowych poszkodowanych pacjentów, czego skutkiem mogą być coraz to wyższe zasądzone świadczenia odszkodowawcze.

Aby sprawdzić, czy stwierdzenie to jest słuszne, postanowiono zatem przyrzeć się jak zmieniała się roszczeniowość poszkodowanych pacjentów, oraz jak kształtowały się faktycznie zasądzone świadczenia odszkodowawcze na przestrzeni badanych lat. W tym celu do analizy przyjęto wszystkie sprawy, które zakończyły się prawomocnym orzeczeniem sądu w postaci: oddalenia powództwa, uwzględnienia go w części lub w całości oraz zakończenia ugodą.

Zanim jednak taka analiza została przeprowadzona (punkt 5.3), określono które z wymienionych świadczeń odszkodowawczych były najczęściej dochodzone pozwem, a które faktycznie zasądzone przez sąd oraz w jakim stopniu te oczekiwania zostały zrealizowane.



Rysunek 56. Udział liczby spraw, w których dochodzone roszczeń z tytułu określonego rodzaju świadczenia odszkodowawczego wśród wszystkich przebadanych spraw wpływających do SO w Łodzi w latach 2005–2011

*Wartości procentowe nie sumują się do 100%, ponieważ powszechną praktyką jest wskazywanie w pozwie kilku rodzajów roszczeń odszkodowawczych.

Źródło: opracowanie własne.

20 Z. Cwalińska-Weychert, *Szkoda i niepełnosprawność w ubezpieczeniowym postępowaniu odszkodowawczym*, [w:] H. Kaflak-Januszko, D.M. Fal (red.), *Szkoda na osobie – perspektywa sądu, poszkodowanego, ubezpieczyciela*, Wydawnictwo PIU, Warszawa 2016, s. 11–20.

Przypomnijmy, że w ramach odpowiedzialności cywilnej każdy poszkodowany ma prawo wniesienia powództwa do sądu powszechnego o zasądzenie świadczenia odszkodowawczego w postaci renty (np. na zwiększone potrzeby, wyrównawczej), zadośćuczynienia lub jednorazowego odszkodowania. Dodatkowo w razie istotnych przypuszczeń, że skutki zaistniałego zdarzenia mogą ujawnić się w przyszłości, istnieje możliwość dochodzenia ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości, co skutkować może dochodzeniem dalszych roszczeń finansowych w przyszłości.

Jak zauważono, w latach 2005–2011 najczęściej dochodzonym świadczeniem odszkodowawczym było zadośćuczynienie, które dotyczyło 87% wszystkich przebadanych spraw (rysunek 56). W drugiej kolejności najczęściej dochodzonym świadczeniem było jednorazowe odszkodowanie (75% spraw), najrzadziej natomiast renta wyrównawcza (dochodzona była jedynie w 9% przypadków). Dochodzenie ustalenia tzw. odpowiedzialności za szkodę przyszłą pojawiło się w 40% wszystkich przebadanych spraw.

Aby sprawdzić, jak kształtowała się realizacja oczekiwań odszkodowawczych poszkodowanych pacjentów, skonstruowano tzw. wskaźnik realizacji dochodzonych roszczeń wśród przebadanych spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości. Wskaźnik ten określa relację między liczbą spraw dotyczących omawianego roszczenia odszkodowawczego, w ramach, których dane świadczenie zostało zasądzone w części lub całości, a liczbą wszystkich spraw dotyczących określonego roszczenia odszkodowawczego, które było dochodzone powództwem wśród wszystkich spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź też ugodą. Obliczone wartości wskaźnika przedstawiono w tabeli 29.

Tabela 29. Wskaźnik realizacji dochodzonych roszczeń wśród przebadanych akt spraw z punktu widzenia roku sprawozdawczego

Rok sprawoz- dawczy	Wskaźnik realizacji roszczeń (%)				
	renta wyrównawcza	renta na zwiększone potrzeby	zadośćucz- nienie	odszkodowanie	odpowie- dzialność na przyszłość
2005	100	48	97	96	58
2006	33	69	100	100	71
2007	25	57	96	64	75
2008	67	80	100	95	86
2009	100	87	95	88	88
2010	33	70	94	79	75
2011	100	77	100	88	71
W badanym okresie	58	69	98	88	73

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 29 zauważono, że najwyższy wskaźnik realizacji dochodzonych roszczeń wśród wszystkich przebadanych spraw (zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź też ugodą) dotyczył zadośćuczynienia, wynosząc ok. 98%. Oznacza to, że jest to świadczenie, które realizowane było najczęściej. Najrzadziej zaś przyznawanym świadczeniem była renta o charakterze bezterminowym. Spełnieniu roszczeń podlegało jedynie 58% (dla renty wyrównawczej) oraz 69% (dla renty na zwiększone potrzeby) powództw z tego tytułu. W przypadku renty wyrównawczej najniższy wskaźnik realizacji dotyczył spraw z 2007 r. (wynosząc ok. 25% powództw z tego tytułu) oraz w 2006 i 2010 r. (po ok. 33%).

Na uwagę zasługuje również stosunkowo wysoki poziom realizacji roszczeń w postaci ustalenia odpowiedzialności za szkody, które mogą ujawnić się w przyszłości, wynoszący ok. 73%, ponieważ takie ustalenie daje poszkodowanym możliwość dochodzenia w przyszłości dalszych ewentualnych roszczeń.

Jednorazowe świadczenia odszkodowawcze charakteryzują się natomiast 88% wskaźnikiem realizacji roszczeń, co oznacza, że jest to drugi rodzaj świadczenia odszkodowawczego najczęściej spełnianego przez sąd w razie udowodnienia istnienia związku przyczynowego między szkodą, jakiej doznał poszkodowany a wadliwym działaniem pracowników szpitala.

Należy podkreślić, że badany wskaźnik pokrycia umożliwił jedynie zwrócenie uwagi na to, że dochodzenie określonego świadczenia odszkodowawczego przez powoda nie jest jednoznaczne z tym, że takie świadczenie zostanie mu zasądzone, pomimo udowodnienia, że do szkody doszło z winy określonego szpitala. Stąd też należy dokonać bardziej szczegółowej analizy poszczególnych świadczeń odszkodowawczych, w szczególności uwzględniając ich wartości finansowe.

5.3. Finansowe roszczenia oraz zasądzone świadczenia odszkodowawcze związane z występowaniem szkód na pacjentach

Głównym celem niniejszego opracowania jest dokonanie oceny zasądzanych świadczeń odszkodowawczych, będących następstwem finansowych roszczeń powstałych w wyniku zajścia szkód na pacjencie. Aby postawiony cel został zrealizowany, dokonano szczegółowej analizy świadczeń w postaci: zadośćuczynienia, jednorazowego świadczenia odszkodowawczego ogółem, świadczeń rentowych oraz ustanowienia odpowiedzialności za szkody mogące się ujawnić w przyszłości w związku z zajściem określonego zdarzenia niepożądanego.

Analiza ta skoncentrowana została m.in. na: określeniu, które z wymienionych świadczeń były najczęściej dochodzone przed sądem, a które najczęściej zasądzone

przez sąd w badanym okresie; wyznaczeniu przeciętnych wartości zasądzonych świadczeń wraz z wyznaczeniem ich mediany oraz określeniu poziomu realizacji tych świadczeń. Ze względu na specyfikę omawianych świadczeń oraz na istniejące procedury sądowe w analizie niezbędnym było przyjęcie szeregu istotnych założeń badawczych, które w zasadniczy sposób wpływają na interpretację wyników.

Po pierwsze, w wyniku trudności związanych z ustaleniem początku biegu dochodzonych odsetek ustawowych w poszczególnych sprawach, zrezygnowano z obliczenia wysokości dochodzonych świadczeń wraz z wnioskowanymi ustawowymi odsetkami od dochodzonych kwot. Jednakże należy mieć świadomość, że w 90% przypadków w pozwie wnioskuje się o zasądzenie tych odsetek²¹.

Po drugie, aby porównać oczekiwania finansowe poszkodowanych z kwotami rzeczywiście zasądzonymi, przeprowadzono analizę ostatecznie zasądzanych kwot. Oznacza to, że do tej analizy przyjęto tylko te sprawy, które zostały zakończone uwzględnieniem powództwa w części lub w całości oraz zawarciem ugody, na podstawie której określono wysokość świadczenia odszkodowawczego, do wypłaty którego został zobowiązany podmiot odpowiedzialny za szkodę. W tym przypadku zdecydowano o przeprowadzeniu oszacowania zasądzanych roszczeń wraz z zasądzanymi odsetkami ustawowymi²².

Odsetki ustawowe są zasądzane na podstawie art. 359 §3 k.c., a ich wysokość określana jest przez odpowiednie rozporządzenia Rady Ministrów. Obowiązujące stawki odsetek ustawowych przyjęte w poszczególnych okresach wraz z ich podstawami prawnymi zostały przedstawione w tabeli 30.

Tabela 30. Wysokość stosowanych stawek odsetek ustawowych w latach 1997–2020 wraz z ich podstawą prawną

Okres obowiązywania		Stawka (%)	Podstawa prawna
od	do		
1997-01-01	1998-04-14	35	Dz. U. z 1996 r., nr 151, poz. 713
1998-04-15	1999-01-31	33	Dz. U. z 1998 r., nr 45, poz. 270
1999-02-01	1999-05-14	24	Dz. U. z 1999 r., nr 7, poz. 50
1999-05-15	2000-10-31	21	Dz. U. z 1999 r., nr 43, poz. 429
2000-11-01	2001-12-14	30	Dz. U. z 2000 r., nr 90, poz. 996
2001-12-15	2002-07-24	20	Dz. U. z 2001 r., nr 143, poz. 1612
2002-07-25	2003-01-31	16	Dz. U. z 2002 r., nr 117, poz. 1009
2003-02-01	2003-09-24	13	Dz. U. z 2003 r., nr 14, poz. 137

21 Po pierwsze, w repertorium sądowym takie informacje nie są rejestrowane. Po drugie, stawki oprocentowania ulegają częstym zmianom, zatem poszkodowany w momencie wnoszenia powództwa nie wie ile one ostatecznie będą wynosiły.

22 Dane były niezbędne do porównania wysokości zasądzanych świadczeń z sumami gwarancyjnymi (stanowiącymi górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń) ustalonymi w obowiązkowych ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, jakie muszą posiadać szpitale. Wyniki posłużyły natomiast do oceny efektywności instrumentu ubezpieczenia jako metody zmniejszającej finansowe skutki występowania szkód na pacjentach w szpitalach.

Tabela 30 (cd.)

Okres obowiązywania		Stawka (%)	Podstawa prawna
od	do		
2003-09-25	2005-01-09	12,25	Dz. U. z 2003 r., nr 166, poz. 1613
2005-01-10	2005-10-14	13,50	Dz. U. z 2005 r., nr 3, poz. 16
2005-10-15	2008-12-14	11,50	Dz. U. z 2005 r., nr 201, poz. 1662
2008-12-15	2014-12-22	13	Dz. U. z 2008 r., nr 220, poz. 1434
2014-12-23	2015-12-31	8	Dz. U. z 2014 r., poz. 1858
2016-01-01	2020-03-17	5	M. P. z 2016 r., poz. 46
2020-03-18	2020-04-08	4,5	M. P. z 2020 r., poz. 626
2020-04-09	2020-05-28	4	
2020-05-29		3,6	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Portalu podatkowo-księgowego GOFIN, <http://www.wskazniki.gofin.pl>

Jak pokazano w tabeli 30, stawka odsetek ustawowych zmieniała się wielokrotnie w badanym okresie i osiągała wysokie wartości, stanowiąc tym samym istotny element zwiększający wartość przedmiotu sporu. Stawki te wahały się między 3,6% a 35%. Najwyższa obowiązująca stawka dotyczyła lat 1997–1998, natomiast najniższa roku 2020, wynosząc ostatecznie 3,6%²³.

Po trzecie, przedmiotem analizowanych roszczeń były m.in. świadczenia w postaci renty (na zwiększone potrzeby, renty wyrównawczej). Przypomnijmy, że świadczenia te występują w dwóch formach: terminowej i bezterminowej. Jako że renty terminowe co do zasady są wypłacane w formie skapitalizowanej, zostały one omówione łącznie z jednorazowym świadczeniem odszkodowawczym (jako jeden z jego składników). Szczegółowej analizie poddano jedynie renty o charakterze bezterminowym, jako przykład świadczenia, które uniemożliwia określenie górnej granicy odpowiedzialności finansowej odpowiedzialnego za wystąpienie szkody na pacjencie bez wykorzystania bardziej zaawansowanych metod aktuarialnych (te nie są wykorzystywane przez sądy do obliczania wysokości świadczeń rentowych, ponieważ sąd nie ma pełnej wiedzy w zakresie tego czy poszkodowany lub odpowiedzialny za szkodę zwróci się do sądu o zmianę wysokości rent w przyszłości (na mocy art. 907 §2 k.c.), a jeżeli tak, to kiedy tego dokona).

Po czwarte, w przypadku zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania wszelkie wnioski zostały oparte wyłącznie na sprawach, w których wyrażnie określono ww. świadczenia. Założenie to było potrzebne, ponieważ w kilku przypadkach wystąpił brak jednoznacznego podziału między tymi rodzajami odszkodowań. Stąd też niezbędne stało się dokonanie analizy wysokości świadczeń

23 Należy zauważyć, że od 2016 r. stawki odsetek ustawowych są określane obwieszczeniem Ministra Sprawiedliwości, a nie jak w przypadku pozostałych, które określane były przez rozporządzenie Rady Ministrów.

odszkodowawczych ogółem, która uwzględnia zarówno zadośćuczynienie, jak i jednorazowe odszkodowanie. Ze względu na swoją specyfikę parametr ten nie uwzględnia rent bezterminowych.

Po piąte, w przypadku analizy jednorazowych świadczeń odszkodowawczych, ze względu na różnorodność tytułów zasądzania tego świadczenia oraz ich indywidualny charakter postanowiono, że nie będą one wyraźnie wyodrębniane. Jednak należy pamiętać, że składowymi tego świadczenia odszkodowawczego mogą być m.in.: wszelkie świadczenia związane z pokryciem kosztów leczenia, zakupu niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego, kosztów pogrzebu, czy też świadczenia związane z wypłatą skapitalizowanych rent²⁴ za określone okresy, które mają zrekomensować ww. poniesione koszty.

5.3.1. Zadośćuczynienie

W pierwszej kolejności analizie poddano jedno z najczęściej dochodzonych i zasądzanych roszczeń odszkodowawczych, jakim jest zadośćuczynienie będące rekompensatą za wystąpienie u poszkodowanego ewentualnych cierpień fizycznych i psychicznych w związku z zajściem określonej szkody.

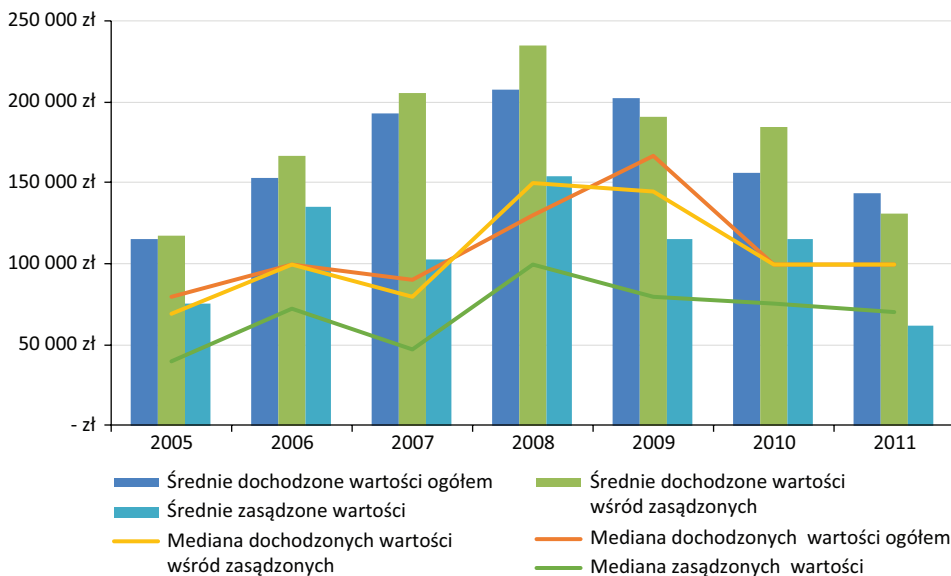
Przypomnijmy, że na mocy art. 445 §1 k.c. każdy poszkodowany ma prawo dochodzić ww. świadczenia w „odpowiedniej wysokości”. Takie sformułowanie sprawia, że jest to świadczenie bardzo trudne do oszacowania, tym bardziej że ustawodawca nie sprecyzował jednolitych zasad jego ustalania. W praktyce zatem kryteria, którymi należy się kierować przy ustalaniu wysokości tego świadczenia, są kształtowane m.in. przez orzecznictwo sądowe przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy, tj. wszelkich czynników charakteryzujących dane zdarzenie jak i indywidualnych cech poszkodowanego (patrz punkt 3.4.5.3).

Co do zasady podmiotem ostatecznie decydującym o wysokości przyznanego zadośćuczynienia jest sąd²⁵, zatem często wskazuje się na znaczne rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami finansowymi poszkodowanych a rzeczywiste zasądzonymi świadczeniami odszkodowawczymi. Fakt ten wynika przede wszystkim z rozbieżności interesów wszystkich stron, jak już zostało to bowiem zasygnalizowane poszkodowany zawsze będzie dążył do maksymalizacji swoich oczekiwań, sprawca szkody zaś wręcz przeciwnie, zawsze będzie brał pod uwagę swój rachunek ekonomiczny, natomiast sąd będzie się starał wywarzyć te interesy. Nie jest to rzeczą łatwą, bowiem każde swoje stanowisko sąd musi wyraźnie uzasadnić w taki sposób, by podkreślić „odpowiedniość” zasądanego zadośćuczynienia.

24 **Skapitalizowana renta** jest w tym przypadku rozumiana jako iloczyn określonej kwoty renty (ustalonej i zaakceptowanej przez sąd) pomnożony przez liczbę miesięcy, których dotyczy. Przy ustalaniu tej wartości sąd nie bierze pod uwagę utraty wartości pieniądza w czasie.

25 A. Hyla, *Istota zadośćuczynienia oraz czynniki wpływające na jego wysokość*, „Studia Prawnicze” 2020, nr 2(222), s. 104–121.

Mając na uwadze powyższe, przyjrzyjmy się jak kształtowały się ostatecznie oczekiwania finansowe w zakresie zadośćuczynienia oraz rzeczywiście zasądzone świadczenia przez sąd w badanym okresie (rysunek 57).



Rysunek 57. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądanego zadośćuczynienia w przeanalizowanych aktach spraw SO w Łodzi z punktu widzenia roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizowanych danych ustalono (rysunek 57), że w badanym okresie średnie dochodzone zadośćuczynienie wynosiło ok. 166 500 zł (nieco wyższa średnia dotyczyła spraw, w których dochodzono zadośćuczynienia wśród wszystkich przebadanych spraw uwzględniających powództwo w części lub całości ok. 175 230 zł), natomiast średnie zasądzone zadośćuczynienie wynosiło już niewiele ponad 110 780 zł. Oznacza to, że świadczenie zostało zrealizowane jedynie w 63%.

Najwyższa średnia dochodzonych kwot zadośćuczynienia odnosiła się do spraw zarejestrowanych w repertoriach sądowych w 2008 r., wynosząc ok. 207 300 zł. W przypadku dochodzonych wysokości zadośćuczynień wśród wszystkich przebadanych spraw uwzględniających w części lub całości powództwo oraz zawartych ugód średnia ta wyniosła już ok. 235 090 zł. Patrząc natomiast na zasądzone wartości zadośćuczynienia, można zauważyć, że były one zdecydowanie niższe od wartości dochodzonych (o ok. 34%), wynosząc 154 480 zł.

Najniższe dochodzone wartości średnich zadośćuczynień dotyczyły spraw zarejestrowanych w 2005 r.²⁶, wynosząc odpowiednio 115 140 zł (wśród wszystkich

26 Należy tu wyjaśnić, że w 2005 r. zaczęła obowiązywać nowelizacja Kodeksu postępowania cywilnego (Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r., Dz. U. 2004, nr 172, poz. 1804) w zakresie minimalnych wymaganych wysokości przedmiotu sporu dla rozpoznania sprawy w sądzie

badanych spraw) oraz 117 870 zł (w przypadku spraw uwzględniających powództwo w części lub całości). Wśród spraw, w których ostatecznie zasądzono tego typu świadczenie, najniższa średnia dotyczyła spraw zarejestrowanych w 2011 r.²⁷ i wynosiła ok. 62 170 zł.

Należy jednak pamiętać, że średnie wysokości dochodzonych jak i zasądzanych zadośćuczynień charakteryzują się stosunkowo dużymi wartościami odchylen standardowych znacznie przekraczających wysokość średniej. Sytuacja taka wskazuje na silne zróżnicowanie wysokości zarówno dochodzonych, jak i zasądzanych wartości zadośćuczynień. Potwierdzają to wysokie wartości współczynnika zmienności, które w badanym okresie kształtowały się w przedziale między 62% a 201%. Szczególnie było to widoczne na przykładzie roszczeń w zakresie zadośćuczynień dla spraw zarejestrowanych w 2007 r. (odchylenie standardowe wynosiło ponad 332 000 zł, kiedy to maksymalne dochodzone zadośćuczynienie wynosiło 2 000 000 zł, a minimalne tylko 15 650 zł).

Bardzo wysokie wartości współczynnika zmienności sprawiły, że wyznaczone wartości mediany dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych znacznie różnią się od ich średnich wartości osiągniętych w badanym okresie. Wśród wszystkich badanych spraw przeciętna wysokość dochodzonego świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia wynosiła ok. 100 000 zł, natomiast zasądanego 70 000 zł, podczas gdy średnie wartości dochodzonych i zasądzanych zadośćuczynień wynosiły odpowiednio ok. 166 500 zł i 110 780 zł.

Wśród wszystkich badanych spraw, w których dochodzono omawianego świadczenia, najwyższe wartości mediany dotyczyły spraw zarejestrowanych po raz pierwszy w 2009 r., wynosząc ok. 167 000 zł. W przypadku zaś spraw, które zostały zakończone uwzględnieniem powództwa w części lub w całości, najwyższe dochodzone wartości mediany zadośćuczynień były obserwowane w 2008 r., wynosząc ok. 150 000 zł. Najniższe zaś wartości dotyczyły spraw zarejestrowanych w 2005 r., wynosząc przeciętnie ok. 80 000 zł wśród wszystkich badanych powództw, w których dochodzono zadośćuczynienie, a 69 000 zł wśród powództw, które zakończyły się poprzez uwzględnienie powództwa w części lub całości bądź też ugodą.

Analizując natomiast wartości mediany rzeczywiście zasądzonych zadośćuczynień, okazuje się, że w badanym okresie były one niższe o ok. 30% w stosunku do oczekiwań. Patrząc zaś na dane z punktu widzenia roku sprawozdawczego w poszczególnych latach, różnice te były dużo większe. Przykładowo w 2005 r. mediana wynosiła 40 000 zł (najniższa wartość mediany obserwowana dla spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011, będąca o 42% niższa od oczekiwań), w 2008 r.

określowym, stąd też w omawianym roku sprawozdawczym mogły się znaleźć sprawy, w których dochodzone świadczenie odszkodowawcze mogło być niższe. Przypomnijmy, że rok sprawozdawczy zawiera sprawy, które zostały po raz pierwszy zarejestrowane w repertorium sądu w roku 2005, oraz te, które zostały rozpoczęte wcześniej, ale z jakichś przyczyn zostały zarejestrowane ponownie pod nowym numerem w 2005 r.

27 Sytuacja taka wynika z faktu, że wśród spraw zarejestrowanych w 2011 r. jest niewiele przebadanych.

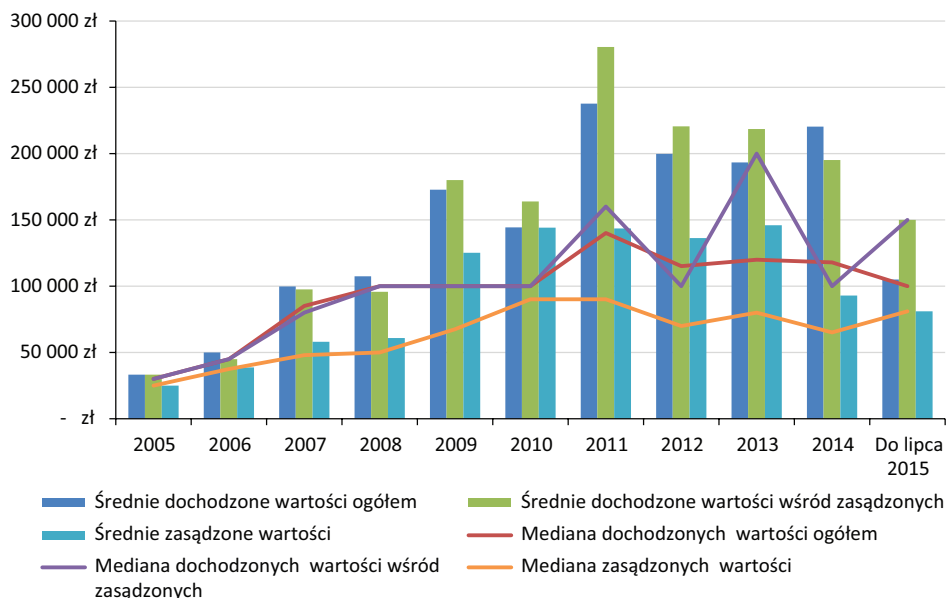
wynosiła 100 000 zł (najwyższa wartość mediany o 33% niższa od oczekiwań) oraz w 2009 r. 80 000 zł (aż o 52% niższa od oczekiwań).

Z przeprowadzonych analiz można dodatkowo wnioskować, że w badanym okresie z roku na rok występował wzrost wysokości zarówno średnich wartości dochodzonych roszczeń odszkodowawczych w postaci zadośćuczynienia (średniorocznie o ok. 3,75%), jak i ich mediany (ok. 3,79%). W przypadku uznania przez sąd roszczenia w części lub całości, różnice w dynamice zmian obu tych miar są nieco inne, bowiem średnie wartości zasądzanych zadośćuczynień charakteryzują się tendencją ujemną, natomiast wartości mediany tendencją dodatnią. W pierwszym przypadku na sytuację taką wpłynęło m.in. zmieniające się z roku na rok zróżnicowanie zasądzanych kwot i ich niejednorodność. W drugim przypadku było to wywołane tym, że w 2008 r. zanotowano zarówno najwyższe wysokości dochodzonych, jak i zasądzanych wysokości zadośćuczynień sięgających 1 miliona złotych. Dodatkowo na niskie wartości dochodzonych świadczeń odszkodowawczych z 2005 r. miało wpływ rejestrowanie w repertorium sądu spraw o dopuszczalnej minimalnej wysokości sporu sięgającej 35 000 zł.

Stosunkowo duże znaczenie mają również wartości maksymalne badanych świadczeń, bowiem wyznaczają one możliwe górne granice finansowej odpowiedzialności na jakie powinny być przygotowane szpitale w razie uwzględnienia roszczeń przez sąd. Patrząc na oczekiwania finansowe powodów, okazuje się, że w przypadku zadośćuczynień maksymalne wartości dochodzonych roszczeń kilkukrotnie sięgały 1 miliona złotych, w 2007 r. do sądu wpłynęło nawet powództwo dotyczące zadośćuczynienia wynoszącego 2 miliony złotych. W zakresie rzeczywiście zasądzonych zadośćuczynień kwota 1 miliona pojawiła się w badanym okresie tylko raz i dotyczyła sprawy, która została po raz pierwszy zarejestrowana w repertorium sądowym w 2008 r. Oznaczać to może, że w wielu przypadkach sąd uznaje dochodzone kwoty zadośćuczynień za zbyt wygórowane. Niemniej jednak pojawiają się sprawy, w których tak wysokie dochodzone roszczenia w postaci zadośćuczynienia są uznawane przez sąd.

Patrząc na dane z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd (rysunek 58), okazuje się, że najwyższe obserwowane średnie wysokości dochodzonego zadośćuczynienia dotyczyły spraw, których rozpatrywanie zostało zakończone w 2011 r., wynosząc odpowiednio ok. 237 000 zł (wśród wszystkich przebadanych spraw) oraz ponad 280 000 zł (wśród spraw uwzględniających powództwo w części lub całości, bądź też kończących się ugodą). Najwyższa średnia wysokość zasądzanych świadczeń z omawianego tytułu dotyczyła spraw, których rozpatrywanie zostało zakończone w 2013 r., wynosząc 146 020 zł (co stanowi ok. 67% dochodzonych wartości zadośćuczynień w 2013 r.).

Podobnie jak w przypadku analizy z punktu widzenia roku sprawozdawczego, tak i tu analizowane wartości dochodzonych jak i zasądzanych zadośćuczynień w poszczególnych latach znacznie odchylają się od średniej oraz charakteryzują się dużym zróżnicowaniem. Przedział zmienności w niektórych przypadkach sięgał ponad 900 000 zł a wartości współczynnika zmienności w poszczególnych latach oscylowały między 12% a 161%, stąd wyznaczono wartości mediany.



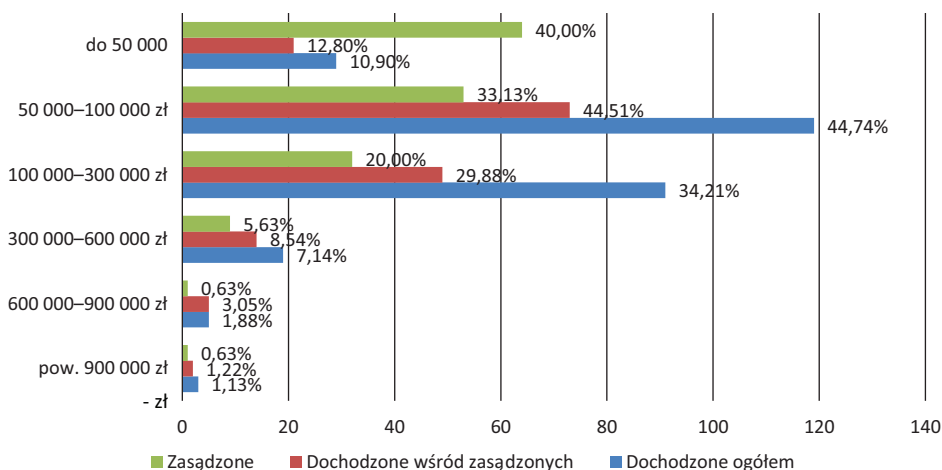
Rysunek 58. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądanego zadośćuczynienia z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd

Źródło: opracowanie własne.

Na jej podstawie zauważono, że najwyższe wartości mediany zasądzonych zadośćuczynień były obserwowane wśród spraw, których rozpatrywanie zostało zakończone w latach 2010–2011, wynosząc ok. 90 000 zł, najniższe zaś wśród spraw zakończonych w 2005 r., wynosząc jedynie 25 000 zł. A zatem były one znacząco niższe od omawianych wartości średnich.

W badanym okresie obserwowane było zarówno rosnące średnie tempo zmian dochodzonych i zasądzanych wysokości średnich wartości zadośćuczynień (średniorocznie o ok. 12%), jak i mediany. Oznacza to, że wraz ze wzrostem dochodzonych wysokości roszczeń odszkodowawczych doszło do wzrostu wysokości zasądzanych świadczeń. Strukturę procentową dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci zadośćuczynienia według umownie określonych przedziałów kwotowych przedstawiono na rysunku 59.

Na podstawie rysunku 59 widać, że w badanej próbie dominowały sprawy, w których wartość dochodzonego zadośćuczynienia mieściła się w przedziale między 50 000 zł a 100 000 zł, dotycząc ok. 44–45% wszystkich przebadanych powództw. W drugiej kolejności najczęściej dochodzonymi roszczeniami odszkodowawczymi były zadośćuczynienia z przedziału 100 000–300 000 zł (ok. 30–34% przebadanych spraw), w trzeciej zaś, sprawy z zadośćuczynieniem w wysokości do 50 000 zł (ok. 11–13%). Sprawy, w których dochodzono roszczenia przewyższającego 300 000 zł, stanowiły jedynie ok. 10% przebadanych spraw, w tym ok. 1% dotyczył spraw o zadośćuczynieniu wyższym od 900 000 zł.



Rysunek 59. Struktura dochodzonych i zasądanych świadczeń odszkodowawczych w postaci zadośćuczynienia w umownie określonych przedziałach

Źródło: opracowanie własne.

Nieco inna struktura przebadanych spraw kształtowała się wśród tych, w których uwzględniono powództwo w części lub całości bądź też zawarto ugodę. Najwyższy udział w badanej próbie stanowiły sprawy, w których zadośćuczynienie zostało zasądzone w wysokości poniżej 50 000 zł (ok. 40%), następnie zadośćuczynienia z przedziału 50 000–100 000 zł (ok. 33%) oraz z przedziału 100 000–300 000 zł (ok. 20%). Wyższe wartości zasądzanego zadośćuczynienia dotyczyły ok. 7% pozostałych przebadanych spraw.

Jak można zauważyć na podstawie powyższych rozważań, zarówno dochodzone, jak i zasądzone świadczenia odszkodowawcze w postaci zadośćuczynienia charakteryzowały się bardzo silnym zróżnicowaniem. Jednakże ich największa liczba została skoncentrowana w przypadku świadczeń dochodzonych w przedziale 50 000–300 000 zł, natomiast wśród świadczeń zasądzonych w przedziale 50 000–100 000 zł.

5.3.2. Jednorazowe świadczenie odszkodowawcze

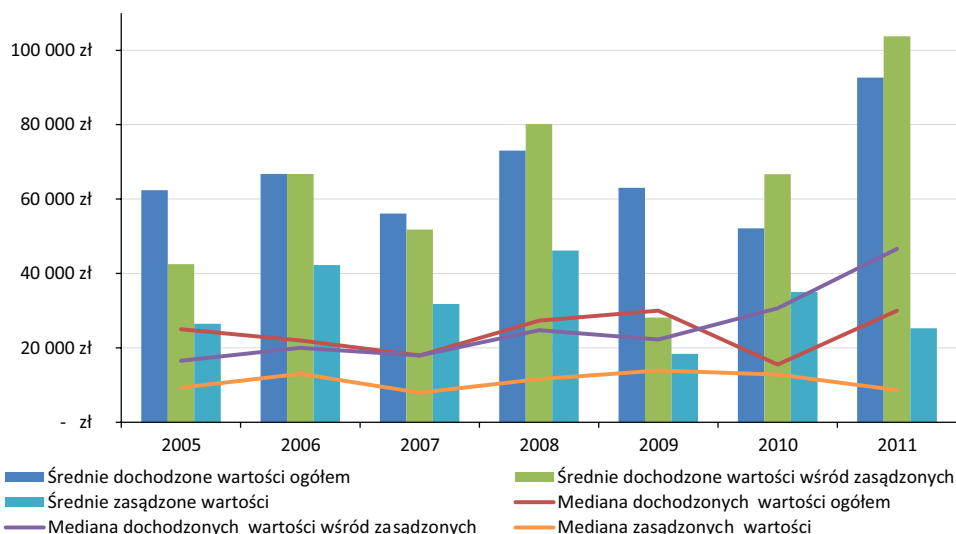
Kolejnym omawianym roszczeniem odszkodowawczym było jednorazowe odszkodowanie, które ma na celu pokrycie wszelkich kosztów związanych z wymaganym procesem leczenia poszkodowanego pacjenta. Jak wskazują Z. Banaszczyk i M. Serwach użyte w art. 444 §1 k.c. sformułowanie **wszelkie koszty** w praktyce oznacza, że katalog możliwych kosztów jest nieograniczony. Jedynym ograniczeniem dla niego jest konieczność wskazania związku przyczynowego pomiędzy faktem ich powstania a doznanym uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia²⁸.

²⁸ Z. Banaszczyk, M. Serwach, *Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji*, [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 216.

Co do zasady na mocy art. 6 k.c. ciężar udowodnienia związku przyczynowego ciąży na poszkodowanym, który wywodzi skutki prawne. A zatem jest on zobowiązany do przedstawienia wszelkich dokumentów: uprawdopodobniających m.in. fakt zajścia szkody (takich jak np. dokumentacja medyczna) czy potwierdzających konieczność poniesienia określonych wydatków (np. wszelkie rachunki, faktury związane z podjętym leczeniem czy też potwierdzające poniesienie kosztów dojazdów do i od lekarza bądź też konieczność nabycia różnego rodzaju sprzętów medycznych itd.).

Na podstawie przeprowadzonej analizy przyjrzymy się jak wyglądała wartościowo skala roszczeń z tytułu jednorazowego odszkodowania za szkody powstałe w wyniku leczenia.

W efekcie przeprowadzonych analiz okazało się, że roszczenia w postaci jednorazowego odszkodowania charakteryzowały się dużo niższymi wartościami niż świadczenia odszkodowawcze w postaci zadośćuczynienia. Średnia dochodzonych jak i zasądzonych świadczeń była o wiele niższa od średniej wartości zadośćuczynienia (w przypadku wartości dochodzonych ponad 2,5 razy niższa, zasądzonych ponad 3 razy niższa) i wynosiła ona odpowiednio 65 980 zł (roszczenia ogółem wśród powództw zakończonych poprzez ich uwzględnienie w części lub całości), 61 920 zł (roszczenia ogółem wśród powództw zakończonych poprzez zawarcie ugody) oraz 33 380 zł (świadczenia rzeczywiście zasądzone). Dodatkowo należy zauważyć, że świadczenia te zostały zrealizowane w badanym okresie jedynie w 54%. Oznacza to, że w wielu przypadkach uznano, że roszczenie to nie miało związku z doznaną szkodą lub nie miało pokrycia w postaci odpowiednich dokumentów potwierdzających dane roszczenia.



Rysunek 60. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądanego jednorazowego odszkodowania z punktu widzenia roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane według roku sprawozdawczego (rysunek 60), zauważyć należy, że najniższe średnie dochodzonych wartości odszkodowań wśród wszystkich badanych spraw obserwowane były w 2010 r. (wynosząc średnio ok. 52 120 zł), w przypadku spraw, które zostały zakończone poprzez uwzględnienie powództwa najniższe wartości obserwowane były natomiast w 2009 r. (wynosząc jedynie 28 110 zł). Najwyższe wartości średnie dotyczyły spraw zarejestrowanych w 2011 r. (wynosząc odpowiednio ok. 92 630 zł oraz 103 740 zł). Wśród rzeczywiście zasądzanych kwot zaś najniższe średnie dotyczyły spraw z 2009 r. (wynosząc ok. 18 500 zł), a najwyższe spraw zarejestrowanych w 2008 r. (ok. 46 000 zł).

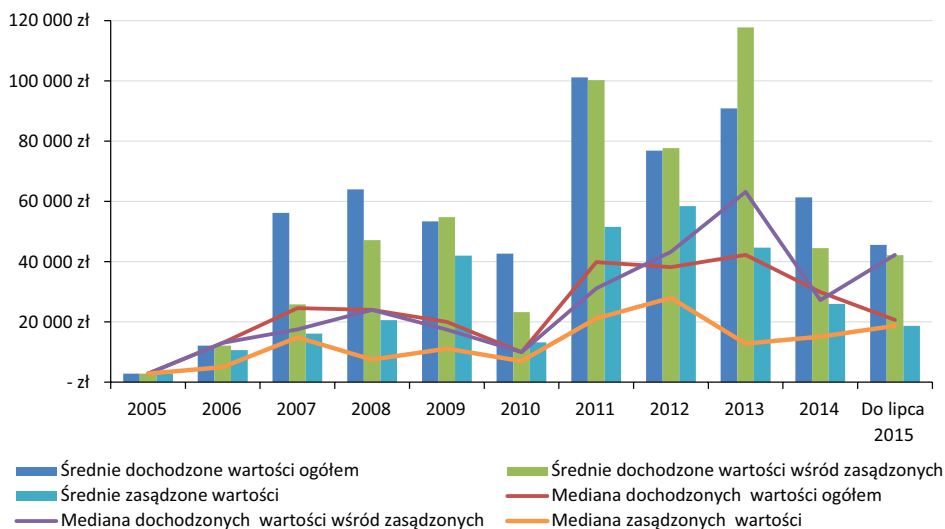
Po wyznaczeniu wartości odchyłeń standardowych ponownie okazało się, że są one niemal w każdym badanym okresie wyższe od wartości średnich (w całym badanym okresie odchylenie standardowe wynosiło ok. 101 730 zł w przypadku kwot dochodzonych, a w przypadku kwot zasądzanych było nieco niższe i wynosiło 58 230 zł). Oznacza to, że znów dane charakteryzowały się bardzo dużą zmiennością, przez co współczynniki zmienności wahały się między 96% a 195%, natomiast wartości minimalne i maksymalne średnich mieściły się w przedziale między 390 zł a 820 000 zł (dla świadczeń dochodzonych), oraz między 390 zł a 408 000 zł (dla świadczeń zasądzanych). Stąd też do określenia przeciętnej wartości dochodzonych jak i zasądzanych jednorazowych odszkodowań lepsze zastosowanie ma wartość mediany niż średnia arytmetyczna.

Patrząc zatem na wyznaczone wartości mediany, można zauważyć, że były one na stosunkowo niskim poziomie, mieszcząc się w przedziale między 15 500 a 30 000 zł wśród wszystkich badanych spraw, w których dochodzono tego typu świadczenia, 16 500–46 600 zł w przypadku roszczeń, które dochodzone były wśród spraw zakończonych poprzez uznanie roszczenia w części lub całości oraz między 7900 a 13 900 zł wśród zasądzonych świadczeń. Wartości mediany jednorazowych odszkodowań były zatem ok. czterokrotnie niższe od dochodzonych, jak i zasądzanych wysokości mediany określonych dla świadczeń w postaci zadośćuczynienia. W całym badanym okresie dla świadczeń dochodzonych wysokość mediany wyniosła ok. 24 700 zł, a dla świadczeń zasądzanych 12 100 zł, a zatem świadczenia te zostały spełnione jedynie w ok. 49%.

Aby sprawdzić, jak zmieniały się w czasie wysokości roszczeń odszkodowawczych oraz zasądzanych świadczeń, dokonano analizy dynamiki zmian średnich wartości omawianego świadczenia oraz mediany, w wyniku której okazało się, że roszczenia poszkodowanych pacjentów w zakresie jednorazowego odszkodowania z roku na rok były coraz wyższe. Potwierdzają to zarówno omawiane średnie wartości dochodzonych świadczeń, jak i ich mediany (wynosząc średniorocznie odpowiednio ok. 6,81% dla średniej oraz ok. 3,09% dla mediany). W przypadku natomiast zasądzanych jednorazowych odszkodowań obserwowany był spadek wysokości tych świadczeń średniorocznie o ok. 0,7% dla średniej i ok. 1,3% dla mediany. Oznaczać to może, iż dochodzenie roszczeń z tego tytułu nie było łatwe i często było ono przeszacowywane przez powodów.

Na podstawie zebranych danych sprawdzono również jak kształtowały się dochodzone oraz zasądzone jednorazowe odszkodowania z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd.

Na podstawie rysunku 61 można stwierdzić, że najwyższe średnie dochodzone jednorazowe odszkodowanie dotyczyło spraw, których rozpatrywanie zakończyło się w 2011 r. i wynosiło ok. 101 120 zł. Najniższe było związane ze sprawami, których rozpatrywanie zakończyło się w 2005 r., kiedy średnie jednorazowe odszkodowanie wyniosło ok. 2800 zł (przy odchyleniu standardowym wynoszącym ok. 3000 zł). Wśród spraw, które zakończyły się poprzez uwzględnienie powództwa w części lub całości bądź też ugodą, najwyższe świadczenia były dochodzone w 2013 r., wynosząc ok. 117 690 zł. W przypadku zasądzanych świadczeń najwyższe średnie wartości dotyczyły spraw zakończonych w 2012 r. (wynosząc ok. 584 000 zł), a najniższe rozpatrzonych do 2005 (wynosząc ok. 2800 zł), co po raz kolejny pokazuje, że zarówno roszczenia poszkodowanych, jak i zasądzone świadczenia z tego tytułu charakteryzują się dużą zmiennością. W latach 2005–2015 współczynniki zmienności wahały się między 54% a 225%, stąd też należało bliżej przyjrzeć się wartościom mediany.



Rysunek 61. Dochodzone i zasądzone wysokości jednorazowego odszkodowania według roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd

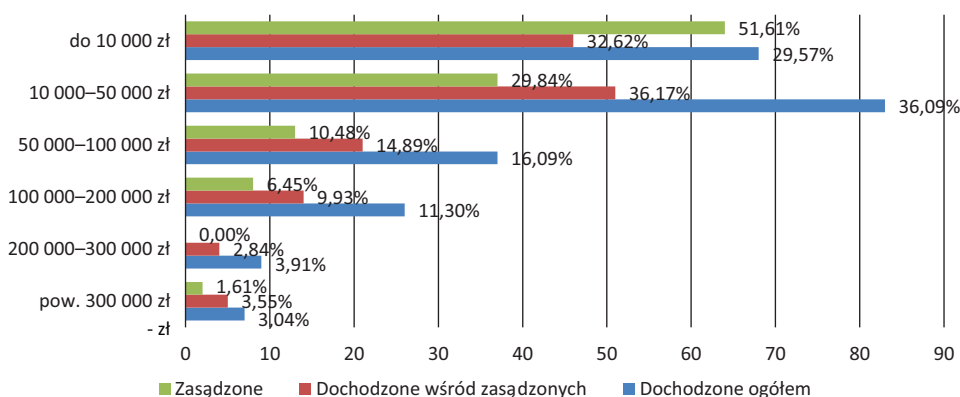
Źródło: opracowanie własne.

Jak można zauważyć na rysunku 61, wartości mediany analizowane z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd były dużo wyższe niż analizowane z punktu widzenia roku sprawozdawczego, mieszcząc się w przedziale między 2800 a 42 200 zł dla świadczeń dochodzonych wśród wszystkich analizowanych spraw, 2800–63 100 zł dla świadczeń dochodzonych wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa oraz 2800–28 000 zł dla świadczeń

zasądzanych, w całym badanym okresie osiągając poziom ok. 24 400 zł (dla wartości dochodzonych) oraz ok. 9300 zł (dla wartości zasądzanych).

Aby sprawdzić, jak zmieniały się omawiane wartości świadczeń w czasie, wyznaczono wskaźniki dynamiki mediany oraz średnich wartości jednorazowych odszkodowań, na podstawie których okazało się, że zarówno mediana oraz średnie wartości dochodzonych świadczeń charakteryzowały się dodatnim rosnącym tempem zmian, wynoszącym w przypadku mediany średnio rocznie ok. 20%, natomiast w przypadku średniej ok. 30%. Podobna tendencja dotyczyła zasądzanych kwot, jednakże w tym przypadku średnie tempo zmian było nieco niższe i wynosiło średniorocznie ok. 21% bez względu na analizowaną miarę. Wynika z tego, że im późniejszy rok zakończenia postępowań był analizowany, tym wyższych wartości roszczeń i zasądzanych kwot dotyczyły analizowane sprawy.

Biorąc powyższe pod uwagę, skonstruowano rysunek 62 przedstawiający strukturę wysokości jednorazowych odszkodowań w umownie ustalonych przedziałach, w celu sprawdzenia jak kształtowała się struktura poszczególnych roszczeń oraz zasądzanych kwot wśród wszystkich przebadanych spraw.



Rysunek 62. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci jednorazowego odszkodowania w umownie określonych przedziałach

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych na rysunku 62 wynika, że wśród wszystkich przebadanych spraw dominowały te, w których wartość jednorazowego dochodzonego odszkodowania mieściła się w przedziale między 10 000 a 50 000 zł (ok. 36% wszystkich badanych spraw), w drugiej kolejności były to świadczenia nieprzekraczające 10 000 zł (ok. 30%), a w trzeciej kolejności świadczenia z przedziału 50 000–100 000 zł (ok. 16%).

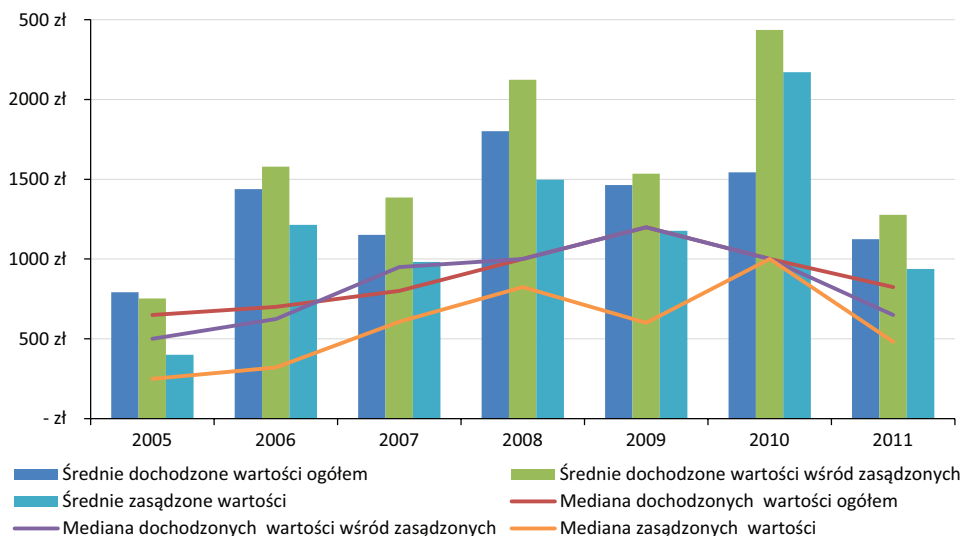
W przypadku zaś zasądzonych kwot ta struktura była następująca:

- dominowały najniższe wartości świadczeń do 10 000 zł (ok. 52% badanych spraw),
- następnie świadczenia z przedziału 10 000–50 000 zł (ok. 30%),
- odszkodowania z przedziału 50 000–100 000 zł (ok. 10%),
- wyższe świadczenia zasądzone były jedynie w ok. 8% przypadków.

5.3.3. Świadczenia rentowe

Następnym analizowanym roszczeniem były świadczenia rentowe. Wśród tych świadczeń analizie poddano dwa najczęściej pojawiające się rodzaje rent: na zwiększone potrzeby (dochodzone w ok. 63% badanych spraw) oraz wyrównawcze (dochodzone w ok. 9% badanych spraw). Jak już zostało zasygnalizowane (w punkcie 3.4.5.3) renty te mogą występować w formie terminowej, jak i bezterminowej.

Renty terminowe co do zasady wypłacane są w formie skapitalizowanej, zatem w przedmiotowym badaniu zostały one zawarte w analizie dotyczącej jednorazowego świadczenia odszkodowawczego, stanowiąc jego część, natomiast ze względu na swój charakter renty bezterminowe wymagały odrębnego podejścia. Jak zostało to zasygnalizowane, wynika to z faktu, że renty bezterminowe są świadczeniami, w przypadku których nie ma możliwości oszacowania ich całkowitej wartości, gdyż nieznany jest m.in. ostateczny czas trwania takiej renty oraz nie wiadomo czy w trakcie pobierania renty któraś ze stron sporu nie podejmie działań mających na celu zmianę wysokości zasądzonych świadczeń rentowych, jeśli np. zajdą istotne zmiany w sytuacji osobistej i majątkowej stron umowy oraz okoliczności obiektywne, w tym też istotny spadek siły nabywczej pieniądza. Wobec powyższego analiza została ograniczona do sprawdzenia, jak zmieniały się w czasie roszczenia odszkodowawcze poszkodowanych w tym zakresie oraz w jakiej wysokości renty bezterminowe były zasądzane w latach 2005–2015.



Rysunek 63. Wysokość dochodzonego i zasądanego świadczenia rentowego na zwiększone potrzeby z punktu widzenia roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku rent na zwiększone potrzeby, w wyniku przeprowadzonej analizy ustalono, że średnio w badanym okresie co roku dochodzono świadczeń rentowych na zwiększone potrzeby płatnych co miesiąc po ok. 1319 zł (po ok. 1529 zł na miesiąc w przypadku spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź też ugodą). Zasądzane świadczenia były zaś niższe od dochodzonych o ok. 11%, wynosząc średnio miesięcznie ok. 1180 zł.

Patrząc na dane z punktu widzenia roku sprawozdawczego (rysunek 63), okazało się, że istnieją różnice pomiędzy wartościami dochodzonych świadczeń rentowych wśród wszystkich badanych spraw a wartościami dochodzonych świadczeń wśród spraw, w których uwzględniono powództwo w części lub całości bądź też zawarto ugodę. W pierwszym przypadku średnie najniższe wartości obserwowane były wśród spraw zarejestrowanych w 2005 r., wynosząc co miesiąc średnio 792 zł, natomiast najwyższe wartości dotyczyły spraw z 2008 r., wynosząc średnio co miesiąc 1802 zł. W drugim przypadku najniższe wartości również dotyczyły spraw z 2005 r., jednakże były one nieco niższe, osiągając wartość średnią na poziomie 754 zł miesięcznie, najwyższe zaś dochodzone świadczenia rentowe dotyczyły spraw zarejestrowanych w 2010 r., wynosząc średnio co miesiąc 2435 zł.

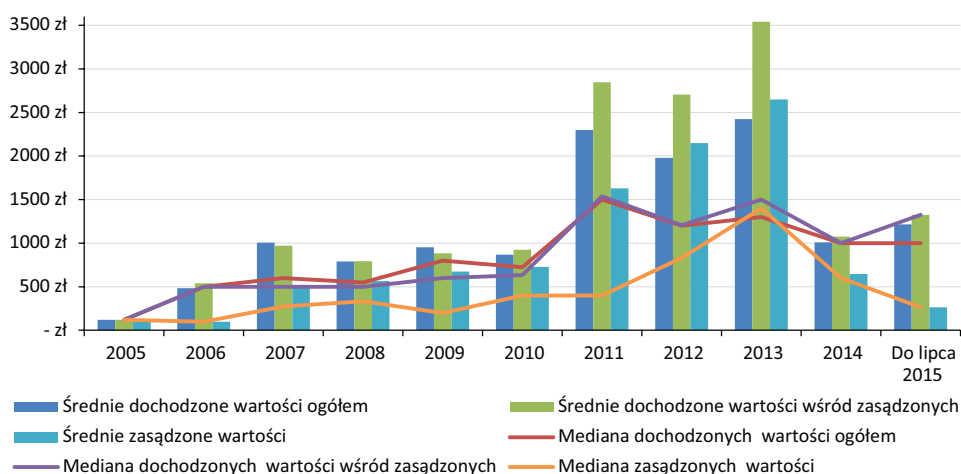
Obserwując zaś rzeczywiście zasądzone świadczenia, okazało się, że najniższe wartości dotyczyły spraw zarejestrowanych w 2005 r., wynosząc średnio ok. 400 zł (a zatem były one aż o 47% niższe od oczekiwań), a najwyższe dotyczyły spraw z 2010 r., wynosząc średnio 2171 zł (i były niższe o ok. 11% od oczekiwań).

Jak już zostało powiedziane, miara średniej nie była w tym przypadku najlepszą miarą, na podstawie której należy wyciągać jakiegokolwiek wnioski. Dzieje się tak, gdyż zbiór wszystkich badanych rent jest bardzo zróżnicowany zarówno w przypadku analizowanych świadczeń dochodzonych, jak i zasądzonych (współczynniki zmienności mieściły się między 61% a 186%). W przypadku rent dochodzonych wśród wszystkich badanych spraw najniższe wartości (50 zł miesięcznie) dochodzone były wśród spraw zarejestrowanych w 2007 r. oraz 2011 r. (wśród spraw zakończonych pozytywnym rozstrzygnięciem przez sąd na rzecz poszkodowanego), najwyższe zaś dotyczyły sprawy zarejestrowanej w 2011 r. (w której uwzględniono powództwo w części lub całości), wynosząc aż 13 311 zł na miesiąc. Podobnie w przypadku świadczeń zasądzonych, jednakże w tym przypadku były one dużo niższe niż oczekiwania, tj. najniższa wartość dotyczyła sprawy zarejestrowanej w 2007 r. i wynosiła 42 zł na miesiąc, a najwyższa związana była ze sprawą zarejestrowaną w 2010 r. i wynosiła aż 10 000 zł na miesiąc.

Biorąc powyższe pod uwagę, lepszą miarą będzie w tym przypadku mediana, która w badanym okresie dla świadczeń dochodzonych wyniosła ok. 1000 zł oraz ok. 600 zł dla świadczeń zasądzonych. Oznacza to, że połowa badanych spraw charakteryzowała się takim lub niższym świadczeniem, a druga połowa wyższym. W odniesieniu do roszczeń dochodzonych powództwem najwyższa mediana obserwowana była wśród spraw zarejestrowanych w 2009 r., wynosząc ok. 1200 zł, natomiast najniższa obserwowana była wśród spraw zarejestrowanych w 2005 r., wynosząc ok. 650 zł (ok. 500 zł wśród spraw, gdzie uwzględniono powództwo

w części lub całości). W odniesieniu zaś do rent zasądzonych prawomocnym orzeczeniem sądu te świadczenia były dużo niższe, osiągając w 2005 r. najniższy poziom ok. 250 zł, zaś w 2010 r. najwyższy poziom w wysokości ok. 1000 zł. A zatem należy zauważyć, że wyznaczone wartości mediany były dużo niższe niż wyznaczone wartości średnie.

Dla sprawdzenia jak zmieniały się w czasie średnie oraz mediana wartości omawianej renty, wyznaczono wskaźniki dynamiki zmian dla poszczególnego roku sprawozdawczego oraz policzono średnie tempo zmian w badanym okresie. Okazało się, że średnie roszczenie odszkodowawcze w postaci renty na zwiększone potrzeby wzrastało średniorocznie o ok. 6%, natomiast mediana wzrastała średniorocznie o ok. 4%. Zasądzone wysokości rent na zwiększone potrzeby charakteryzowały się rosnącym tempem zmian sięgającym w przypadku średniej 15% rocznie, a w przypadku mediany ok. 11,5%. Stąd też można postawić tezę, że zwiększająca się wysokość roszczeń w zakresie dochodzonych wysokości rent przełożyła się na wzrost zasądzanych wartości rent.



Rysunek 64. Wysokość dochodzonego i zasądzanego świadczenia rentowego na zwiększone potrzeby z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd

Źródło: opracowanie własne.

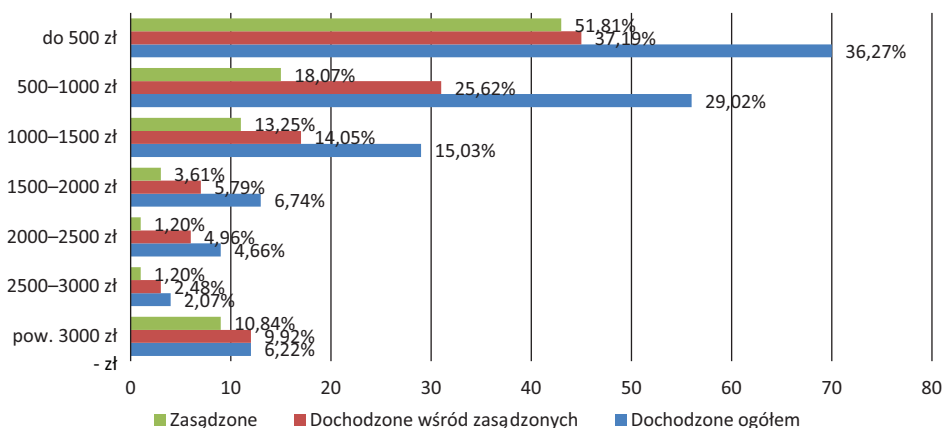
Analizując dane z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd (rysunek 64), zauważono, że najniższe świadczenia rentowe na zwiększone potrzeby dochodzone były wśród spraw, których rozpatrywanie skończyło się w 2005 r. (średnia i mediana wynoszą po ok. 120 zł na miesiąc). W przypadku najwyższych świadczeń wyniki były różne w zależności od analizowanej miary. Na podstawie średniej okazało się, że najwyższe dochodzone świadczenia rentowe dotyczyły spraw zakończonych w 2013 r. (wynosząc miesięcznie ok. 2424 zł wśród wszystkich badanych spraw oraz 3541 zł wśród spraw, których rozpatrywanie zakończyło się uwzględnieniem powództwa w części lub całości). W 2013 r. wartości

mediany natomiast wynosiły odpowiednio 1300 zł oraz 1500 zł na miesiąc. Obserwując zaś same wartości mediany okazało się, że najwyższe wartości rent dotyczyły spraw zakończonych w 2011 r., wynosząc przeciętnie 1500 zł miesięcznie wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości oraz 1537 zł na miesiąc wśród wszystkich badanych spraw. Analizując natomiast rzeczywiście zasądzone świadczenia, najniższe wartości dotyczyły spraw zakończonych w 2006 r., wartość średnia i mediana wynosiły po 100 zł miesięcznie, najwyższe zaś spraw zakończonych w 2013 r. (średnia wynosiła 2649 zł na miesiąc, mediana zaś 1400 zł na miesiąc).

Biorąc powyższe pod uwagę, ustalono, że w badanym okresie średnie wartości dochodzonych świadczeń rentowych średniorocznie wzrastały o ok. 26%, a wartości mediany o ok. 23,5%. Sytuacja taka przyczyniła się do wzrostu zasądzanych wartości rent średniorocznie o ok. 8%.

Przeprowadzona analiza z punktu widzenia roku sprawozdawczego, jak i roku zakończenia postępowania potwierdziła zatem, że w latach 2005–2011 rosła roszczeniowość pacjentów w zakresie wartości dochodzonych świadczeń rentowych, tym samym wpływając na zwiększanie się wartości zasądzanych świadczeń z tego tytułu.

Aby zobrazować, jak rozkładały się wartości tak dochodzonych, jak i zasądzanych rent na zwiększone potrzeby, przedstawiono strukturę procentową dochodzonych i zasądzanych świadczeń w umownie określonych przedziałach kwotowych. Wyodrębniono na nim siedem umownie określonych przedziałów wartości miesięcznych rent, na podstawie których określono, że w zakresie wartości rent na zwiększone potrzeby najczęściej dochodzono rent płatnych co miesiąc o wartości do 500 zł (co stanowiło ok. 36% badanych spraw, 37% wśród zasądzonych), w drugiej kolejności rent z przedziału 500–1000 zł (dotyczyły ok. 29% badanych spraw, ok. 25,5% wśród zasądzonych), w trzeciej natomiast rent w wysokości między 1000 a 1500 zł (ok. 15%, wśród zasądzonych ok. 14%).



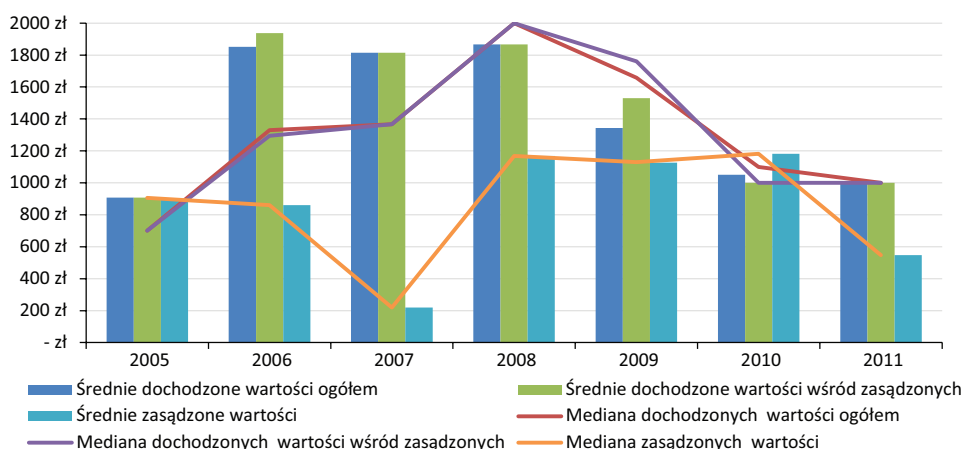
Rysunek 65. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci renty na zwiększone potrzeby w umownie określonych przedziałach

Źródło: opracowanie własne.

Wśród zasądanych świadczeń dominującą rolę odgrywały natomiast renty, których wartości nie przekraczały 500 zł (stanowiąc ok. 52%). W dalszej kolejności sytuowały się renty z przedziału 500–1000 zł (ok. 18%) i przedziału 1000–1500 zł (ok. 13%). W przypadku zasądanych wartości rent zwraca również uwagę zwiększony udział spraw, w których zasądzone były renty o wartości przewyższającej 3000 zł (stanowiły one bowiem ok. 11% wszystkich zasądzonych świadczeń), podczas gdy wśród dochodzonych wartości dotyczyły one jedynie ok. 6% badanych spraw (ok. 10% wśród zasądzonych).

W przypadku roszczeń odszkodowawczych w postaci rent wyrównawczych ustalono, że poszkodowani kierowali roszczenia w zakresie renty wyrównawczej o wartości średniej wynoszącej 1498 zł na miesiąc. Badając jedynie sprawy, w których zasądzono ww. świadczenie lub zawarto ugodę, wartość średniej wyniosła już 1550 zł. Biorąc pod uwagę natomiast rzeczywiście zasądzone świadczenia, okazało się, że średnia wartość zasądzonej renty wyrównawczej wyniosła jedynie 943 zł.

Obserwując dane z punktu widzenia roku sprawozdawczego (rysunek 66), wyraźnie widać, że najniższe średnie wartości roszczeń dotyczyły powództw z 2005 r., wynosząc miesięcznie ok. 907 zł (wśród świadczeń dochodzonych ogółem i zasądzonych), natomiast najwyższe wartości były różne w zależności od tego czy były one obserwowane wśród wszystkich badanych spraw, czy tylko tych, które zakończyły się uwzględnieniem powództwa lub ugodą. W pierwszym przypadku najwyższe wartości dotyczyły spraw zarejestrowanych w 2008 r., wynosząc 1867 zł na miesiąc, w drugim przypadku spraw zarejestrowanych w 2006 r., wynosząc 1938 zł na miesiąc. W przypadku zaś rzeczywiście zasądzonych świadczeń rozkład ten kształtował się zupełnie inaczej, bowiem najniższe średnie obserwowane były wśród spraw zarejestrowanych w 2007 r., wynosząc 220 zł na miesiąc, a najwyższe wśród spraw zarejestrowanych w 2010 r., wynosząc 1181 zł na miesiąc.



Rysunek 66. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego świadczenia rentowego wyrównawczego z punktu widzenia roku sprawozdawczego

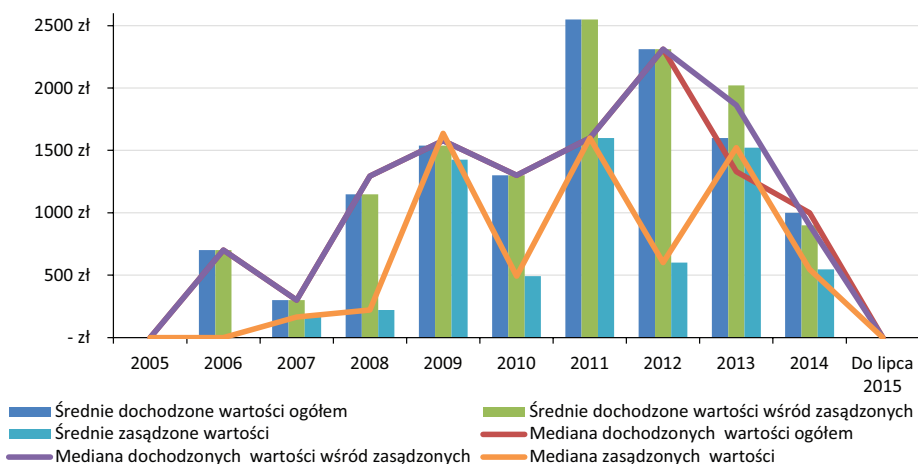
Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w poprzednich przypadkach, tak i w przypadku renty wyrównawczej w badanym okresie najniższe oczekiwane świadczenie rentowe wynosiło 100 zł na miesiąc, natomiast najwyższe aż 6000 zł na miesiąc. Najniższe przyznane świadczenie przez sąd ostatecznie wyniosło 150 zł na miesiąc, a najwyższe 1863 zł na miesiąc. Nie dziwi zatem fakt, że wysokości dochodzonych, jak i zasądzonych świadczeń rentowych wyrównawczych charakteryzowały się silnym zróżnicowaniem (współczynniki zmienności mieściły się w przedziale 18–112%), dlatego wyznaczono wartości mediany.

Wartości mediany miesięcznie kształtowały się w badanym okresie na poziomie ok. 1330 zł (wśród wszystkich badanych roszczeń z tego tytułu) oraz ok. 1043 zł (wśród wszystkich przebadanych spraw uwzględniających powództwo w części lub całości) – minimalna wartość dotyczyła spraw zarejestrowanych w 2005 r. (700 zł na miesiąc), a maksymalna 2008 r. (2000 zł na miesiąc). Oznacza to, że połowa badanych spraw dotyczyła świadczeń rentowych niższych lub równych medianie, a druga połowa świadczeń rentowych wyższych lub równych medianie. Natomiast rzeczywiście zasądzone świadczenia charakteryzowały się medianą na poziomie 1043 zł miesięcznie.

Aby ocenić, jak zmieniały się w czasie wysokości roszczeń odszkodowawczych oraz zasądzonych świadczeń w zakresie rent wyrównawczych wyznaczono wskaźniki dynamiki zmian średnich wartości omawianego świadczenia oraz ich mediany. Na ich podstawie ustalono, że roszczenia z omawianego tytułu charakteryzowały się rosnącym średnim tempem zmian w przypadku wartości średnich wynoszącym ok. 2%, natomiast w przypadku mediany ok. 6%. Jednakże w przypadku zasądzania tego typu świadczenia obserwowany był spadek wysokości tych rent średniorocznie aż o ok. 8% zarówno w przypadku wartości średnich, jak i mediany. A zatem rosnąca roszczeniowość w zakresie tej renty nie przekłada się na wzrost wartości zasądzonych wysokości rent wyrównawczych.

Analogicznie dokonano analizy rent z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd (rysunek 67).



Rysunek 67. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzonego świadczenia rentowego wyrównawczego z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd

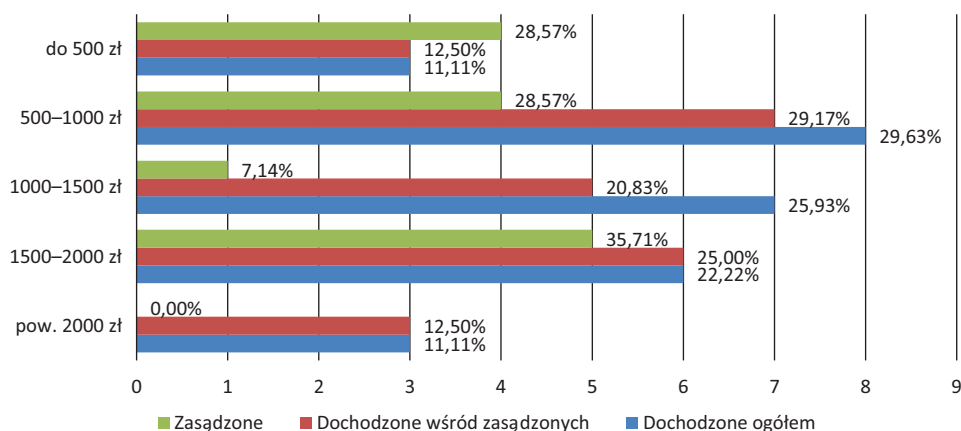
Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się tu, że najniższe średnie świadczenie z omawianego tytułu (o wartości ok. 150 zł na miesiąc) zostało zasądzone w 2007 r., najwyższe zaś osiągnęło wartość 1863 zł na miesiąc i dotyczyło powództwa, którego rozpatrywanie zakończyło się w 2013 r. W latach 2005, 2006 oraz 2015 nie zasądzono żadnego świadczenia rentowego wyrównawczego.

Ze względu na to, że znów analizowane dane charakteryzowały się dużą zmiennością (współczynniki zmienności mieściły się między 5 a 105%) zdecydowano o wyznaczeniu wartości środkowej dochodzonych oraz zasądzanych rent wyrównawczych w badanym okresie. W przypadku spraw, których rozpatrywanie zostało zakończone w latach 2005–2015, mediana dochodzonej renty wyrównawczej wynosiła 1200 zł, przy czym najniższe jej wartości były obserwowane wśród spraw zakończonych w 2007 r., wynosząc 300 zł, a najwyższe wśród spraw zakończonych w 2012 r. (2312 zł). Biorąc pod uwagę rzeczywiście zasądzone świadczenia, okazało się natomiast, że w badanym okresie mediana wynosiła już jedynie 752 zł, najniższa zaś dotyczyła spraw zakończonych w 2007 r. (165 zł), a najwyższa 2011 r. (1599 zł).

Na podstawie wyznaczonych wskaźników dynamiki zmian ustalono, że średnio co roku wysokość dochodzonych rent wyrównawczych wzrastała o ok. 4,5%, natomiast zasądzanych świadczeń z tego tytułu wzrastała aż o 18,5%, analizując zarówno dynamikę zmian średnich wartości, jak i ich mediany. Znaczny wzrost dochodzonych wartości rent wyrównawczych obserwowany był wśród spraw, których powództwo zostało rozpatrzone w 2008 r. w porównaniu do roku poprzedniego, natomiast patrząc z punktu widzenia zasądzonych świadczeń ich największy wzrost odnotowany był w 2009 r. w porównaniu do roku poprzedniego.

Aby sprawdzić, jak kształtowała się struktura roszczeń oraz zasądzanych kwot w zakresie rent wyrównawczych, skonstruowano rysunek 68 przedstawiający wysokości dochodzonych i zasądzanych rent w umownie ustalonych przedziałach.



Rysunek 68. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci renty wyrównawczej w umownie określonych przedziałach

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższego rysunku wynika, że w przypadku rent wyrównawczych najczęściej dochodzą świadczenia w wysokości między 500 a 1000 zł na miesiąc (ok. 30% spraw), w drugiej kolejności świadczeń z zakresu 1000–1500 zł na miesiąc (ok. 26% wśród dochodzonych ogółem, ok. 21% wśród zasądzonych), a w trzeciej kolejności 1500–2000 zł (ok. 22% wśród dochodzonych ogółem, 25% wśród zasądzonych).

Wśród rzeczywiście zasądzanych świadczeń rentowych z omawianego tytułu, największy udział badanych spraw (wśród zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź zawartą ugodą) dotyczył wartości płatnych miesięcznie z przedziału 1500–2000 zł (ok. 36% badanych spraw z tego zakresu). W drugiej kolejności zasądzone były wartości z przedziału 500–1000 zł miesięcznie (29%), a w trzeciej świadczenia do 500 zł miesięcznie (ok. 29%).

5.3.4. Zadośćuczynienie i odszkodowanie ogółem

Ze względu na to, że nie wszystkie wartości zadośćuczynień oraz odszkodowań były możliwe do ustalenia, zasadnym wydawało się dokonanie analizy łącznej sumy dochodzonych i zasądzanych świadczeń z tych tytułów. W kilku bowiem badanych przypadkach świadczenia te nie były wyraźnie rozdzielone, a w przypadku świadczeń uzgadnianych w ramach ugody powszechną praktyką było wskazywanie jednego świadczenia, które miało pokryć oba te rodzaje dochodzonych roszczeń.

Na podstawie przeprowadzonej analizy ustalono, że w badanym okresie średnia wartość dochodzonego świadczenia odszkodowawczego łącznie z tytułu zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania wynosiła 209 720 zł (wśród wszystkich badanych spraw) i 229 950 zł (wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź zawartą ugodą). Natomiast średnia wartość rzeczywiście zasądzanych świadczeń w badanym okresie wynosiła 122 798 zł.

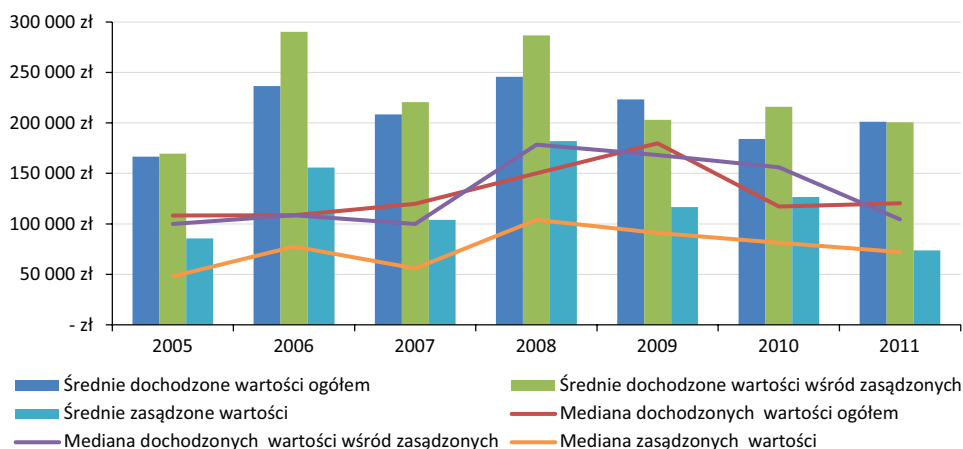
Na uwagę zasługuje jednak fakt, że niemal w każdym roku sprawozdawczym pojawiała się sprawa, której wartość przedmiotu sporu w zakresie świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania przewyższała bądź była równa kwocie 1 miliona złotych²⁹. W 2006 r. odnotowano sprawę, której wartość przedmiotu sporu osiągnęła poziom nawet 3 milionów złotych.

Porównując te oczekiwania ze świadczeniami rzeczywiście zasądzanymi, okazuje się, że ostatecznie są one dużo niższe, bowiem spełniają te oczekiwania jedynie w ok. 53%, a świadczenia przekraczające 1 milion złotych stanowią rzadkość.

²⁹ Wyjątek stanowią sprawy zarejestrowane w 2010 r., gdzie nie odnotowano żadnego powództwa, w którym suma dochodzonych świadczeń z tytułu jednorazowego odszkodowania i zadośćuczynienie przewyższałaby 1 milion złotych. Przypomnijmy jednak, że badana próba obejmowała jedynie sprawy, których rozpatrywanie w SO w Łodzi zakończyło się do 30 lipca 2015 r. Stąd należy pamiętać, że powództwa na kwotę wyższą lub równą mogły mieć miejsce.

W badanym okresie odnotowano tylko jedno świadczenie przewyższające tę kwotę. Dotyczyło ono sprawy zarejestrowanej w 2008 r., która została zakończona w 2010 r.

Przyglądając się danym z punktu widzenia roku sprawozdawczego (rysunek 69), ustalono, że najwyższa średnia wartość dochodzonych świadczeń dotyczyła spraw zarejestrowanych w 2008 r., wynosząc 245 590 zł, zaś wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa lub ugodą spraw zarejestrowanych w 2006 r., wynosząc 290 000 zł. Najniższe wartości średniej natomiast obserwowane były w obu przypadkach w 2005 r., osiągając odpowiednio 166 560 zł oraz 169 650 zł.



Rysunek 69. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem z punktu widzenia roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

Patrząc natomiast na wyznaczone wartości mediany, które ze względu na dużą zmienność badanego zbioru danych (współczynniki zmienności mieściły się w przedziale 52–190%, a wartości świadczeń istotnie odbiegały od średniej) lepiej opisują zbiór danych, okazało się, że jej wartości były dużo niższe od omawianych wartości średnich.

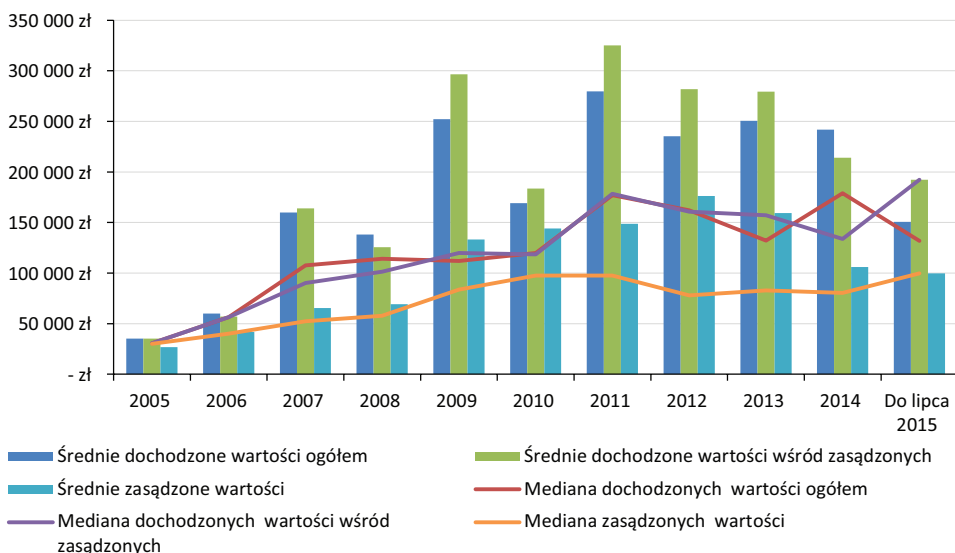
Przeciętna wysokość dochodzonego świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem wyniosła ok. 128 000 zł (wśród wszystkich badanych spraw) i 120 000 zł (wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź zawarciem ugody). W przypadku zaś ostatecznie zasądzonych świadczeń mediana kształtowała się na poziomie 76 300 zł.

Najwyższa wartość mediany dochodzonych świadczeń obserwowana była w 2009 r. wśród wszystkich badanych spraw, wynosząc 179 900 zł, natomiast w 2008 r. 178 500 zł wśród spraw zakończonych poprzez uwzględnienie powództwa w części lub całości bądź zawarciem ugody. Natomiast najwyższe zasądzane

świadczenia odszkodowawcze w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem obserwowane były w 2008 r., gdzie mediana wyniosła ok. 104 000 zł.

W celu sprawdzenia jak zmieniały się w czasie wysokości dochodzonych i zasądanych świadczeń z omawianego zakresu wyznaczono wskaźniki dynamiki zmian mediany oraz średnich wartości świadczeń. Na ich podstawie ustalono, że wysokości średnich dochodzonych wartości świadczeń odszkodowawczych rosły średniorocznie o ok. 3,22%, natomiast ich mediana wzrastała średniorocznie o ok. 1,8%. W przypadku świadczeń zasądanych ich obserwowana zmienność w czasie była różna w zależności od omawianej miary. Okazało się bowiem, że w badanym okresie doszło do spadku wartości zasądanych tego typu świadczeń średniorocznie o ok. 2,5%, natomiast analizując dynamikę zmian mediany, okazało się, że doszło do jej wzrostu średniorocznie o ok. 7%. Oznacza to, że zróżnicowanie dochodzonych i zasądanych świadczeń było bardzo duże, jednakże dało się na ich podstawie uchwycić trend rosnący w zakresie zasądzanych kwot.

Aby sprawdzić, jak prezentują się wyniki z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd, skonstruowano rysunek 70.



Rysunek 70. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądanego świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane zawarte na rysunku 70, można zauważyć, że najwyższa średnia dochodzonych świadczeń w postaci zadośćuczynienia oraz jednorazowego świadczenia odszkodowawczego ogółem dotyczyła spraw, w których postępowanie

sądowe zakończyło się w 2011 r. (wynosząc średnio ok. 279 680–325 020 zł wśród spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa), najniższe wartości natomiast dotyczyły spraw, których rozpatrywanie zostało zakończone w 2005 r. (ok. 35 230 zł). Nieco inna sytuacja widoczna była w przypadku spraw, gdzie zasądzone ww. świadczenia, bowiem najniższa średnia wartość zasądzanych świadczeń dotyczyła spraw zakończonych w 2005 r. (wynosząc średnio ok. 26 880 zł), a najwyższa – zakończonych w 2012 r. (wynosząc średnio ok. 176 190 zł).

Analizując maksymalne dochodzone wartości świadczeń odszkodowawczych z omawianego tytułu, ustalono, że oprócz spraw zakończonych w 2005, 2006 oraz 2015 r., co roku pojawiały się sprawy, których wartość przedmiotu sporu przewyższała lub była równa kwocie 1 miliona złotych. Takie zjawisko nie ma jednak przełożenia na wysokość zasądzanych świadczeń, gdyż taka kwota, jak już zostało to zasygnalizowane, została zasądzona tylko raz w 2010 r.

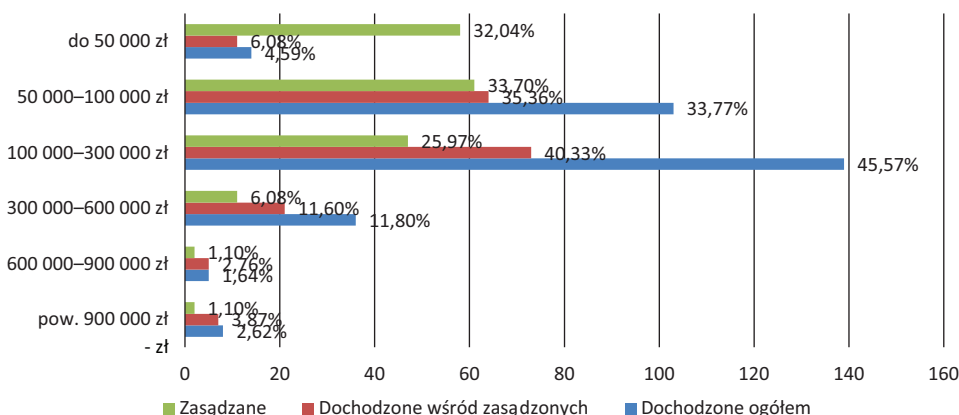
Biorąc powyższe pod uwagę, znów dochodzone jak i zasądzone świadczenia odszkodowawcze charakteryzowały się silnym zróżnicowaniem (współczynnik zmienności w latach 2005–2015 kształtował się między 6% a 188%). Stąd analizie poddano wartości mediany, które, jak się po raz kolejny okazało, były dużo niższe od wyznaczonych wartości średnich, wynosząc w badanym okresie ok. 122 600 zł dla dochodzonych świadczeń ogółem oraz ok. 75 000 zł dla ostatecznie zasądzanych świadczeń.

Wśród dochodzonych świadczeń najwyższa mediana zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem została wyznaczona w 2011 r., osiągając wartość ok. 177 100 zł, najniższa zaś w 2005 r. w wysokości ok. 30 700 zł. Wśród zasądzanych zaś świadczeń najwyższa mediana obserwowana była w 2015 z wynikiem 99 700 zł.

Analizując zmienność w czasie wyznaczonych świadczeń, okazało się, że w badanym okresie zarówno mediana oraz średnia wartość dochodzonych świadczeń odszkodowawczych, wśród spraw, których powództwo zostało rozpatrzone w latach 2005–2015, rosły średniorocznie o ok. 16–18%. Analogicznie rosły również mediana oraz średnia wartość zasądzanych świadczeń (średnie tempo zmian w badanym okresie wyniosło odpowiednio ok. 12% dla mediany oraz 14% dla wartości średniej). A zatem można stwierdzić, że wraz ze wzrostem oczekiwań finansowych z tego tytułu wzrastały także zasądzone świadczenia odszkodowawcze.

Aby sprawdzić, jak kształtowała się struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem w umownie określonych przedziałach wartościowych, skonstruowano rysunek 71.

Z danych zawartych na rysunku 71 wynika, że najczęściej w badanej próbie dochodzono świadczeń o łącznej wartości mieszczącej się w przedziale między 100 000 zł a 300 000 zł (stanowiąc ok. 45% wszystkich spraw). W drugiej kolejności były to sprawy o nieco niższych wartościach mieszczących się w przedziale między 50 000 zł a 100 000 zł (ok. 34%), a w trzeciej – sprawy, których wartość przedmiotu sporu wahała się między 300 000 zł a 600 000 zł (ok. 12%).



Rysunek 71. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem w umownie określonych przedziałach

Źródło: opracowanie własne.

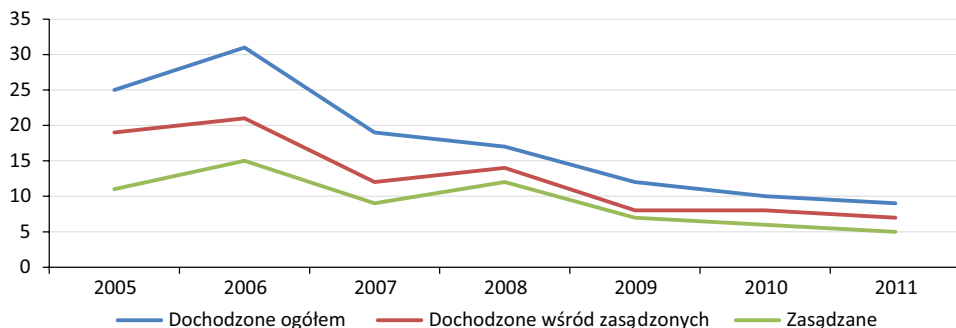
W przypadku zasądzanych wartości ta struktura była nieco inna, bowiem świadczenia te były dużo niższe. Stąd też w pierwszej kolejności dominowały sprawy dotyczące świadczeń mieszczących się w przedziale 50 000–100 000 zł (stanowiąc 34% wszystkich przebadanych spraw), w drugiej – sprawy z przedziału poniżej 50 000 zł (ok. 32%), w trzeciej zaś – sprawy z przedziału 100 000–300 000 zł (ok. 26%).

5.3.5. Odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości

Jak zostało to zasygnalizowane w punkcie 5.2.4, ustalenie odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z zajściem określonego zdarzenia jest jednym z tych roszczeń, które najrzadziej pojawia się w pozwach o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia (z wyjątkiem rent wyrównawczych). Dotyczy ono ok. 40% powództw wnoszonych do rozpatrzenia przez sąd. Niemniej jednak jest to roszczenie bardzo istotne z punktu widzenia poszkodowanego, bowiem daje możliwość (po zakończeniu postępowania sądowego) dochodzenia dalszych ewentualnych świadczeń odszkodowawczych w razie dowiedzenia się o szkodzie mającej związek ze zdarzeniem stanowiącym przesłankę odpowiedzialności w pierwszym postępowaniu sądowym bez konieczności ponownego szczegółowego dowodzenia o odpowiedzialności pozwanego za szkodę w kolejnym postępowaniu sądowym.

Ze względu na to, że w dniu wydawania orzeczenia sądowego nikt nie jest w stanie określić jaka może być wartość takiego świadczenia, roszczenie to obok renty bezterminowej nie pozwala na ustalenie górnej granicy odpowiedzialności finansowej za spowodowanie szkody na pacjencie (przy zastosowaniu prostych metod

matematycznych). Stąd też analiza skoncentrowana została tylko na strukturze wpływu spraw z tego tytułu oraz liczbie zasądzonych świadczeń uwzględniających powództwo w zakresie ustalenia odpowiedzialności na przyszłość (rysunek 72 i rysunek 73).



Rysunek 72. Liczba spraw, w których ustalano odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z wystąpieniem danego zdarzenia niepożądanego według roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizowanych danych ustalono, że średnio co roku w SO w Łodzi w latach 2005–2011 zarejestrowaniu podlegało ok. 18 spraw, w których wnoszono o zasądzenie odpowiedzialności za szkody jakie mogą ujawnić się w przyszłości w związku z wystąpieniem określonych zdarzeń wywołujących szkodę na pacjencie.

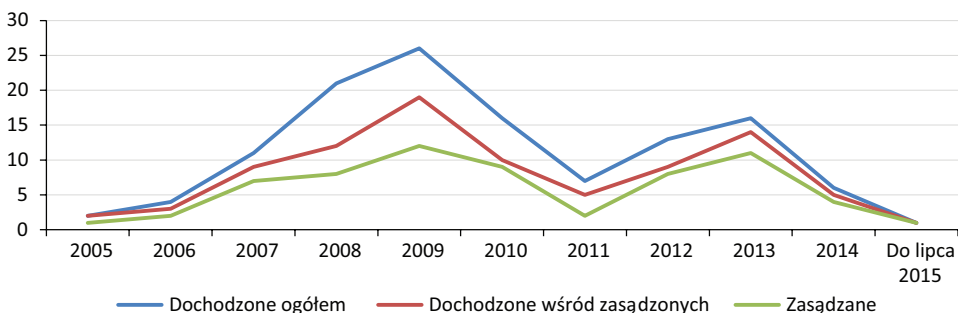
Najwięcej tego typu roszczeń dotyczyło spraw zarejestrowanych w 2006 r. (31 spraw), najmniej zaś w 2011 r. (9 spraw). Analogiczna sytuacja obserwowana była w przypadku zasądzonych świadczeń w postaci odpowiedzialności na przyszłość. Jednakże w tym przypadku liczba spraw, w których zasądzono to świadczenie, była dużo niższa od liczby spraw, w których dochodzono tego świadczenia. Dla spraw zarejestrowanych w 2006 r. zasądzono omawiane świadczenie w jedynie 15 sprawach, a w 2011 r. w pięciu³⁰.

Ponadto zaobserwowano, że im późniejszego okresu rejestracji dotyczyły przebadane sprawy, tym mniej odnotowywano spraw, w których wnoszono o zasądzenie odpowiedzialności na przyszłość. O ile bowiem w latach 2005–2006 wniosek o zasądzenie odpowiedzialności na przyszłość dotyczył odpowiednio 49% oraz 57% wszystkich badanych powództw, o tyle w latach 2010–2011 dotyczył jedynie 25–28% badanych spraw. Tym samym średnio co roku notowano spadek ilości spraw, w których dochodzono tego typu świadczenia, o ponad 15%. W przypadku zaś zasądzonych świadczeń odnotowano spadek liczby orzeczeń sądowych

30 Należy jednak pamiętać, że nie wszystkie sprawy z 2011 r. zostały zakończone prawomocnym orzeczeniem sądowym w momencie kończenia zbierania danych, a zatem liczba ta może ulec jeszcze zwiększeniu.

uwzględniających powództwo w zakresie ustalenia odpowiedzialności na przyszłość, wynoszący co roku ok. 12%.

Patrząc na dane z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania postępowań sądowych (rysunek 73), zaobserwowano, że najwięcej orzeczeń sądowych, w których zasądzono odpowiedzialność na przyszłość, zapadało w 2009 r. (12 orzeczeń), najmniej zaś w 2005 oraz 2015 r. (1 orzeczenie zasądzające tego typu świadczenie). Tym samym liczba spraw, w których dochodzono ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości, charakteryzowała się malejącym średnim tempem zmian wynoszącym ok. 7% rocznie.



Rysunek 73. Liczba spraw, w których ustalono odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z wystąpieniem danego zdarzenia niepożądanego według roku zakończenia rozpatrywania spraw

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, można postawić tezę, że ustalenie odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości nie jest świadczeniem często dochodzonym przez poszkodowanych. Wynikać to może m.in. z trudności w jego dochodzeniu. Niemniej jednak uznać można, że jest to świadczenie ważne z punktu widzenia poszkodowanego, ponieważ zabezpiecza jego ewentualne dalsze roszczenia w przyszłości. Należy zatem pamiętać, że jest to roszczenie, którego skutki będą widoczne dopiero po jakimś czasie.

Aby sprawdzić jak w rzeczywistości fakt zasądzenia odpowiedzialności na przyszłość wpłynął na wartość zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem, w załączniku 1 przeprowadzono krótkie studium wybranych przypadków.

Na podstawie ww. studium przypadków można stwierdzić, że fakt ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z zaistniałym zdarzeniem niepożądanym, w istotny sposób wpływa na wysokość zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem. W pierwszym bowiem badanym przypadku wytoczenie kolejnego powództwa w związku z ujawnieniem się nowej szkody wywołało skutek w postaci wzrostu zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem o ok. 200 000 zł, w drugim przypadku o ok. 100 000 zł, a w trzecim o ok. 150 000 zł. Należy przy tym dodać, że analizowane przypadki charakteryzowały się dużym skomplikowaniem, jak i w większości

dotyczyły szkód, do których doszło na małoletnich pacjentach (przypadek 1 i 3). Ponadto w każdym z nich istotną rolę odgrywało zasądzone świadczenie rentowe, które zostało ustalone bezterminowo. Świadczenie to w każdym z omawianym przypadku podlegało podwyższeniu w związku z ujawnieniem się nowej szkody powstałej w wyniku zajścia zdarzenia, które zostało udowodnione w pierwszym postępowaniu sądowym.

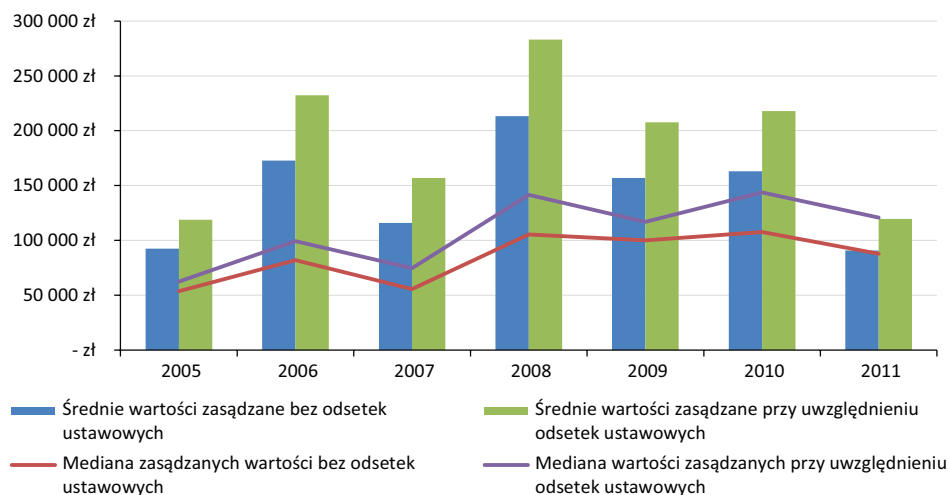
5.3.6. Wartość zasądzonego świadczenia odszkodowawczego ogółem

Z punktu widzenia odpowiedzialności finansowej, jaka ciąży na szpitalach w razie doprowadzenia do szkody na pacjencie, najważniejsze znaczenie ma analiza ostatecznie zasądzanych świadczeń ogółem obejmująca wszystkie rodzaje świadczeń odszkodowawczych uwzględnianych w postępowaniu sądowym, których wartość można było oszacować na dzień uprawomocnienia się orzeczenia sądowego³¹. Na jej podstawie możliwym stało się zbadanie m.in. jak zmieniały się średnie wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych oraz ich mediana w badanym okresie, a także jaki wpływ na ostateczną wysokość zasądzanych świadczeń odszkodowawczych miał np. fakt zasądzenia odsetek ustawowych. Każdy bowiem podmiot biorący udział w postępowaniu musi być świadomy, że takie odsetki mogą być zasądzone, jeśli w pozwie zostały one dochodzone. Odpowiednie porównanie średnich i mediany z punktu widzenia roku sprawozdawczego wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem bez odsetek ustawowych oraz zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem uwzględniających odsetki ustawowe przedstawiono na rysunku 74, zaś z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd na rysunku 75.

Analizując dane z punktu widzenia roku sprawozdawczego, zauważono że najwyższe świadczenia odszkodowawcze ogółem dotyczyły spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w 2008 r., osiągając średnią wysokość ok. 213 170 zł (bez odsetek ustawowych), tj. 282 970 zł (przy uwzględnieniu odsetek ustawowych). Na wynik ten wpływ miały przede wszystkim dwie sprawy, w których zasądzono świadczenie odszkodowawcze ogółem wynoszące ok. 1 milion zł bez odsetek, tj. ponad 1 milion zł z odsetkami. Nieco niższe wartości uzyskano wśród spraw rozpoczętych w 2006 r., osiągając średnie wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem na poziomie odpowiednio 172 840 zł (bez odsetek) oraz 232 330 zł (z odsetkami). Najniższe zaś wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem dotyczyły spraw zarejestrowanych w latach 2011 oraz 2005, osiągając średnie wartości odpowiednio na poziomie 90 840 zł oraz 92 410 zł (bez

31 Dzień uprawomocnienia się orzeczenia sądowego jest dniem, w którym powstaje skutek finansowy za niewłaściwe działania lecznicze podjęte w pozwanym szpitalu, stąd też wszelkie rozważania należało prowadzić również z punktu widzenia roku zakończenia postępowania sądowego.

odsetek ustawowych) przy uwzględnieniu zaś odsetek ustawowych odpowiednio 118 850 zł i 119 710 zł. Sytuacja taka wynikała m.in. z faktu, że sprawy rejestrowane w 2005 r. charakteryzowały się wartością przedmiotu sporu przewyższającą 35 000 zł³². Rok 2011 natomiast charakteryzował się wysokim odsetkiem spraw, których rozpatrywanie nie zostało zakończone na dzień 30 lipca 2015 r., stąd nie mogły podlegać zbadaniu wszystkie sprawy, jakie wpłynęły do SO w tym roku. Oznacza to, że w analizowanym zbiorze spraw z tego roku znalazły się głównie te, których rozpatrywanie zakończyło się w stosunkowo krótkim czasie (średnia oraz mediana czasu rozpatrywania spraw wśród tych, które zostały zarejestrowane w 2011 r. wyniosła 2,7 roku).



Rysunek 74. Średnia oraz mediana wartości zasądzonego świadczenia ogółem bez odsetek ustawowych w porównaniu do wartości zasądzonego świadczenia odszkodowawczego ogółem uwzględniającego zasądzone odsetki ustawowe według roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

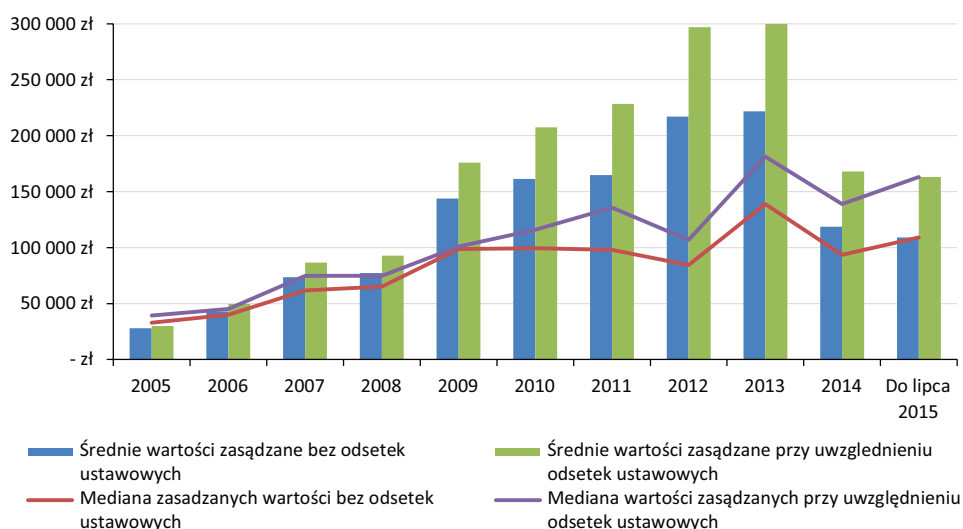
Analogicznie jak w poprzednich przypadkach, tak i tu należy pamiętać, że ze względu na bardzo dużą zmienność analizowanych świadczeń odszkodowawczych (rozpiętość przedziału zmienności zasądzanych kwot określonego wartościami minimalnymi i maksymalnymi w badanym okresie mieściła się w przedziale od 5000 zł do 1 118 500 zł – bez odsetek ustawowych oraz od 5890 zł do 1 560 270 zł – z odsetkami ustawowymi, ponadto współczynniki zmienności osiągnęły wartości między 58% a 173%), lepszą miarą charakteryzującą omawiany zbiór danych będzie mediana.

Porównując wartości mediany zasądzanych świadczeń odszkodowawczych z ich średnią, należy zauważyć, że były one dużo niższe. Najniższa wartość mediany zasądzonych świadczeń ogółem dotyczyła spraw zarejestrowanych w 2005 r.,

32 Do zmian w zakresie przedmiotu sporu odniesiono się w punkcie 3.5.1.

wynosząc jedynie 53 800 zł (bez odsetek ustawowych), zaś 62 600 zł przy uwzględnieniu odsetek – a zatem była ona niższa od wartości średniej aż o ok. 42%. Najwyższa zaś wartość mediany obserwowana była wśród spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w 2008 r., wynosząc odpowiednio 105 400 zł (bez odsetek) i 141 500 zł (z odsetkami) – co oznacza, że była niższa od wartości średnich o ok. 26%.

Patrząc na dane z punktu widzenia zmienności w czasie, ustalono, że co do zasady z roku na rok wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych były coraz wyższe, szczególnie jeśli rozpatrywane były wartości mediany. W przypadku tej miary zaobserwowano bowiem dodatnie średnie tempo zmian w badanym okresie wynoszące rok do roku ok. 8,51% (w stosunku do świadczeń nieuwzględniających odsetek ustawowych) i 11,58% (przy analizie świadczeń uwzględniających odsetki ustawowe).



Rysunek 75. Średnia oraz mediana wartości zasądzonego świadczenia ogółem bez odsetek ustawowych w porównaniu do wartości zasądzonego świadczenia odszkodowawczego ogółem uwzględniającego zasądzone odsetki ustawowe według roku zakończenia rozpatrywania postępowania sądowego

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez SO w Łodzi, można zauważyć (rysunek 75), że najwyższe świadczenia odszkodowawcze ogółem w postaci zadośćuczynienia, jednorazowego odszkodowania oraz skapitalizowanych rent za określony okres, zostały zasądzone w 2013 r., osiągając średnią wartość ok. 221 640 zł (bez odsetek), tj. ok. 314 000 zł (z odsetkami), najniższe zaś zostały zasądzone w 2005 r., wynosząc ok. 27 800 zł (bez odsetek) i 29 960 zł (z odsetkami).

Podobnie jak w poprzednim wariantcie omawiane średnie wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem charakteryzowały się silnym zróżnicowaniem (współczynniki zmienności przyjęły w badanym okresie wartości z przedziału

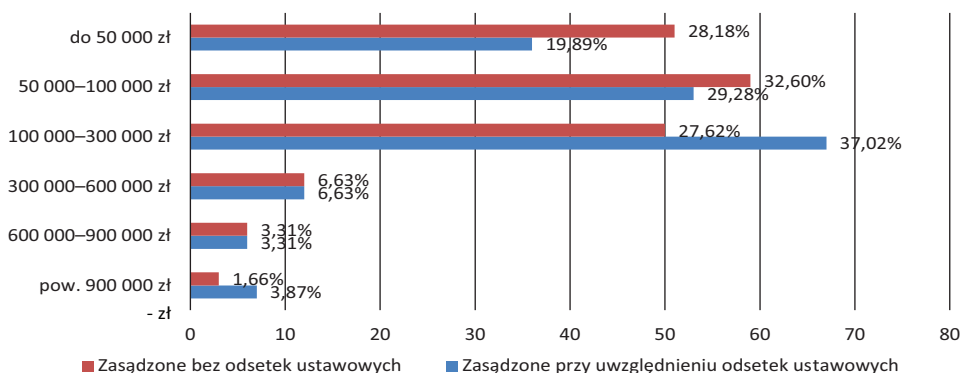
1%–147%), dlatego też uwaga została skoncentrowana na medianie zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem, która lepiej opisuje zbiór danych.

Na podstawie mediany zauważono, że w badanym okresie przeciętnie zasądzanym świadczeniem odszkodowawczym było świadczenie o wartości ok. 84 500 zł (101 130 zł z odsetkami). Najwyższa wartość mediany obserwowana była wśród spraw, których rozpatrywanie zostało zakończone w 2013 r., wynosząc ok. 139 000 zł (bez odsetek), tj. 181 180 zł (z odsetkami ustawowymi). Natomiast najniższe wartości obserwowane były w 2005 r., osiągając ok. 39 200 zł.

Analizując dane pod kątem zmian w czasie, okazało się, że zarówno średnie wartości, jak i mediana zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem z roku na rok były coraz wyższe. Średnie tempo wzrostu w przypadku wartości: średnich wynosiło ok. 15% (w przypadku świadczeń płatnych z odsetkami ok. 18%). Analizując natomiast średnie tempo zmian mediany zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem, okazało się, że obserwowany wzrost był nieco niższy, wynosząc ok. 13% (w przypadku świadczeń nieuwzględniających odsetek ustawowych) oraz ok. 15% (przy uwzględnieniu odsetek ustawowych). Oznacza to, że im późniejszy był rok zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd, tym wyższe wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych były przyznawane.

Biorąc powyższe pod uwagę, można stwierdzić, że wartość zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem z tytułu zajścia szkód na pacjentach zarówno z punktu widzenia roku sprawozdawczego, jak i roku zakończenia rozpatrywania sprawy przez sąd charakteryzowała się systematycznym wzrostem, co jest skutkiem przede wszystkim rosnących roszczeń finansowych ze strony poszkodowanych pacjentów.

Aby sprawdzić jak kształtowała się struktura zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem w badanym okresie, skonstruowano rysunek 76, na którym przedstawiono jaki procent przebadanych spraw dotyczył zasądzanych świadczeń odszkodowawczych z umownie określonego przedziału wartościowego.



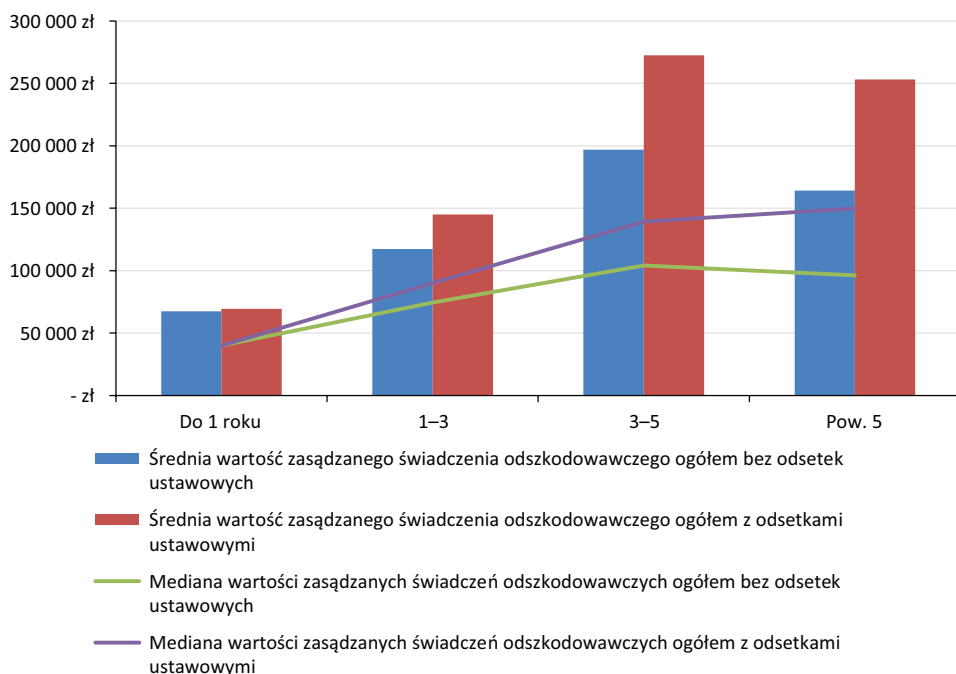
Rysunek 76. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem w umownie określonych przedziałach wyznaczona na podstawie danych z akt SO w Łodzi z punktu widzenia roku sprawozdawczego

Źródło: opracowanie własne.

Analizując rysunek 76, można zauważyć, że w badanej próbie dominowały sprawy, w których zasądzone świadczenia odszkodowawcze bez odsetek ustawowych mieściły się w przedziale między 50 000 zł a 100 000 zł (stanowiąc ok. 32,5% spraw), w drugiej kolejności sprawy, w których zasądzone świadczenia odszkodowawcze nie przekraczały 50 000 zł (28%), w trzeciej zaś sprawy ze świadczeniem odszkodowawczym mieszczącym się między 100 000 zł a 300 000 zł (27,5%). Wyższe świadczenia dotyczyły pozostałych 11% spraw.

Uwzględnienie odsetek ustawowych w określeniu całkowitego zasądzanego świadczenia odszkodowawczego w istotny sposób zmieniło strukturę procentową zasądzanych świadczeń. Najczęściej bowiem w badanej próbie pojawiały się sprawy, w których wartość świadczenia odszkodowawczego wraz z odsetkami mieściła się w przedziale 100 000–300 000 zł (dotycząc ok. 37% spraw), w drugiej kolejności świadczenia z przedziału między 50 000 zł a 100 000 zł (ok. 29% spraw), a dopiero w trzeciej kolejności o wartościach nieprzekraczających 50 000 zł (ok. 20% spraw). Pozostałe sprawy dotyczyły zasądzanych świadczeń przewyższających 300 000 zł (ok. 13% spraw).

Na podstawie zebranych danych zdecydowano także o sprawdzeniu czy długi czas rozpatrywania spraw przez sąd wpływa na wzrost skutków finansowych związanych z wystąpieniem szkód na pacjentach. Aby tego dokonać, skonstruowano rysunek 77.



Rysunek 77. Średnia i mediana wysokości zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem z punktu widzenia czasu rozpatrywania postępowania sądowego

Źródło: opracowanie własne.

Na rysunku 77 wyraźnie widać, że im dłuższy był czas rozpatrywania spraw, tym zasądzane świadczenia odszkodowawcze były wyższe. Najwyższe wartości osiągnęto wśród spraw, których czas rozpatrywania mieścił się pomiędzy 3 a 5 lat, wynosząc średnio ok. 272 385 zł (bez odsetek 196 961 zł). Nieco niższe, choć wciąż wysokie wartości zasądzanych świadczeń ogółem obserwowane były w przypadku spraw, których rozpatrywanie było dłuższe niż 5 lat, wynosząc średnio ok. 253 092 zł (bez odsetek 164 106 zł). Podobne tendencje obserwowane były na podstawie mediany, jednakże w jej przypadku obserwowany wzrost wysokości zasądzanych świadczeń był nieco wolniejszy. A zatem można postawić tezę, że długość czasu rozpatrywania spraw ma wpływ na wysokość zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem.

Opierając się na zebranych danych, dodatkowo w załączniku 2 (studium wybranych przypadków) dokonano krótkiej charakterystyki spraw o najwyższych zasądzonych świadczeniach odszkodowawczych ogółem uwzględniających zasądzone odsetki ustawowe. W charakterystyce wskazano m.in. jakie zdarzenie niepożądane lub ciąg zdarzeń wywołał określoną szkodę oraz jakie świadczenia odszkodowawcze wpłynęły na ostatecznie zasądzoną wysokość świadczenia odszkodowawczego ogółem.

Na podstawie przeprowadzonej wstępnie charakterystyki badanych spraw można sformułować wniosek, że najczęściej wypłata wysokich świadczeń odszkodowawczych związana była z faktem powstania poważnych szkód wywołujących nieodwracalne skutki na zdrowiu pacjenta, które związane były z koniecznością ponoszenia wysokich nakładów finansowych na opiekę nad poszkodowanym. Szkody te dotyczyły przede wszystkim zdarzeń związanych m.in. z opieką okołoporodową lub źle wykonanym zabiegiem porodu bądź też dotyczyły małoletnich poszkodowanych.

Co do zasady w omawianych przypadkach zasądzano takie świadczenia odszkodowawcze, jak: zadośćuczynienie, jednorazowe świadczenie odszkodowawcze czy też rentę bezterminową. Ponadto w wielu przypadkach ustalano odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z zajściem określonego zdarzenia. Oznacza to, że były to przypadki, w których trudno wskazywać górną granicę odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie zasądzonego świadczenia odszkodowawczego.

5.4. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej szpitali jako instrument zmniejszający skutki finansowe występowania szkód na pacjentach

Do najpowszechniej stosowanych instrumentów ochrony szpitali przed negatywnymi finansowymi skutkami, jakie mogą powstać po wystąpieniu szkody na pacjencie, jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (konstrukcja i cechy tego instrumentu zostały omówione w rozdziale 3). Dlatego też postanowiono sprawdzić czy obecnie funkcjonujące obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą dedykowane szpitalom jest w stanie pokryć wszystkie ewentualne roszczenia pacjentów przy założeniu, że w przyszłości mogą pojawić się podobne jak w przedmiotowym badaniu zasadne świadczenia odszkodowawcze ogółem.

Aby tego dokonać w pierwszej kolejności przypomniano, jak zmieniały się wysokości minimalnych sum gwarancyjnych obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, jakie powinny posiadać szpitale w związku z wykonywaniem działalności leczniczej na przestrzeni lat (tabela 31), a następnie sprawdzono jak kształtowała się ich wysokość wyrażona w złotych (tabela 32).

Tabela 31. Minimalne sumy gwarancyjne określone w obowiązkowych ubezpieczeniach OC dedykowanych szpitalom w latach 2008–2021

Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej		Ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą	
2008–2011		2012–2021	
dla jednego zdarzenia	dla wszystkich zdarzeń	dla jednego zdarzenia	dla wszystkich zdarzeń
46 500 euro	275 000 euro	100 000 euro	500 000 euro

Źródło: opracowano na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak zostało to zasygnalizowane w rozdziale 3, obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej jest kształtowane przez stosunkowo krótki okres. Formalnie od 2008 r., kiedy to szpitale zostały zobowiązane do posiadania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jako świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. (Dz. U. 2008, nr 3, poz. 10) ustalono górną granicę odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń za szkody do jakich może dojść podczas wykonywania tej działalności w postaci określonej minimalnej sumy gwarancyjnej

(46 500 euro na jedno zdarzenie oraz 275 000 euro na wszystkie zdarzenia). Od 2011 r. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej zostało zastąpione ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. nr 293, poz. 1729). W ramach tego ubezpieczenia zostały wówczas podniesione wysokości minimalnych sum gwarancyjnych do 100 000 euro na jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia. Należy przy tym podkreślić, że w obu przypadkach minimalne sumy gwarancyjne zostały określone w walucie euro, co oznacza, że ostateczną wartość określa się przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta. A zatem minimalna suma gwarancyjna została poddana ryzyku wahań kursowych, co oznacza, że szpitale co roku ubezpieczane są na inną sumę gwarancyjną.

Analizując wysokość obowiązujących w latach 2008–2021 sum gwarancyjnych przy uwzględnieniu ustalonych kursów euro do złotego (tabela 32), zauważono, że co roku w latach 2008–2021 następował wzrost wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej wyrażonej w złotych o ok. 8% (w przypadku sumy gwarancyjnej wyznaczonej na jedno zdarzenie) oraz ok. 6,61% (dla sumy gwarancyjnej na wszystkie zdarzenia). Średniorocznie w latach 2008–2021 minimalna suma gwarancyjna przyjmowała wartość ok. 318 370 zł (na jedno zdarzenie) i ok. 1 666 600 zł na wszystkie zdarzenia. Najwyższe wartości osiągnęła w 2012 r., wynosząc odpowiednio 446 400 zł na jedno zdarzenie i 2 232 000 zł na wszystkie zdarzenia (kiedy to minimalna wysokość sumy gwarancyjnej została podwyższona i obowiązywał najwyższy kurs euro do złotego).

Biorąc powyższe pod uwagę, wyznaczono liczbę spraw, dla których zasądzone świadczenie odszkodowawcze ogółem (dla spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 i rozpatrzonych do końca lipca 2015 r.) przewyższało ustaloną dla poszczególnego rodzaju obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitali minimalną sumę gwarancyjną na jedno zdarzenie (tabela 33).

Z danych zawartych w tabeli 33 wynika, że wśród wszystkich przebadanych spraw zakończonych uwzględnieniem powództwa w części lub całości bądź też ugodą (tj. wśród 181 przypadków) znalazło się wiele orzeczeń sądowych, w których zasądzone świadczenie ogółem przewyższało wysokość sumy gwarancyjnej określonej w obowiązkowym ubezpieczeniu OC szpitali funkcjonującym w latach 2008–2016. Najniższa minimalna suma gwarancyjna dotyczyła polis zawartych w 2008 r. i wyniosła 167 280 zł. Oznacza to, że wśród wszystkich przebadanych spraw znalazło się aż 57 orzeczeń sądowych, w których suma zasądzonych świadczeń odszkodowawczych przewyższała wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej (na jedno zdarzenie) wyznaczonej w 2008 r.

W latach 2009–2011 w związku z rosnącym kursem euro do złotego wysokość sumy gwarancyjnej była nieco wyższa, co przełożyło się również na liczbę orzeczeń sądowych, których wartość świadczenia odszkodowawczego ogółem przewyższała wyznaczoną sumę gwarancyjną (liczba ta wahała się między 44 a 47 sprawami). A zatem można postawić tezę, że podniesienie sumy gwarancyjnej (prawie

Tabela 32. Wysokości minimalnych sum gwarancyjnych obowiązkowych ubezpieczeń OC dedykowanych szpitalom obowiązujących w latach 2008–2021

Rodzaj ubezpieczenia	Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej					Ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą									
	Lata					2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Średni kurs euro do złotego					4,464	4,0671	4,1631	4,3078	4,2935	4,4157	4,1701	4,3016	4,2571	4,5485
Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	w tys. zł					446,4	406,71	416,31	430,78	429,35	441,57	417,01	430,16	425,71	454,85
	na wszystkie zdarzenia					2232	2033,55	2081,55	2153,90	2146,75	2207,85	2085,05	2150,80	2128,55	2274,25

Źródło: opracowanie własne przy uwzględnieniu średnich kursów euro do złotego publikowanych przez NBP.

Tabela 33. Liczba spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011 w SO w Łodzi, w których zasądzone świadczenie ogółem przewyższa określoną sumę gwarancyjną ustaloną w obowiązkowym ubezpieczeniu OC na jedno zdarzenie w latach 2008–2016

Rodzaj ubezpieczenia obowiązkowego	Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej					Ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą						Średnia
	2008	2009	2010	2011		2012	2013	2014	2015	2016		
Lata												
Suma gwarancyjna przy uwzględnieniu kursu euro do złotego z pierwszego dnia roku w tysiącach złotych	167,28	194	190,3	184,24		446,4	406,71	416,31	430,78	429,35	318,37	
Liczba przebadanych spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011 w SO w Łodzi, w których zasądzone świadczenie ogółem przewyższa określoną sumę gwarancyjną ustaloną w obowiązkowym ubezpieczeniu OC na jedno zdarzenie	57	44	45	47		19	19	19	19	19	23	

Źródło: opracowanie własne.

dwukrotnie) w obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej (do którego doszło w 2012 r.), istotnie przyczyniło się do poprawy bezpieczeństwa finansowego szpitali. Zmiana taka wpłynęła bowiem na liczbę orzeczeń sądowych, w których zasądzone świadczenie odszkodowawcze ogółem przewyższało ustaloną sumę, zmniejszając ją do 19 orzeczeń. Jednakże zmiana ta nie wyeliminowała sytuacji, w której minimalna suma gwarancyjna na jedno zdarzenie nie byłaby w stanie pokryć zasądzzonego świadczenia odszkodowawczego.

Ponadto należy mieć świadomość, że w ramach jednej umowy ubezpieczenia może być zgłoszonych kilka różnych roszczeń. W takim przypadku znaczenia nabiera wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej na wszystkie zdarzenia. Na podstawie zebranych danych z akt szkodowych można stwierdzić, że nie jest to rzadkie zjawisko, bowiem wielokrotnie spotkano się z sytuacją, gdzie w przypadku różnych spraw powoływano się na fakt posiadania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitala o tym samym numerze. Liczba wielokrotnie powtarzanego numeru polisy w analizowanych sprawach została zaprezentowana w tabeli 34.

Tabela 34. Liczba przypadków, w których pojawił się w toku rozpatrywania sprawy ten sam numer polisy ubezpieczenia OC

Sprawy	Częstotliwość pojawiania się tego samego numeru polisy ubezpieczenia OC w badanych sprawach*					
	brak informacji o numerze polisy	1	2	3	4	5
Liczba numerów polis pojawiających się wielokrotnie w trakcie różnych postępowań sądowych	127	153	22	5	3	1

* Ze względu na to, że w jednej sprawie mogło pojawić się kilka pozwanych szpitali, w analizie niekiedy pojawiało się także kilka numerów polis, dlatego też suma liczby numerów polis pojawiających się wielokrotnie oraz spraw, gdzie nie było podanego numeru polisy, przewyższa liczbę równą przeanalizowanych akt (tj. 305).

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 34 można zauważyć, że wśród przebadanych spraw jeden numer polisy wskazywany był aż pięciokrotnie. Oznacza to, że w pięciu różnych postępowaniach sądowych szpital wskazywał na posiadanie ochrony ubezpieczeniowej w związku ze zgłaszanymi szkodami do jakich miałyby dojść w pozwanym szpitalu. A zatem gdyby doszło do uznania wszystkich roszczeń mogłoby się okazać, że minimalna suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia byłaby również niewystarczająca.

Ponadto umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitali charakteryzują się tym, że odpowiedzialność ubezpieczyciela związana jest ze zdarzeniami, do których doszło w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową (*trigger act committed* lub *occurrence*). Sytuacja taka daje zatem możliwość zgłaszania szkód nawet wiele lat po zawarciu umowy ubezpieczenia. Przykład takiego działania został zaprezentowany w tabeli 35.

Tabela 35. Przykład zgłaszania szkód w ramach jednej i tej samej polisy ubezpieczenia OC

Rok obo- wiązywania określonej polisy ubez- pieczenia OC	Rok rejestracji sprawy w SO w Łodzi	Data uprawno- mocnienia się orzeczenia sądowego	Wynik postępowania sądowego	Wartość przedmiotu sporu	Wysokość dochodzonej renty mie- sięcznej	Zasądzone świadczenie odszkodo- wawcze ogółem	Wysokość zasądzonej renty miesięcznej	Przeistakna odpowie- dzialności
2002	2005	2008	uwzględniono po- wództwo w części lub całości	200 000	brak	175 918,3	brak	zaniedbanie w podjęciu leczenia, zakażenie szpitalne
	2005	2010	oddalono powództwo	150 000	1000	0	brak	opóźnienie w udzieleniu pomocy
	2006	2007	oddalono powództwo	200 000	2000	0	brak	zakażenie szpitalne
	2006	2009	uwzględniono po- wództwo w części lub całości	70 000	450	90 221,8	41,67	zakażenie szpitalne
	2011	2014	oddalono powództwo	81 000	brak	0	brak	błąd w sztuce lekarskiej
Razem				701 000	3450	266 140,1	41,67	–

Źródło: opracowanie własne.

Z tabeli 35 wynika, że jeden ze szpitali zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na 2002 r. (jest to przykład umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, bowiem w tym okresie nie istniało obowiązkowe ubezpieczenie OC; ubezpieczenie to posiadało klauzulę *trigger act committed* lub *occurrence*). W trakcie analizowania akt szkodowych okazało się, że w 2005 r. prowadzono dwa różne postępowania sądowe, w których pozywany szpital wskazywał, że powództwo dotyczy ewentualnej szkody, do której doszło w trakcie obowiązywania zawartej polisy w 2002 r. Następnie w 2006 r. zarejestrowano w SO w Łodzi kolejne dwa postępowania oraz w 2011 jeszcze jedno dotyczące tej samej polisy. Ze względu na fakt, że w przypadku szkód na osobie przedawnienie roszczeń nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany **dowiedział się** o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, istnieje prawdopodobieństwo, że w późniejszym okresie mogłyby być zarejestrowane kolejne sprawy dotyczące świadczenia, które pokryłaby polisa. A zatem konstrukcja polisy zawartej przy uwzględnieniu *trigger act comitted* lub *occurrence* może zwiększyć prawdopodobieństwo wyczerpania się minimalnej sumy gwarancyjnej polisy ubezpieczenia, a tym samym wpłynąć na konieczność pokrycia szkody przez szpital z własnych środków.

W takiej sytuacji zauważyć można, że wiele szpitali decyduje się na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zwanej dobrowolnym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Twierdzenie to zdaje się potwierdzać obserwacja kilku szpitali, które charakteryzowały się najwyższą liczbą powództw³³.

Na podstawie informacji publikowanych w ramach ogłoszenia przetargu na zamówienie usługi ubezpieczenia OC określono, że na 8 analizowanych szpitali 6 zdecydowało się na zakup dodatkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (w jednym przypadku nie znaleziono informacji o szczegółach zamówienia). Wśród wszystkich analizowanych szpitali zapytanie ofertowe dotyczyło sum gwarancyjnych wahających się między 200 000 zł a 3 000 000 zł na jedno zdarzenie.

Biorąc pod uwagę powyższe, można stwierdzić, że obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie stanowi w pełni skutecznego instrumentu ochrony przed negatywnymi skutkami finansowymi, jakie mogą powstać w wyniku zajścia szkody na pacjencie. Stąd też dla części szpitali istnieje konieczność poszukiwania dodatkowych form zabezpieczenia przed ryzykiem finansowym związanym z występowaniem szkód na pacjentach. Jednym ze stosowanych rozwiązań jest zakup dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Jednakże, aby sprawdzić, jak realnie kształtuje się ta ochrona, należałoby przeanalizować budżety poszczególnych szpitali – a to nie jest przedmiotem niniejszego opracowania.

33 W przedmiotowym badaniu określono, że analizowane sprawy dotyczyły łącznie szkód, do których dochodziło w 52 szpitalach funkcjonujących na terenie okręgu łódzkiego. Najwięcej pozwów odnosiło się do ośmiu placówek szpitalnych (wśród spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011 każdy z tych szpitali pozywany był co najmniej 11 razy).

Zakończenie

Szpital w systemie ochrony zdrowia zajmuje szczególne miejsce, bowiem stanowi podstawowy system zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wśród wszystkich podmiotów działalności leczniczej wyróżnia się przede wszystkim kompleksowością oferowanych świadczeń składających się z różnych zaawansowanych technologicznie usług terapeutycznych, diagnostycznych, które łączą się z opieką hotelową i ambulatoryjną. Takie skomplikowanie struktury powoduje, że podmioty te muszą zmagać się z wieloma problemami oraz zagrożeniami, które związane są zarówno z prowadzeniem, jak i wykonywaniem działalności leczniczej.

Jednym z istotniejszych problemów, z jakim zmagają się obok szpitali różne podmioty lecznicze, jest powstawanie zdarzeń niepożądanych, które mogą wywoływać wielowymiarowe skutki. Skutki te mogą mieć zarówno charakter ekonomiczny (generować dodatkowe koszty, zarówno po stronie podmiotu leczniczego, jak i po stronie poszkodowanego pacjenta), charakter prawny (rodzić odpowiedzialność prawną podmiotu za wyrządzoną szkodę), charakter społeczny (wpływać na zaufanie społeczne do podmiotów systemu ochrony zdrowia), charakter osobisty (wpływać na życie i zdrowie zarówno osób poszkodowanych, jak i sprawców szkody). Stąd też problem występowania zdarzeń niepożądanych coraz chętniej jest podejmowany przez różne podmioty, z różnych punktów widzenia. Najczęściej problem zdarzeń niepożądanych jest podejmowany w kontekście zarządzania ryzykiem, czy odpowiedzialności prawnej za szkody do jakich doszło w wyniku realizacji zdarzeń.

W niniejszej monografii natomiast spróbowano odnieść się do skutków ekonomicznych, jakie wywołuje realizacja zdarzeń niepożądanych, do których dochodzi zarówno po stronie podmiotu leczniczego, jakim jest szpital, oraz poszkodowanego. Stąd na wstępie do niniejszej pracy sformułowano cel główny, którym była ocena zasądzanych świadczeń będących następstwem finansowych roszczeń odszkodowawczych powstałych w wyniku zajścia szkód na pacjencie w szpitalach oraz pięć celów szczegółowych. Dodatkowo postawiono dwa pytania badawcze oraz wyznaczono trzy hipotezy szczegółowe.

Dojście do realizacji wyznaczonych celów było bardzo trudne, ponieważ badana materia była skomplikowana i wielowymiarowa. Dotyczyła najważniejszych dóbr, jakie posiada każdy człowiek, czyli życia i zdrowia, które może być zaburzone poprzez fakt wystąpienia zdarzenia niepożądanego w szpitalu, powodującego szkodę. Stąd też łączyła w sobie trzy niezwykle wymagające dziedziny nauki, jakimi są: prawo, medycyna oraz nauki ekonomiczne. Każda z nich posługuje się swoją terminologią, dokonuje własnej oceny występowania zdarzeń niepożądanych. Dlatego też należało zastosować się m.in. do obowiązujących przepisów oraz nazewnictwa funkcjonującego w tych trzech dziedzinach.

Biorąc powyższe pod uwagę, pomimo wszelkich trudności, jakie napotkano podczas prac nad niniejszą monografią, na podstawie przeprowadzonych rozważań można uznać, że wszystkie wyznaczone cele zostały zrealizowane w całości. Dodatkowo studia literaturowe oraz analiza zebranego materiału empirycznego pozwoliły sformułować wnioski.

W pierwszej kolejności należy pamiętać o roli i miejscu szpitali oraz innych podmiotów leczniczych w polskim systemie ochrony zdrowia, a także o tym jak duży wpływ na jego funkcjonowanie wywiera otoczenie polityczne. Jak pokazano podmioty te w okresie ostatnich 30 lat przechodziły wiele reform, które wpływały m.in. na status tych podmiotów w ochronie zdrowia, formę prawną wyznaczającą zakres odpowiedzialności za swoje działania, czy też wpływały na sposób finansowania tych podmiotów.

Na podstawie przeprowadzonych badań pośrednio można zauważyć, że z roku na rok wzrasta liczba osób świadomych swoich praw i obowiązków. Dowodem tego jest m.in.: obserwowany wzrost liczby osób kontaktujących się np. z biurem RPP w celu uzyskania informacji o swoich prawach, wzrost wpływu spraw do OROZ, którzy odpowiedzialni są m.in. za wykonywanie czynności sprawdzających i prowadzenie postępowania wyjaśniającego w sprawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy, czy też stale wysoki odsetek spraw wpływających do Sądów Cywilnych o odszkodowanie za szkody do których doszło w wyniku działania podmiotów leczniczych.

Najczęściej sprawy, jakimi zajmują się ROZ, dotyczą faktu wystąpienia uszkodzenia ciała u pacjenta lub powikłań chorobowych bądź też nieetycznych zachowań lekarzy. W konsekwencji część z wpływających spraw do ROZ kierowana jest do SL, który z roku na rok zajmuje się coraz to większą liczbą spraw (średnio co roku obserwowany wzrost wynosi ponad 10%). Taka sytuacja przyczynia się do wzrostu liczby lekarzy, którzy co roku są obejmowani wnioskami o ukaranie przez sąd lekarski w postaci upomnienia, nagany, kary pieniężnej czy też zakazem pełnienia funkcji kierowniczych lub zawieszeniem prawa do wykonywania zawodu lekarza.

Obserwowany wzrost świadomości społecznej w zakresie realizowanych usług leczniczych w konsekwencji powoduje falę roszczeń kierowanych w stosunku do różnych podmiotów leczniczych, w szczególności zaś do szpitali. Fala ta jest ograniczana poprzez tworzenie barier w postaci m.in.:

- długiego czasu rozpatrywania spraw, który jest uzależniony m.in. od skomplikowania sprawy, ilości biegłych sądowych, jakich należy zaangażować do oceny przypadków i innych;
- występowania wysokich kosztów sądowych, jakie w toku postępowania będzie musiał na bieżąco pokrywać poszkodowany, a także
- uzależniona od determinacji poszkodowanego w dochodzeniu odpowiedzialności za doznaną szkodę, zaś w razie jego śmierci determinacji członków rodziny w dochodzeniu odpowiedzialności – w wielu przypadkach rezygnują oni z kontynuacji toczącego się postępowania.

Jednakże pomimo istniejących barier, co roku do sądów powszechnych w Polsce wpływa ok. 800 spraw z tytułu zajścia szkód osobowych na pacjentach. Jednym z wiodących ośrodków w tej problematyce jest okręg łódzki (średnio co roku ok. 10% wszystkich spraw wpływających do sądów powszechnych rozpatrywanych jest w okręgu łódzkim). Stąd też uznać można, że uzyskane wyniki przeprowadzonych analiz można w sposób ostrożny uogólnić dla całej Polski. Ugruntowana pozycja okręgu łódzkiego jako jednego z ważniejszych ośrodków rozpatrujących sprawy z tytułu zajścia szkód osobowych na pacjentach, do których doszło podczas wykonywania działalności leczniczej, może wpływać np. na wzrost zainteresowania usługami prawnymi w zakresie szkód medycznych świadczonymi przez adwokatów łódzkich, mających większe doświadczenie w ich procedowaniu.

Warto również zauważyć, że na podstawie przeprowadzonych badań oraz badań CMJ okazało się, że sprawy dotyczące zdarzeń niepożądanych, do których dochodzi w szpitalach, są procesami o dużym stopniu skomplikowania stanu faktycznego, a co za tym idzie wiążą się z długim czasem trwania postępowania oraz wysokimi roszczeniami finansowymi, w których najwyższym składnikiem rekompensaty jest zadośćuczynienie.

Obok zadośćuczynienia, jednym z istotniejszych roszczeń z punktu widzenia poszkodowanego może być ustalenie odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości. Jak zostało to udowodnione, fakt ustalenia takiej odpowiedzialności w sentencji wyroku wyraźnie wpływa na wysokość zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem. Jednakże należy pamiętać, że jest to roszczenie, którego bardzo trudno dochodzi się w sądzie.

Na podstawie przeprowadzonych rozważań udało się odpowiedzieć na wszystkie zadane pytania oraz zweryfikować wszystkie postawione we wstępie hipotezy badawcze.

Pytanie pierwsze było skoncentrowane na sprawdzeniu w jakich podmiotach leczniczych najczęściej dochodzi do powstania szkód na pacjentach. Z przeprowadzonych analiz akt spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi z tytułu wystąpienia szkód na pacjentach wynika, że najczęściej do zdarzeń niepożądanych wywołujących szkodę na pacjentach dochodzi podczas leczenia w szpitalach.

Na podstawie przeprowadzonej analizy ustalono, że blisko 90% spraw rejestrowanych w SO w Łodzi z tytułu szkód na pacjentach dotyczyło szkód, do których dochodziło w szpitalach, z czego ponad połowa (tj. ok. 54%) kończyła się poprzez

realizację roszczeń finansowych (w części lub całości) w postaci zasądzenia odpowiedniego świadczenia odszkodowawczego przez sąd.

Drugie pytanie badawcze dotyczyło określenia jakie zdarzenia niepożądane najczęściej powodują odpowiedzialność cywilną szpitala za szkody wyrządzone pacjentom.

Z przeprowadzonych badań wynika, że wśród wszystkich wymienionych w badaniu zdarzeń niepożądanych jako najczęściej wywołujące szkodę na pacjencie w szpitalu zidentyfikowano zakażenie szpitalne, błąd medyczny oraz zaniedbania w podjęciu leczenia. Zakażenie było przedmiotem sporu 44% przebadanych wszystkich spraw, błąd medyczny 41%, a zaniedbanie 30%. Wśród wszystkich spraw, w których wskazywano na ww. zdarzenia niepożądane zdecydowana większość powodztw zakończyła się ich uwzględnieniem w części lub całości bądź też poprzez zawarcie ugody. W przypadku szkód wywołanych zakażeniem szpitalnym takie wyroki zapadły w ok. 72% przebadanych spraw z tego tytułu, w przypadku zaniedbania w podjęciu leczenia 54% spraw. Największe trudności w dochodzeniu swoich racji mieli poszkodowani, którzy powoływali się na fakt wystąpienia błędu medycznego – tu bowiem jedynie 47% powodztw kończyło się uwzględnieniem powodztwa w części lub całości, a 5% poprzez zawarcie ugody.

Pierwsza hipoteza szczegółowa stanowiła, że wartość świadczeń zasądzanych z tytułu szkód na pacjentach systematycznie wzrasta i jest niższa od roszczeń odszkodowawczych kierowanych przez poszkodowanych.

Na podstawie przeprowadzonego badania pogłębiona analiza z wykorzystaniem wskaźników zmienności wartości średnich oraz mediany zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w badanym okresie wykazała faktyczny wzrost wartości zasądzanych świadczeń odszkodowawczych. Rosnące tempo zmian wynosiło średnio co roku ok. 18,42% (w przypadku wartości średnich) oraz 15,32% (w przypadku wartości mediany). Jednakże obserwowane tempo zmian było różne w zależności od tego jaki rodzaj świadczenia odszkodowawczego był rozpatrywany.

Obserwowany wzrost zasądzanych świadczeń wynikał przede wszystkim z dwóch przesłanek: po pierwsze rosnących z każdym rokiem roszczeń finansowych poszkodowanych w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego za szkodę – szczególnie wzrost ten widoczny był w przypadku wyznaczonej mediany (sięgając średnio co roku ok. 8,5%), drugim powodem natomiast były rosnące koszty różnego rodzaju usług rehabilitacyjnych czy też produktów leczniczych, które są wykorzystywane w procesie rehabilitacyjnym po zajściu określonego zdarzenia niepożądanego wywołującego szkodę na pacjencie. Najczęściej bowiem zgłaszaną szkodą, jakiej doznaje pacjent, jest rozstrój zdrowia, który często przybiera postać trwałą, powodując duże uszczerbki.

Ponadto na podstawie przeprowadzonych rozważań wykazano, że wartości średniej oraz mediany zasądzanych świadczeń odszkodowawczych (bez względu na to jaki rodzaj świadczenia był omawiany) co roku są dużo niższe od średniej i mediany wartości kierowanych roszczeń odszkodowawczych.

Druga hipoteza szczegółowa dotyczyła stwierdzenia, że długi czas rozpatrywania spraw w SO powoduje zwiększenie skutków finansowych związanych z wystąpieniem szkód na pacjentach.

Przeprowadzona analiza danych pozwoliła ustalić, że wraz ze wzrostem czasu trwania postępowania sądowego rosła wysokość zasądzanych świadczeń odszkodowawczych, a najwyższe świadczenia odszkodowawcze były zasądzone w przypadku spraw, których czas rozpatrywania mieścił się w przedziale między 3 a 5 lat bez względu na to, czy były one rozpatrywane przy uwzględnieniu odsetek ustawowych, czy też nie. Stąd uznać należy, że czas jest istotnym czynnikiem wpływającym na zwiększenie skutków finansowych związanych z wystąpieniem szkód na pacjentach.

Ostatnią zaś badaną hipotezą była trzecia hipoteza szczegółowa, stwierdzająca, że obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie stanowi wystarczającego instrumentu zarządzania ryzykiem finansowym związanym z wystąpieniem szkód na pacjentach.

Na podstawie przeprowadzonego badania należy stwierdzić, że obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej szpitali w kształcie, jaki obowiązuje od 2011 r., stanowi skuteczny instrument zarządzania ryzykiem związanym z finansowymi skutkami wystąpienia szkód na pacjentach, ale tylko w przypadku gdy jest ono uzupełnione poprzez zawarcie dodatkowej umowy dobrowolnego ubezpieczenia OC, oraz jeśli dotyczy podmiotów, w stosunku do których rzadko kierowane są roszczenia finansowe.

Wśród przebadanych akt sądowych dość często spotykano się z zasądzanymi świadczeniami odszkodowawczymi, które po uwzględnieniu m.in. odsetek ustawowych oraz skapitalizowanych rent za określony okres przewyższały wysokość ustalonej minimalnej sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie w obowiązkowym ubezpieczeniu OC (ok. 10% spraw, w których uwzględniono powództwo w części lub całości bądź też zawarto ugodę). Dlatego też ważnym jest, aby placówki szpitalne, mając świadomość zagrożenia, wykupywały również dodatkowe umowy ubezpieczenia dobrowolnego.

Też tę zdają się potwierdzać przede wszystkim duże placówki szpitalne, które rzeczywiście nabywają tego typu ubezpieczenia. Wraz ze wzrostem liczby leczonych pacjentów wzrasta bowiem ryzyko występowania szkód na pacjentach, a tym samym widoczny jest wzrost liczby kierowanych pozwów przeciwko tym placówkom, który to może przełożyć się na powstanie negatywnych skutków finansowych przewyższających ustalone wysokości minimalnych sum gwarancyjnych w obowiązkowym ubezpieczeniu OC szpitali. Stąd też obserwowane jest większe zainteresowanie umowami dobrowolnymi niż w mniejszych ośrodkach charakteryzujących się mniejszą ilością toczących się spraw w sądzie.

Podsumowując, należy podkreślić, że pomimo wniesionego wysiłku podjęta problematyka nie została wyczerpana, bowiem należałoby zbadać również takie aspekty, jak: wpływ zasądzanych świadczeń odszkodowawczych na wynik finansowy określonego szpitala; wpływ wypłaconych świadczeń odszkodowawczych

z polis ubezpieczenia OC szpitali na wynik finansowy zakładów ubezpieczeń (ubezpieczenie OC jest ubezpieczeniem trudnym, które wobec rosnących roszczeń odszkodowawczych może notować ujemny wynik finansowy dla zakładu ubezpieczeń); znalezienie powszechnie akceptowanych metod szacowania świadczeń odszkodowawczych, jakich mogą dochodzić poszkodowani – obecnie bowiem nie ma żadnych standardów w jakich mogą poruszać się poszkodowani oraz sądy co sprawia, że dochodzone świadczenia odszkodowawcze są ustalane w większości przypadków intuicyjnie, wpływając na zróżnicowanie dochodzonych świadczeń; dokonanie obserwacji pacjentów po wystąpieniu określonych zdarzeń niepożądanych w szpitalach w zakresie ich jakości życia, a także dalszego trwania życia; zbadanie przyczyn wysokiej roszczeniowości pacjentów w porównaniu z zasądzanymi ich wielkościami. Jednakże ze względu na istotę tych zagadnień powinny stać się one przedmiotem nowych opracowań.

Bibliografia

Literatura przedmiotu

- Aranaz J.M., Aibar C., Gea M.T., Leon M.T., *Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica*, „Medicina Clínica” 2004, vol. 123(1), s. 21–25.
- Augustyn R., *Zarys metodyki obrony lekarza w postępowaniu karnym w sprawach o błąd medyczny*, Wydawnictwo i Drukarnia UNI-DRUK, Poznań 2010.
- Banaszczyk Z., Serwach M., *Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji*, [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
- Bañeres J., Orrego C., Suñol R., Ureña V., *Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores*, „Calidad Asistencial” 2005, vol. 20(4), s. 216–222.
- Bañeres J., Caverio E., López L., Orrego C., Suñol R., *Sistemas de registro y notificación de incidents y eventos adversos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- Bartkowiak M., *Instrumenty pochodne: wprowadzenie do inżynierii finansowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2019.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3, s. 26–45.
- Białecki M., *Mediacja w postępowaniu cywilnym*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2004.
- Bieńkowska E., *O potrzebie ujednolicenia regulacji dotyczących mediatorów i mediacji w systemie polskiego prawa*, [w:] L. Mazowiecka (red.), *Mediacja dla każdego*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 123–132.
- Błaszczak Ł., *Wiadomości wstępne i wprowadzenie do nauki postępowania cywilnego*, [w:] Ł. Błaszczak, I. Gil, E. Rudkowska-Ząbczyk, E. Marszałkowska-Krześ (red.), *Postępowanie cywilne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 1–30.
- Boratyńska M., *Błąd w sztuce medycznej jako podstawa odpowiedzialności*, „Poradnik Stomatologiczny” 2010, nr 4, s. 147–149.

- Borda M., *Ryzyko zarządzania finansami w zakładach ubezpieczeń na życie*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2006.
- Bromber P., Hady J., Lachowska H., Leśniowska-Gontarz M., Szaban D., Ślusarczyk B., Zdanowska J., *System Ochrony Zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo CeDeWu Sp z o.o., Warszawa 2015.
- Broniewska G., *Systemy zarządzania jakością w opiece zdrowotnej*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003, t. 5, nr 6, s. 39–48.
- Bróz O., *Prawne uregulowania wykonywania zawodów medycznych jako część systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza. Prawo” 2020, nr 28(110), s. 25–39.
- Byczko S., *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu*, Difin, Warszawa 2013, s. 184.
- Capik M., Capik M., *Odpowiedzialność cywilna w zawodzie lekarza*, „Lekarz Polski” 2002, nr 52(81), s. 18–19.
- Cerecedo Cortina V., *Iatrogenia y error médico*, „Revista Médica del Hospital General de México” 1997, vol. 60(2), s. 75–83.
- Chmielowiec B., *Przedawnienie roszczeń rentowych w ramach ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnoprawnej sprawcy szkody*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2013, nr 52, s. 17–22.
- Chmielowiec B., *Renta na zwiększone potrzeby w świetle orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2011, nr 46, s. 11–13.
- Cichońska D., Gabrys E., *Zarządzanie ryzykiem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polityka Zdrowotna – Polityka zdrowotna i system ochrony zdrowia w Polsce” 2006, t. 6, s. 95–104.
- Ciura G., *Problemy szpitalnictwa publicznego w okresie zmian w ochronie zdrowia*, „Studia BAS” 2008, nr 12: *Varia. Wybrane zagadnienia społeczne i gospodarcze*, s. 157–178.
- Constitution of the World Health Organization*, Basic document, 48th edition, World Health Organization, 2014.
- Corrigan J., Donaldson M., Kohn L., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academies Press, Washington 2000.
- Cudna-Wagner A., *Odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczyciela*, Kodeks, Warszawa 2002.
- Cwalińska-Weychert Z., *Szkoda i niepełnosprawność w ubezpieczeniowym postępowaniu odszkodowawczym*, [w:] H. Kaflak-Januszkowski, D.M. Fal (red.), *Szkoda na osobie – perspektywa sądu, poszkodowanego, ubezpieczyciela*, Wydawnictwo PIU, Warszawa 2016, s. 11–20.
- Daszewski A., *Zadośćuczynienie za szkody niemajątkowe z art. 445 §1 k.c. oraz art. 446 §4 k.c.*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2010, nr 9(2), s. 34–45.
- Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Municipium SA, Warszawa 2005.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Dobińska Ż., *Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2014, nr 2(39), s. 172–175.

- Dobska M., *Interpretacja jakości w usługach medycznych*, [w:] M. Dobska (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 117–140.
- Dobska M., *Kluczowa rola zarządzania personelem organizacji świadczących usługi medyczne*, [w:] M. Dobska (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 171–188.
- Dobska M., *Miejsce organizacji świadczących usługi medyczne w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] M. Dobska (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 3–36.
- Domański J., *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach non profit*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 40(1), s. 5–29.
- Drobnik J., Trnka J., Susło R., Steciwo A., *Nowa kategoria błędu medycznego – błąd informacyjny*, „Medicine and Primary Care Review” 2009, nr 3(11), s. 593–594.
- Drozdowska U., *Elementy konstrukcyjne stosunku zobowiązaniowego*, [w:] U. Drozdowska, M. Pannert, P. Konik, T. Mróz (red.), *Zobowiązania*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2014, s. 14–84.
- Drozdowska U., *Problematyka podstaw odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia*, „Radca Prawny” 2002, nr 3, s. 20–33.
- Dudzik-Urbaniak E., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Piotrowski M. (red.), *Program Akredytacji. Szpitale – zestaw standardów*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009.
- Elder N.C., Dovey S.M., *Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature*, „The Journal of Family Practice” 2002, vol. 51(11), s. 927–932.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000.
- Filar M., *Odpowiedzialność karna lekarza*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 106–235.
- Filar M., *Odpowiedzialność zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów zbiorowych*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004.
- Filar M., *O odpowiedzialności lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej w ogólności*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 13–19.
- Fiutak A., *Klasyfikacja błędów medycznych*, „Medycyna Rodzinna” 2010, nr 2, s. 50–55.
- Fiutak A., *Odpowiedzialność cywilna lekarzy*, [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy, przykłady, orzecznictwo*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 169–254.
- Gabrys E., *Zarządzanie ryzykiem w szpitalach publicznych w Polsce*, [w:] R. Holly, J. Suchecka (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź–Warszawa 2009.

- Gardocka T., Jagiełło D., *Pandemia COVID-19 a prawa i wolność obywatela*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2020.
- Gasińska M., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] J. Monkiewicz, *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2: *Produkty*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2001.
- Gasińska M., *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia*, [w:] R. Holly (red.), *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 1999, s. 277–299.
- Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, K. Tymowska (red.), M. Jakubiak, T. Żukowski (tłum.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Giętkowski R., *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013.
- Goettel M., *Podmioty postępowania cywilnego*, [w:] M. Goettel, A. Bieliński, J. Piszczek, *Elementarny kurs postępowania cywilnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2007, s. 29–49.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C., *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C., *Raport: Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002, nr 52.
- Granecki P., *Obiektywizacja odpowiedzialności deliktowej (uwagi systemowe na tle odpowiedzialności za szkody medyczne)*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 18(7), s. 41–55.
- Grego-Hoffmann M., *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego*, PRESSCOM, Wrocław 2013.
- Gruszczyński M., *Wprowadzenie do mikroekonometrii*, [w:] M. Bazyl, M. Gruszczyński, M. Książek, M. Owczarczuk, A. Szulc, A. Wiśniowski, B. Witkowski, *Mikroekonometria. Modele i metody analizy danych indywidualnych*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Habryn-Chojnacka E., *Wspieranie polubownych metod rozwiązywania sporów. Komentarz praktyczny*, Portal Lex, nr 270722.
- Hadyniak B., *O niepewności, potrzebach i ryzyku*, [w:] J. Monkiewicz, L. Gąsioriewicz (red.), *Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 13–30.
- Hadyniak B., *Przewidywalność, wartość i ryzyko*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 15–42.
- Hadyniak B., *Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie*, [w:] B. Hadyniak, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, t. 1, s. 31–52.
- Hauck K., Zhao X., Terri J., *Adverse event rates as measures of hospital performance*, „Health Policy” 2012, vol. 104, s. 146–154.
- Heath S., *Risk Management and Medical Liability – A Manual for Indian Health Service and Tribal Health Care Professionals*, Office of Clinical and Preventive Services, Indian Health Service, Headquarters April 2006.

- Holly R., *Strategie zarządzania ryzykiem – postawy wobec ryzyka*, „Zarządzanie Ryzykiem” 2002, nr 3(11), s. 23–31.
- Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź–Warszawa 2009.
- Hyla A., *Istota zadośćuczynienia oraz czynniki wpływające na jego wysokość*, „Studia Prawnicze” 2020, nr 2(222), s. 104–121.
- Hyski M., *Ubezpieczenia jako instrument finansowej kontroli ryzyka*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie” 2017, z. IX, s. 109–121.
- Informacja o wynikach kontroli. Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów*, 2018, Najwyższa Izba Kontroli, nr Ewidencyjny 163/2018/P/18/057/KZP.
- Jachowicz R., *Zarys technologii współczesnego szpitala*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1970.
- Janowski A., *Ekonomiczne aspekty ubezpieczeń*, Wydawnictwa Uczelniane Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2013.
- Jasińska-Biliczak A., *Certyfikacja i akredytacja – narzędzia doskonalące zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Logistyka” 2014, nr 5, s. 1854–1859.
- Jędrejek G., *Dochodzenie roszczeń związanych z mobbingiem, dyskryminacją i molestowaniem*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2017.
- Jurek T., *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Jurek T., Świątek B., Golema W., *Zdarzenia niepożądane a błąd medyczny*, [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki (red.), *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Komitet Ergonomii przy Prezydium PAN, Kraków 2010, s. 141–148.
- Jurgielewicz-Delegacz E., Sierocka I., Witoszko W., Żywolewska K., *Odpowiedzialność w prawie pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2018.
- Kaczmarek T.T., *Podstawowe zasady interdyscyplinarnego zarządzania ryzykiem*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2011, nr 1–2, s. 37–56.
- Kaczmarek T.T., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem*, Difin, Warszawa 2008.
- Karaszewski G., art. 444, [w:] J. Ciszewski, P. Nazaruk (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Karaszewski G., art. 446, [w:] J. Ciszewski, P. Nazaruk (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Karkowska D., *Charakterystyka Wojewódzkich Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, [w:] Karkowska D., Chojnacki J., *Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Karkowski T., *Restrukturyzacja szpitali*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Karmańska A., *Ryzyko w rachunkowości*, Difin, Warszawa 2008.
- Kautsch M., Lewandowski R., *Rynek certyfikacji placówek ochrony zdrowia w Polsce*, „Problemy Jakości” 2009, nr 4(41), s. 23–26.

- Kautsch M., Lewandowski R., *System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 3, s. 11–16.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Klich J., *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Klucz D., *Odpowiedzialność pracownicza a ochrona interesów pracodawcy*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk 2004.
- Kmieciak R., *Samorząd zawodowy w strukturze administracyjnej państwa*, [w:] R. Kmiecik (red.), *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe WNPiD UAM, Poznań 2010, s. 23–31.
- Kmieciak R., *Ustrój i zadania samorządu zawodowego*, [w:] S. Wykrętowicz (red.), *Samorząd w Polsce. Istota, formy, zadania*, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2004, s. 113–230.
- Knoppek K., *Postępowanie cywilne*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015.
- Kokot-Stępień P., *Identyfikacja ryzyka jako kluczowy element w zarządzaniu ryzykiem w przedsiębiorstwie*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, t. 1, nr 855(74).
- Kolasińska J., *Rozwój pielęgniarstwa – powstanie i rozwój zawodu, profesjonalizacja i unaukowanie*, „W Cieniu Czepka” 2009, nr 5(211).
- Kolwitz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, nr 56(3), s. 131–146.
- Kopce D., Kabir M., Reinharth D., Rothschild O., Castiglione J., *Human errors in medical practice: Systematic classification and reduction with automated information system*, „Journal of Medical Systems” 2003, vol. 27(4), s. 297–313.
- Kordel P., Kordel K., *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w okresie II Rzeczypospolitej*, „Medyczna Wokanda” 2012, nr 4.
- Korytkowska D., *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2012, nr 274, s. 61–70.
- Korytkowska D., *Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia niepożądanego i choroby jatrogennej – rozważania terminologiczne*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2013, nr 296, s. 55–69.
- Korytkowska D., *Roszczenia odszkodowawcze wobec podmiotów leczniczych w świetle spraw wpływających do sądów okręgowych w Polsce*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 500.
- Korytkowska D., *Rozwój obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej w służbie zdrowia*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica” 2016, nr 318: *Ochrona zdrowia – aspekty ubezpieczeniowe i finansowe*, s. 65–78.
- Korytkowska D., *System raportowania niepożądanych zdarzeń jako instrument zarządzania ryzykiem w jednostkach prowadzących działalność leczniczą*, [w:] W. Sułkowska (red.), *Rynek ubezpieczeń. Współczesne problemy*, Difin, Warszawa 2013, s. 60–73.

- Kowalewski E., *Istota ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, „Prawo Asekuracyjne” 2002, nr 3(32), s. 3–24.
- Kowalewski E., *Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 k.c. – konsekwencje prawne i praktyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2003, nr 4(37), s. 13–20.
- Kowalewski E., Mogiński W.W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1(70), s. 3–24.
- Kowalski M., Gaweł A., *Zdrowie – wartość – edukacja*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Kozłowski S., *Organizacja szpitali w Polsce*, wyd. 2, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1964.
- Krajewski M., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej według Kodeksu cywilnego*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Opracowania tematyczne OT-625, Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, Warszawa, listopad 2013.
- Krawczyk-Sołtys A., *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, „Studia i Monografie” 2013, nr 485.
- Krześ S., *Odpowiedzialność cywilna lekarza*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 20–48.
- Krześ S., *Odpowiedzialność lekarzy przed sądami lekarskimi*, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 270–286.
- Które zawody poważamy?*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2019.
- Kubiak R., *Zasady odpowiedzialności karnej lekarza*, „Gazeta Lekarska. Pismo Izb Lekarskich” 2012, nr 4, s. 28–29.
- Kulesza M., *Pojęcie zawodu zaufania publicznego*, [w:] S. Legat, M. Lipińska (red.), *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu, Warszawa 2002, s. 25–32.
- Kulik T., Pacian J., Pacian A., *Prawne podstawy odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2010, nr 8(2), s. 96–100.
- Kumpiałowska A., *Praktyczne narzędzia zarządzania ryzykiem w jednostkach sektora publicznego*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2015.
- Kunicki I., *Środki zaskarżenia*, [w:] W. Broniewicz, A. Marciniak, I. Kunicki, *Postępowanie cywilne w zarysie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 313–351.
- Kwiecień I., *Umowa i stosunek ubezpieczenia*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 53–74.
- Laskowska I., *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.

- Lewandowski R.A., *Kontrola w zarządzaniu zmianą*, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 170–171.
- Lisiecka-Biełanowicz M., *Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2016.
- Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1998.
- Luengas Amaya S., *Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos*, „Centro de Gestión Hospitalaria, Via Salud” 2009, vol. 48, s. 6–21.
- Łaska-Formejster A., *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- Majchrowska A., *Rola społeczna lekarza w okresie przemian systemowych*, [w:] E. Anczyk (red.), *Praca i powołanie. Wyzwania zawodu lekarza*, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec 2011, s. 95–106.
- Majewska A., *Instrumenty pochodne jako narzędzie wspomagające zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Volumina, Szczecin 2013.
- Marciniak A., *Rozprawa. Ugoda sądowa*, [w:] W. Broniewicz, A. Marciniak, I. Kunicki, *Postępowanie cywilne w zarysie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 253–263.
- Marek Z., *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
- Marek Z., *Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001.
- Maślanka M., Szarpak A., Bielski K., *Wybrane aspekty prawne bezpieczeństwa personelu medycznego w dobie COVID-19*, [w:] Ł. Szarpak, T. Dzieciatkowski, K. Filipiak (red.), *Bezpieczeństwo personelu medycznego w dobie COVID-19 według zasad EBM*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
- Medical errors. Special Eurobarometer*, „TNS Opinion & Social” 2006, vol. 241.
- Miller M.R., Robinson K.A., Lubomski L.H., Rinke M.L., Pronovos P.J., *Medication errors in paediatric care: A systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*, „Quality and Safety in Health Care” 2007, vol. 16(2), s. 116–126.
- Młynarski T., *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę jako świadczenie o charakterze jednorazowym*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2012, nr 51, s. 38–43.
- Mogilski W.W., *Pojęcie ubezpieczenia obowiązkowego w kontekście form przymusu ubezpieczenia*, [w:] E. Kowalewski, W.W. Mogilski (red.), *System prawny ubezpieczeń obowiązkowych. Przesłanki i kierunki reform*, Dom Organizatora, Toruń 2014, s. 41–60.
- Mogilski W.W., *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 111–143.
- Monitorowanie niepożądanych działań leków*, Raport NIK, nr Ewidencyjny P/19/097, data publikacji 19.11.2020.
- Myśliwiec E., *Istota, konstrukcja i rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia non-life*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, s. 279–326.

- Myśliwiec E., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla przedsiębiorstw*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia dla przedsiębiorców*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014, s. 17–48.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. 11, Dom Organizatora, Toruń 2016.
- Nesterowicz M., *Prawo wobec lekarza (od starożytności do czasów współczesnych)*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3(40), s. 36–42.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 11–14.
- Nieszporska S., *Ryzyko w ochronie zdrowia*, „Logistyka” 2012, nr 5, s. 149–152.
- Niezbecka E., *Komentarz do art. 907 Kodeksu cywilnego*, [w:] A. Kidyba (red.), Z. Gawlik, A. Janiak, K. Kopaczyńska-Pieczniak, G. Kozieł, E. Niezbecka, T. Sokołowski, *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 3: *Zobowiązania – część szczególna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 1395–1399.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Nowakowski L., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2004.
- Olejniczak A., *Czyny niedozwolone*, [w:] Z. Gawlik, A. Janiak, G. Kozieł, A. Olejniczak, A. Pyrżyńska, T. Sokołowski, A. Kidyba (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 3: *Zobowiązania. Część ogólna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 415–594.
- Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2001.
- Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2014.
- Orlicki M., *Regulacja umowy ubezpieczenia*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 121–142.
- Orzecznictwo z komentarzem. Prawo i postępowanie cywilne. Szkody mogące powstać w przyszłości*, „Monitor Prawniczy” 2009, nr 1(17), s. 951–952.
- Ostasiewicz W., *Podstawy ubezpieczeń*, [w:] W. Ostasiewicz (red.), *Składki i ryzyko ubezpieczeniowe. Modelowanie stochastyczne*, Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004, s. 11–55.
- Ostrowski S., Mikos M., *System raportowania zdarzeń niepożądanych – model lubelski*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2007, nr 5, s. 60–61.
- Ożga P., *Rachunkowość instrumentów pochodnych*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
- Paszkowska M., *Pielęgniarka w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Wiadomości Lekarskie” 2020, nr 73(8), s. 1771–1779.
- Paszkowska M., *Prawo dla lekarzy*, Difin, Warszawa 2016.
- Paszkowska M., *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*, „Problemy Zarządzania” 2017, t. 15, nr 3(69), cz. 1, s. 25–41.

- Paszkowska M., *Zarządzanie działalnością leczniczą. Problematyka prawna*, Difin, Warszawa 2019.
- Paszkowska M., *Zarządzanie podmiotami leczniczymi. Aspekty prawne*, Wydawnictwo AMELIA, Rzeszów 2014.
- Patient safety and quality of care. Report. Special Eurobarometer 411/Wave EB80.2*, „TNS Opinion & Social” 2014, vol. 11.
- Patient safety and quality of healthcare. Full report. Special Eurobarometer 327/Wave 72.2*, „TNS Opinion & Social” 2010, vol. 327.
- Patryn R., *Określenie zasady postępowania lekarza z należytą starannością z płaszczyzny orzecznictwa sądowego*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 2(14), s. 81–90.
- Piechota A., *Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia Ekonomiczne Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2014, nr 198, cz. 2, s. 205–215.
- Podciechowski L., Królikowska A., Hincz P., Wilczyński J., *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2009, nr 2(4), s. 288–292.
- Podgórska-Klawe Z., *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN, Wrocław-Warszawa-Kraków 1981.
- Podgórski J., *Statystyka dla studiów licencjackich*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2010.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000 r.*, GUS, 2001.
- Policha K., *Ubezpieczenia zakładów usług medycznych*, [w:] L. Gąsioriewicz, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, t. 2, s. 135–158.
- Popielski B., *Medycyna i prawo*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1968.
- Poznańska S., *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Póździoch S., Gibiński M., *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Prat Marín A., Grau Cano J., *La seguridad clínica y sus sistemas de información. Notificación de efectos adversos*, „JANO: Medicina y Humanidades” 2011, vol. 1776, s. 59–63.
- Preis J., *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2.
- Prestiż zawodów*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 1999.
- Prestiż zawodów*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2009.
- Prestiż zawodów*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2013.
- Pyrcał M., Sroka T., Stańczyk E., Szudy G., *Obywatel w postępowaniu cywilnym. Prawa i obowiązki*, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2009.
- Raczyński A., *Materialnoprawne i procesowe aspekty realizacji roszczeń objętych ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 11(2), s. 19–27.
- Raczyński A., *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.

- Radwański Z., *Zobowiązania – część ogólna*, wyd. 3, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2001.
- Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – część ogólna*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008.
- Rejman G., *Odpowiedzialność karna lekarza*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991.
- Research International Pentor, *Zawody zaufania publicznego w świadomości Polaków*, Warszawa 2008.
- Rękawek-Pachwicz M., *Determinanty prawne nadania statusu „zawodu zaufania publicznego” – podstawowe definicje i cechy*, „Administracja Publiczna. Studia Krajowe i Międzynarodowe” 2009, nr 2(14), s. 30–44.
- Rogała-Pawelczyk G., Derlacki J., *Pielęgniarka i położna jako zawód zaufania publicznego*, [w:] G. Rogała-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, M. Kilarska (red.), *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo: Prawo – praktyka – etyka*, t. 1, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013.
- Ronka-Chmielowiec W., *Wykorzystanie ubezpieczeń do zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie*, [w:] J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz (red.), *Zarządzanie ryzykiem działalności organizacji*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 47–61.
- Rososzczuk A., *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego za szkody spowodowane niewłaściwym postępowaniem medycznym lekarza pozostającego w stosunku pracy z tym podmiotem*, „Rocznik Nauk Prawniczych” 2013, nr 23(4), s. 49–75.
- Rutkowska A., *art. 183(3)*, [w:] O.M. Piaskowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Postępowanie procesowe. Komentarz aktualizowany*, s. 522–523.
- Rzemek M., *Trudno wygrać ze szpitalem*, „Rzeczpospolita” nr 286(8492), 7 grudnia 2009.
- Rzetecka-Gil A., *Komentarz do art. 361 Kodeksu cywilnego*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, Lex/el. 2011, nr 8853.
- Safjan M., *W jakim kierunku zmierza odpowiedzialność cywilna w medycynie?*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 1992, nr 11, s. 2–6.
- Sanecki M., *Miejsce i rola zakładów opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] M. Trocki (red.), *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 17–48.
- Sarnecki P., *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie Adwokatury*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja, wybory, parlament*, Liber, Warszawa 2000, s. 153–163.
- Sasak J., *Zarządzanie ryzykiem w placówkach ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2020.
- Serwach M., *Ochrona ubezpieczeniowa pacjentów przed negatywnymi skutkami leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2018, s. 235–236.
- Serwach M., *Odpowiedzialność cywilna i ubezpieczenie OC*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Branta, Toruń 2006, s. 356–413.

- Serwach M., *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i w praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014.
- Serwach M., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów – część 2*, „Medycyna Praktyczna” 2010, nr 9, s. 125–134.
- Serwach M., *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 4(73), s. 5–12.
- Serwach M., *Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej – aktualne problemy prawne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 2(11), s. 28–38.
- Serwach M., *Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 4(69), s. 29–41.
- Sieradzka M., *Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkody medyczne*, [w:] J. Zajdel-Całkowska, *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
- Sistemas de notificación de incidentes en America Latina*, Washington, D.C., OPS, 2013.
- Skrodzka W., *Zarządzanie ryzykiem w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] S. Nieszporska (red.), *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach sektora ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2012, s. 27–42.
- Sobiech J., *Ekonomiczne podstawy zarządzania finansami szpitala*, [w:] J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 13–79.
- Stanik J., Hoffmann R., Napiórkowski J., *Zarządzanie ryzykiem w systemie zarządzania bezpieczeństwem organizacji*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2016, nr 123, s. 321–336.
- Starzyńska W., *Statystyka praktyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Staszewska E., *Odpowiedzialność pracownicza*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Stefańska E., *art. 183(1)*, [w:] M. Manowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Tom I. Art. 1–477(16)*, wydanie IV, 2021.
- Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007–2013*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2005.
- Strupczewski G., *Zarządzanie ryzykiem – systematyka pojęć*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2004, nr 5–6, s. 68–75.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Szczerba P., *Odpowiedzialność karna lekarzy*, [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy, przykłady, orzecznictwo*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 93–168.
- Szewieczek D., *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2013, s. 337–362.
- Szpunar A., *Odszkodowanie za szkodę majątkową*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1998.
- Szpunar A., *Ustalenie odpowiedzialności za szkodę przyszłą*, „Palestra” 1973, nr 5(17), s. 7–18.

- Szpunar A., *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1990.
- Tabernacka M., *Zakres wykonywania zadań publicznych przez organy samorządów zawodowych*, Kolonia Limited, Wrocław 2007.
- Telenga P., *Komentarz do art. 187 k.p.c.*, [w:] J. Bodio, T. Demendecki, A. Jakubecki, O. Marcewicz, M. Wójcik, A. Jakubecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego*, t. 1: *Komentarz do art. 1–729*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 353.
- Tokarczyk R., *Medycyna a normy. Sztuka leczenia wśród innych rodzajów sztuk*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Trnka J., Drobnik J., Susło R., Steciwo A., *Staranność i rzetelność a lekkomyślność w pracy lekarza rodzinnego*, „Przewodnik Lekarza” 2008, nr 1, s. 265–269.
- Turek J., *Biegły sądowy i jego czynności*, „Monitor Prawniczy” 2007, nr 24, s. 1358–1364.
- Twardowski A., *OC w branży medycznej*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2011, nr 8(6), s. 32–33.
- Tworek P., Kwiecińska-Bożek L., *Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 410, s. 150–169.
- Vaughan E.J., Vaughan T.M., *Fundamentals of Risk and Insurance*, Wiley, Cheltenham 2014.
- Wałachowska M., *Zadośćuczynienie pieniężne za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia w prawie polskim*, [w:] *Zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu na tle innych systemów prawnych*, aneks na płycie CD, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 2 (numer specjalny), s. 12–24.
- Waszyński E., *Powstanie i rozwój zawodu lekarskiego*, [w:] E. Waszyński (red.), *Medycyna. Wprowadzenie do studiów lekarskich*, Atla 2, Wrocław 2003, s. 122–138.
- Wdowiak L., Walkowska K., Owoc A., *Stan reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 112, s. 511–515.
- Węgrzyn M., *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013.
- Wierzbička E., *Rola ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas: Zarządzanie” 2017, nr 4, s. 133–147.
- Wierzbowski M. (red.), *Konstytucja biznesu. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Williams C., Smith M., Young P., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, P. Wdowiński (tłum.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Wiśniewska M., Muzolf A., *Wybrane aspekty doskonalenia systemów zarządzania jakością w obszarze opieki zdrowotnej*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, t. 13 (z. 9), s. 167–181.
- Wiśniewski T., *Przebieg procesu cywilnego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Witczak I., *Ekonomia szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
- Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Łódź–Warszawa–Kraków 1996.

- Włodarczyk C., Domagała A., *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011, nr 2, s. 29–41.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Woch M., *Polityka a służba zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa Publicznego. Prawo w konfrontacji z presją polityczną” 2017, nr 7–8(124–125).
- Wtorkowska A., *Zakres czasowy ochrony*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2010, nr 7(11).
- Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020*, GUS, Warszawa 2021.
- Yawar Alam A., *Steps in the process of risk management in healthcare*, „Journal of Epidemiology and Preventive Medicine” 2016, vol. 2(2).
- Zajdel J., *Prawo medyczne w algorytmach*, Progress, Łódź 2010.
- Zajdel J., *Prawo w medycynie*, wyd. 2, Progress, Łódź 2007.
- Zblewska-Wrońska K., *Odpowiedzialność pracownicza*, [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2013, s. 255–304.
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Liber, Warszawa 2001.
- Zieliński A., *Postępowanie cywilne. Kompendium*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2014.
- Zieliński T., *Zarys wykładu prawa pracy*, cz. II, Uniwersytet Śląski, Katowice 1984.

Akty prawne

- Kodeks Etyki Lekarskiej, przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r., Biuletyn NRL, 2004, nr 1(84).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, Dz. Urz. MZ 2010, nr 2, poz. 24.
- Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, złożony przez Ministerstwo Zdrowia, nr UD 255.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, Dz. U. 1998, nr 143, poz. 921.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, Dz. U. 2004, nr 283, poz. 2825.

- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, nr 3, poz. 10.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących swój zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 2010, nr 78, poz. 515.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1728.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2017, poz. 1783.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. 2019, poz. 866.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży, Dz. U. 2013, poz. 167.
- Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 1975 r. w sprawie kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych w postępowaniu sądowym, Dz. U. 1975, nr 46, poz. 254.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielanej z urzędu Dz. U. 2013, poz. 461.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 października 2002 r. w sprawie sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz ustalenia ich siedzib i obszarów właściwości, Dz. U. 2002, nr 180, poz. 1508.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych, Dz. U. 2003, nr 108, poz. 1020.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 grudnia 2009 r. w sprawie zniesienia niektórych wydziałów zamiejscowych sądów okręgowych oraz zmiany rozporządzenia w sprawie sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz ustalenia ich siedzib i obszarów właściwości, Dz. U. 2009, nr 220, poz. 1729.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym, Dz. U. 2020, poz. 989.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 października 2014 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych, Dz. U. 2014, poz. 1407.

- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie postępowania medacyjnego w sprawach karnych, Dz. U. 2015, poz. 716.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie, Dz. U. 2015, poz. 1800.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym, Dz. U. 2016, nr 921.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie ustalenia siedzib i obszarów właściwości sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz zakresu rozpoznawanych przez nie spraw, Dz. U. 2021, poz. 1269.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia, Dz. U. 1993, nr 76, poz. 363.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dz. U. 1998, nr 164, poz. 1193.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2005, nr 197, poz. 1643.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie, Dz. U. 2009, nr 150, poz. 1216.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, Dz. U. 2011, nr 294, poz. 1740.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz. U. 2012, poz. 207.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz. U. 2013, poz. 750.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2017, poz. 1163.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz. U. 2020, poz. 491, ze zm.
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych ZOZ, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw, Dz. U. 2001, nr 65, poz. 659.
- Stanowisko nr 17/17/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2017 r.
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Dz. U. 2017, poz. 1257.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. 2016, poz. 380, ze zm.

- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. 2016, poz. 1822.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy, Dz. U. 2016, poz. 1666, ze zm.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz. U. 2016, poz. 1654.
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 1989, nr 30, poz. 158, ze zm.
- Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, Dz. U. 2015, poz. 295.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 2011, nr 12, poz. 23, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 2016, poz. 1137, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 2016, poz. 1749, ze zm.
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. 1997, nr 104, poz. 661, ze zm.
- Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego Państwa, Dz. U. 1998, nr 96, poz. 603, ze zm.
- Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową, Dz. U. 1998, nr 106, poz. 668, ze zm.
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1998, nr 137, poz. 887, ze zm.
- Ustawy z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie innych ustaw, Dz. U. 1998, nr 162, poz. 1115.
- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz. U. 2000, nr 94, poz. 1037, ze zm.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych w Polsce, Dz. U. 2016, poz. 2062, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. 2016, poz. 2142.
- Ustawa z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, Dz. U. 2020, poz. 358.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. 2016, poz. 2060, ze zm.
- Ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, Dz. U. 2021, poz. 1131.
- Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, Dz. U. 2021, poz. 685.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2004, nr 172, poz. 1804.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, nr 164, poz. 1027.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135, ze zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. 2005, nr 78, poz. 684, ze zm.
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz. U. 2020, poz. 755.
- Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2007, nr 166, poz. 1172.
- Ustawa z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2008, nr 116, poz. 731.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2016, poz. 186, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz. U. 2016, poz. 2135.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2016, poz. 1866.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. 2009, nr 157, poz. 1240, ze zm.
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 2016, poz. 522, ze zm.
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, Dz. U. 2020, poz. 1383.
- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. 2017, poz. 2011.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2016, poz. 1638, ze zm.
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. 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. 2011, nr 113, poz. 660.
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz. U. 2011, nr 122, poz. 696, ze zm.
- Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2012, poz. 742.
- Ustawa z dnia 23 września 2013 r. o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2013, poz. 1245.
- Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2013, poz. 1290.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz. U. 2015, poz. 1844, ze zm.
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2016, poz. 960.

- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2017, poz. 844.
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz. U. 2020, poz. 172 i 1493.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, Dz. U. 2018 poz. 650, ze zm.
- Ustawa z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2018, poz. 1104.
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. 2020, poz. 374, ze zm.
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz. U. 2020, poz. 567, ze zm.
- Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2, Dz. U. 2020, poz. 374.
- Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, Dz. U. 2020, poz. 1493.
- Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, Dz. U. 2020, poz. 2112.
- Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, Dz. U. 2020, poz. 2401, ze zm.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 kwietnia 2005 r., sygnatura I ACa 140/05 i IACz13 2/05.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 grudnia 2010 r., sygnatura akt IACa 130/10.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 grudnia 2010 r., sygnatura akt IACa 351/13.
- Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 10 lutego 2010 r., sygnatura akt V CSK 287/09.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygnatura IV CR 39/54.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 31 stycznia 2005 r., sygnatura akt IIC 1443/04.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 11 maja 2007 r., sygnatura akt IIC 1035/05.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 9 grudnia 2009 r., sygnatura akt IC 167/08.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 31 marca 2010 r., sygnatura akt IIC 817/09.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 6 kwietnia 2011 r., sygnatura akt IIC 353/07.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 10 listopada 2011 r., sygnatura akt IC 1133/09.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 września 2012 r., sygnatura akt IC 781/06.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 13 grudnia 2012 r., sygnatura akt IIC 141/11.
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 kwietnia 2005 r. w sprawie utworzenia wydziałów w Sądach Okręgowych, Dz. Urz. MS. 2005, nr 3, poz. 9.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1994 r. w sprawie utworzenia Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Dz. Urz. MZiOŚ 1994, nr 2, poz. 3.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Dz. Urz. MZ. 2010, nr 9, poz. 59.

Źródła internetowe

Budzowska J., *Raport z badania spraw sądowych o błędy medyczne i z badania orzecznictwa Wojewódzkich Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, 27.01.2015, strona kancelarii Budzowska, Fiutowski i Partnerzy. Radcowie Prawni, <http://bf.com.pl/odszkodowania/poszkodowany-pacjent-sadzie-komisja-raport-badania> (data dostępu: 15.03.2015).

Business Insider, <https://businessinsider.com.pl/twoje-pieniadze/praca/najbardziej-powazane-zawody-w-polsce-ranking/tchxt4e> (data dostępu: 20.10.2021).

Centrum Badania Opinii Społecznej, *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego*, Warszawa 2004, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2004/K_073_04.PDF (data dostępu: 20.12.2017).

Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/system;3982198.html> (data dostępu: 19.11.2021).

Gajewski P., Bała M., *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, 8.11.2012, <http://www.mp.pl/artykuly/76459> (data dostępu: 23.02.2015).

Health Systems Strengthening Glossary, World Health Organization, https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html (data dostępu: 15.03.2015).

Informator Statystyczny Wymiaru Sprawiedliwości, <https://isws.ms.gov.pl/> (data dostępu: 15.09.2021).

Ipsos, *Global trust in professions. Who do global citizens trust?*, sierpień 2019, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-09/global-trust-in-professions-trust-worthiness-index-2019.pdf> (data dostępu: 27.08.2020).

ISO, <https://www.iso.org.pl> (data dostępu: 20.10.2021).

Janczukowicz K., *Podatek VAT a czynności biegłego w postępowaniu sądowym*, Portal LEX, 2020, <https://sip-1lex-1pl-1004153vf16b7.han3.lib.uni.lodz.pl/#/publication/419684751/janczukowicz-krzysztof-podatek-vat-a-czynnosci-bieglego-w-postepowaniu-sadowym?keyword=wynagrodzenie%20bieg%C5%82ego%20a%20vat&cm=STOP> (data dostępu: 19.04.2021).

Kozłowska K.B., *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2013*, http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/cjenta_na_terytoryum_rzeczypospolitej_polskiej._obejmuje_

- okres_od_dnia_1_stycznia_2013_r_do_dnia_31_grudnia_2013_r.1.pdf (data dostępu: 15.12.2017).
- Lisowska B., *Ujawnianie zdarzeń niepożądanych*, „Puls Medycyny”, <http://pulsmedycyny.pl/2579568,85657,ujawnianie-zdarzen-niepozadanych> (data dostępu: 26.10.2016).
- Ministerstwo Zdrowia, *Od dziś wprowadzimy stan zagrożenia epidemicznego*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego2> (data dostępu: 20.10.2020).
- Naczelna Izba Lekarska, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-sadow-lekarskich> (data dostępu: 29.11.2021).
- Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosci-zawodowej/sprawozdania/kadencyjne-nroz> (data dostępu: 29.11.2021).
- Naczelny Sąd Lekarski, <https://nil.org.pl/izba/naczelny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-sadow-lekarskich> (data dostępu: 29.11.2021).
- Portal Podatkowo-Ksiegowy GOFIN, <http://www.wskazniki.gofin.pl> (data dostępu: 26.08.2015).
- Prawnik Mediator, <https://www.prawnik-mediator.pl/cennik-mediacji-sadowych/> (data dostępu: 19.04.2021).
- Rzecznik Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta> (data dostępu: 23.10.2021).
- Słownik języka polskiego, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/roszczenie.html> (data dostępu: 20.10.2016).
- Słownik języka polskiego, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/szpital> (data dostępu: 20.10.2016).
- Słownik języka polskiego, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/skarga.html> (data dostępu: 20.10.2016).
- Strona Głównego Urzędu Statystycznego, <https://stat.gov.pl> (data dostępu: 11.07.2022).
- Strona Ministerstwa Sprawiedliwości, <https://isws.ms.gov.pl> (data dostępu: 14.07.2021).
- Szulc J., *Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację 2900 w sprawie ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, 3.04.2012, <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=08676811> (data dostępu: 28.11.2021).
- Tusk D., *Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, 15.10.2010, druk 3488, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD/\\$file/3488.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD/$file/3488.pdf) (data dostępu: 10.02.2013).
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <http://wnbikp.umed.lodz.pl/bop/index.php> (data dostępu: 22.06.2013).
- Witkowski J., *Błąd lekarski: ryzyko popełnienia a kwestia obiektywizmu w orzekaniu*, „Prawo i Medycyna” 2009, <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=163> (data dostępu: 5.02.2018).
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, <https://szpitale.lodzkie.pl/kopernik/bip/pl/c/zgodnosc-ze-standardami.html> (data dostępu: 9.10.2020).
- Vitolo F., *La notificación de incidentes, errores y eventos adversos*, Noble S. A., http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/21.pdf (data dostępu: 26.11.2021).

Załącznik 1

Studium wybranych przypadków

Studium to prezentuje wpływ zasądzenia przez sąd świadczenia odszkodowawczego w postaci ustalenia odpowiedzialności na przyszłość za szkody mogące ujawnić się w późniejszym czasie w związku ze zdarzeniem, do jakiego doszło w szpitalu, na ostateczną wysokość świadczenia odszkodowawczego ogółem, jakie zostało zasądzone prawomocnym orzeczeniem sądu.

Przypadek 1

W przedmiotowej sprawie oprócz świadczeń odszkodowawczych w postaci: za-
dośćuczynienia, jednorazowego odszkodowania, jak i renty na zwiększone po-
trzeby sąd ustalił, że pozwany będzie odpowiedzialny za ewentualne szkody, jakie
mogą się ujawnić w przyszłości, które wynikać będą z niewłaściwie przeprowadzo-
nego leczenia wynikającego z błędnej diagnozy.

Stąd też na mocy ustalenia tej odpowiedzialności poszkodowany zwrócił się
do sądu z drugim powództwem w celu podwyższenia świadczenia rentowego
na zwiększone potrzeby, gdyż dziecko ze względu na osiągnięty wiek wymagało
większej opieki, czemu sąd dał wiarę, dlatego też w drugim orzeczeniu podwoił
świadczenia rentowe (wzrost z 2500 zł na 5500 zł). Wpływ zwiększonych świad-
czeń rentowych na świadczenia odszkodowawcze ogółem wynikający z drugiego
powództwa przedstawiono w tabeli 36.

Tabela 36. Świadczenia odszkodowawcze zasądzone w przypadku 1

Omawiany przypadek		Data uprawomocnienia się wyroku	Świadczenie ogółem, jakie powinno być wypłacone do dnia uprawomocnienia się powództwa	Świadczenie ogółem wraz z odsetkami ustawowymi, jakie powinno być wypłacone do dnia uprawomocnienia się powództwa
Przypadek 1	przy uwzględnieniu świadczeń zmienionych drugim wyrokiem	ogółem	1 403 000,00	1 892 240,64
		2010-12-06	1 118 500,00	1 560 266,75
		2016-03-15	284 500,00	331 973,89
	bez uwzględnienia świadczeń zmienionych drugim wyrokiem	ogółem	1 231 000,00	1 718 649,28
		2010-12-06	1 118 500,00	1 560 266,75
		2016-03-15	112 500,00	158 382,53

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt sądowych SO w Łodzi z dnia 9 grudnia 2009 r. o sygn. akt IC 167/08, oraz akt sądowych Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 grudnia 2010 r. o sygn. akt IACa 130/10.

W przedmiotowej sprawie dziecko w momencie zajścia szkody miało 4 lata, w wieku 10 lat doszło do pierwszego rozstrzygnięcia w sądzie o świadczeniach odszkodowawczych. Na moment uprawomocnienia się wyroku dziecko powinno otrzymać świadczenia o łącznej wysokości 1 560 266 zł (świadczenie to uwzględnia zasądzone ustawowe odsetki). Następnie po ponownym zgłoszeniu do sądu sprawy o zwiększenie świadczeń postanowieniem sądu świadczenia te zwiększono, co na dzień uprawomocnienia wyroku wyniosło ogółem kolejne 331 974 zł. A zatem na dzień uprawomocnienia się powództwa poszkodowanemu powinny być wypłacone świadczenia w wysokości ok. 1 892 240 zł.

W momencie wydawania drugiego orzeczenia sądowego powód osiągnął wiek 16 lat. Zakładając, że będzie on jeszcze żył co najmniej 20 lat, przy niezmiennych świadczeniach rentowych, można się spodziewać, że świadczenia te wyniosą kolejne $2500 \times 20 \times 12 = 600\,000$ zł (przy założeniu, że powództwo nie zostanie wytoczone ponownie w celu kolejnego zwiększenia świadczeń). Dodatkowo, jeśli świadczenie to okaże się niewystarczające, powód będzie mógł domagać się dalszego zwiększenia świadczeń na zwiększone potrzeby. Oznacza to zatem, że nie ma możliwości wyznaczenia górnej granicy odpowiedzialności finansowej za zajście szkody na pacjencie, jeśli w sentencji wyroku znajduje się ustalenie odpowiedzialności na przyszłość.

Patrząc na wysokości świadczeń, jakie otrzymałby powód, nie występując o zwiększenie kwot, wysokość tego świadczenia byłaby o ponad 150 000 zł niższa.

Przypadek 2

W wyniku nienależytego działania pracowników placówki medycznej u powódki powstało schorzenie polegające na przewlekłym ropnym zapaleniu tkanek miękkich lewej okolicy krętarzowej, które cechuje się tym, że może przybierać różne postacie w zależności od nasilenia czy sposobu leczenia. Po udowodnieniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zajściem szkody a nienależytym działaniem pracowników medycznych, powódce zostały zasądzone świadczenia odszkodowawcze w postaci zadośćuczynienia, jednorazowego odszkodowania, renty wyrównawczej za utracone zarobki oraz ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości, które w momencie uprawomocnienia się wyroku wyniosły ogółem 517 011 zł.

Tabela 37. Świadczenia odszkodowawcze zasądzone w przypadku 2

Omawiany przypadek		Data uprawomocnienia się wyroku	Świadczenie ogółem, jakie powinno być wypłacone do dnia uprawomocnienia się powództwa	Świadczenie ogółem wraz z odsetkami ustawowymi, jakie powinno być wypłacone do dnia uprawomocnienia się powództwa
Przypadek 2	przy uwzględnieniu świadczeń zmienionych drugim wyrokiem	ogółem	451 802,00	609 721,29
		2013-03-22	197 402,00	229 510,20
		2005-06-30	254 400,00	380 211,09
	bez uwzględnienia świadczeń zmienionych drugim wyrokiem	ogółem	391 200,00	517 011,09
		2013-03-22	136 800,00	136 800,00
		2005-06-30	254 400,00	380 211,09

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt sądowych SO w Łodzi na podstawie wyroku z dnia 31 stycznia 2005 r. o sygn. akt IIC 1443/04 oraz wyroku z dnia 31 marca 2010 o sygn. akt IIC 817/09.

Po roku powódka zdecydowała się wnieść kolejne powództwo, korzystając z zasądanego ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące ujawnić się w przyszłości, tym razem w celu zasądzenia jej dodatkowej renty wyrównawczej w związku z utraconymi zarobkami. W toku postępowania nie stwierdzono istnienia nowych schorzeń związanych ze zdarzeniem niepożądanym, jakiemu uległa powódka w szpitalu. Niemniej jednak sąd uznał, że dodatkowe świadczenia rentowe są w pełni zasadne.

Jak zatem zostało pokazane w tabeli 37, uwzględniając zmienione drugim wyrokiem świadczenia, uzyskane świadczenie odszkodowawcze ogółem niemal zostało podwojone i wciąż nie stanowi górnej granicy odpowiedzialności. Biorąc pod uwagę pierwszy wyrok, zasądzone świadczenie odszkodowawcze wyniosło ponad

380 000 zł (wraz z odsetkami). Po tym okresie powinny były być wypłacane świadczenia rentowe, które do dnia uprawomocnienia się drugiego wyroku wyniosły ok. 136 800 zł. Ze względu na wynik drugiego postępowania sądowego, uwzględniający rozszerzenie powództwa o rentę wyrównawczą, uległy zmianie wysokości wymaganych świadczeń na dzień uprawomocnienia się drugiego wyroku, wynoszące ostatecznie 229 510 zł. Wyliczenie takie pozwoliło oszacować, że w przedmiotowej sprawie ustalenie odpowiedzialności na przyszłość pozwoliło na istotne zwiększenie zasądzanych świadczeń o co najmniej 93 000 zł oraz zwiększyło zasądzone kwoty rent bezterminowych.

Niestety w niniejszej sprawie nie zostało odnotowane w jakim wieku była powódka w momencie wydawania orzeczenia sądowego. Jedynie wiadomo, że w momencie ogłaszania wyroku była to osoba pełnoletnia. Jednakże, przyjmując pewne założenia, można oszacować przypuszczalne wysokości świadczeń, jakie jeszcze powinny być wypłacone powódce. Niepodważalne natomiast są wysokości świadczeń już zasądzonych. W tabeli 37 pokazano świadczenia obejmujące okres od zajścia szkody do uprawomocnienia się drugiego wyroku, które osiągnęły sumę 609 721 zł. Zakładając zatem, że powódka przeżyje jeszcze 20 lat, świadczenie to mogłoby wzrosnąć jeszcze o co najmniej $900 \times 20 \times 12 = 216\,000$ zł.

A zatem jest to kolejny przykład potwierdzający fakt, że nie ma możliwości wyznaczenia górnej granicy odpowiedzialności finansowej za zajście szkody na pacjencie, jeśli w sentencji wyroku znajduje się ustalenie odpowiedzialności na przyszłość, a także jeśli zostaje zasądzona renta bezterminowa.

Przypadek 3

Kolejny przypadek dotyczył błędów w opiece okołoporodowej, które polegały na tym, że podczas porodu doszło do komplikacji. Matce powoda odeszły wody płodowe w kolorze zielonym. Poród przebiegał siłami natury. Jak uznał sąd już samo istnienie zielonych wód płodowych powinno stanowić bezwzględne wskazanie do cesarskiego cięcia, gdyż wskazuje na możliwość niedotlenienia płodu. Podobnie układ miednicy matki był na tyle niekorzystny, że utrudniał wyjście dziecka z układu rodnego, które to podczas akcji porodowej utknęło. W wyniku tych zaniedbań noworodek uzyskał 0/0/2 punkty w skali Apgar. Zdiagnozowano u niego ciężką postać dziecięcego porażenia mózgowego ze spastycznym niedowładem czterokończynowym wynikającym z encefalopatii niedotleniowo-niedokrwiennej. Oprócz tego jest on dotknięty padaczką objawową. W związku z tym jest osobą silnie niepełnosprawną, która nie chodzi, nie porusza się, nie komunikuje się tylko rusza oczami. W pozwie z dnia 2 lutego 2011 r. powód wniósł o podwyższenie świadczeń rentowych i wysokości odszkodowań. Powód w momencie złożenia tego pozwu miał już 14 lat, w momencie zakończenia postępowania prawie 16. Podobnie jak w pierwszym przypadku dziecko było w wieku silnego wzrostu, w związku z czym matka powoda nie była już w stanie sama go

nosić i transportować do szpitala, dlatego wniosła o zwrot kosztów poniesionych na dojazdy, dożywanie i dalsze leczenie. Sąd zważył, że w niniejszej sprawie istniały przesłanki do podwyższenia kwot renty na zwiększone potrzeby w oparciu o art. 907 §2 k.c. oraz zasądzenie dalszego odszkodowania w związku z ujawnieniem się dalszej szkody.

Tabela 38. Świadczenia odszkodowawcze zasądzone w przypadku 3

Omawiany przypadek		Data uprawomocnienia się wyroku	Świadczenie ogółem, jakie powinno być wypłacone do dnia uprawomocnienia się powództwa	Świadczenie ogółem wraz z odsetkami ustawowymi, jakie powinno być wypłacone do dnia uprawomocnienia się powództwa
Przypadek 3	przy uwzględnieniu świadczeń zmienionych drugim wyrokiem	ogółem	712 582,00	898 544,11
		2007-11-30	496 440,00	706 857,29
		2013-09-02	216 142,00	191 686,82
	bez uwzględnienia świadczeń zmienionych drugim wyrokiem	ogółem	618 040,00	745 080,20
		2007-11-30	496 440,00	623 480,20
		2013-09-02	121 600,00	121 600,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt sądowych SO w Łodzi na podstawie wyroku z dnia 11 maja 2007 r. w sprawie o sygn. akt IIC 1035/05 oraz wyroku z dnia 13 grudnia 2012 r. o sygn. akt IIC 141/11 zmienionego przez wyrok Sadu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 września 2013 r. w sprawie o sygn. IACa 351/13.

Jak można zauważyć (tab. 38), również i w tym przypadku zasądzone świadczenia odszkodowawcze ogółem były bardzo wysokie. Po uprawomocnieniu się drugiego wyroku osiągnęły wartość prawie 900 000 złotych. Gdyby drugie powództwo nie zostało wytoczone, świadczenia te na dzień uprawomocnienia się drugiego wyroku wyniosłyby przy uwzględnieniu zasądzonych odsetek 745 080 zł. A zatem w przedstawionym przykładzie zasądzenie odpowiedzialności na przyszłość podwyższyło zasądzenie świadczenia wymagalnego na dzień uprawomocnienia się drugiego wyroku o 18%.

W przedstawionym przykładzie nie jest to jeszcze ostateczna wysokość należnego świadczenia odszkodowawczego, bowiem poszkodowanemu zostało zasądzone świadczenie odszkodowawcze w postaci renty na zwiększone potrzeby w wysokości 4831 zł płatnej co miesiąc oraz wciąż w mocy zachowane jest ustalenie odpowiedzialności cywilnej na przyszłość. A zatem ostateczna wysokość świadczenia, jakie zostało zasądzone w takim przypadku, zależna będzie od tego, ile lat przeżyje jeszcze poszkodowany oraz od tego czy w tym czasie nie ujawnią się inne schorzenia, jakie mogą mieć związek z zajściem zdarzenia szkodzącego do jakiego doszło podczas porodu.

Załącznik 2

Studium wybranych przypadków

Studium to prezentuje charakterystykę spraw, w których doszło do zasądzenia najwyższych świadczeń odszkodowawczych ogółem w badanym okresie przy uwzględnieniu odsetek ustawowych i bez.

Przypadek 1

Świadczenie odszkodowawcze ogółem wraz z odsetkami ustawowymi w wysokości 1 560 267 zł

Pierwszym omawianym przypadkiem jest sprawa o najwyższym zasądzonym świadczeniu odszkodowawczym ogółem wyrażonym wraz z zasądzonymi odsetkami ustawowymi. Przedmiotowa sprawa dotyczyła dziecka, które w momencie podjęcia leczenia w pozwanym szpitalu miało 4 lata. W pozwie podniesiono, że podczas hospitalizacji doszło zarówno do różnego rodzaju zaniedbań w procesie leczenia, jak również opóźnień w udzieleniu pomocy oraz błędu lekarskiego, w wyniku czego doszło u niego do trwałego rozstroju zdrowia. Po przeprowadzeniu postępowania sąd zważył, że powództwo było zasadne w całości. Na podstawie opinii biegłych sądowych stwierdzono, że podczas leczenia doszło m.in. do:

- postawienia błędnej diagnozy w postaci dojścia do niedowładu kończyn oraz mózgowego porażenia dziecięcego, podczas gdy dziecko doznało zapalenia mózgu;
- uchybień podczas leczenia dziecka w postaci niewykonania wszystkich niezbędnych badań pozwalających postawić prawidłową diagnozę, co wynikało ze złych wstępnych założeń diagnostycznych;
- dokonania niewłaściwej interpretacji wyników badań rezonansu magnetycznego, co w dużej mierze wpłynęło na postawienie błędnej diagnozy i brak wdrożenia odpowiedniego leczenia;

W sprawie najwyższym zasądzonym świadczeniem było zadośćuczynienie w wysokości 1 000 000 zł, które wraz z odsetkami osiągnęło niemal 1 500 000 zł. Pozostałe zasądzone świadczenia to odszkodowanie i skapitalizowane renty za określony czas. Dodatkowo ustalono rentę bezterminową, która co roku będzie

zwiększała zasądzoną kwotę o 30 000 zł oraz odpowiedzialność na przyszłość, która również może w przyszłości w istotny sposób wpłynąć na świadczenie odszkodowawcze. W sprawie dostrzeżono również fakt, iż wiek poszkodowanego ma istotne znaczenie, gdyż wraz z jego rozwojem z roku na rok będą rosły jego potrzeby. Prezentacja zasądzonych świadczeń odszkodowawczych została przedstawiona w tabeli 39.

Tabela 39. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 1

Rodzaj zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia wraz z odsetkami ustawowymi
Zadośćuczynienie	1 000 000,00	1 406 438,36
Odszkodowanie	45 000,00	68 147,40
Skapitalizowana renta na zwiększone potrzeby	73 500,00	85 680,99
Renta na zwiększone potrzeby, bezterminowa, płatna co miesiąc	2500,00	2500,00
Świadczenie ogółem bez renty	1 118 500,00	1 560 266,75

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt sądowych SO w Łodzi z dnia 9 grudnia 2009 r., sygn. akt IC 167/08, oraz akt sądowych Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 grudnia 2010 r., sygn. akt IACa 130/10.

Jak można zauważyć, zasądzenie odsetek ustawowych od dochodzonych świadczeń w istotny sposób, bo o ok. 39,5%, zwiększyło wysokość zasądzonych świadczeń odszkodowawczych. Ponadto w przedmiotowej sprawie zasądzono również rentę bezterminową na zwiększone potrzeby płatną co miesiąc. W trakcie opracowywania danych przedmiotowego badania ustalono, że w opisywanej sprawie złożono kolejny pozew o zwiększenie zasądzonych świadczeń odszkodowawczych w związku z rosnącymi potrzebami dziecka. Wniosek ten został złożony dwa lata po zakończeniu postępowania sądowego skutkującego zasądzeniem kwot przedstawionych w tabeli 39, jednak nie zostało ono zakończone do końca lipca 2015 r. Przyjmując zatem dane z pierwszego postępowania, można wyliczyć, że od uprawomocnienia się wyroku sądowego do lipca 2015 r. świadczenie odszkodowawcze z tytułu renty bezterminowej było wypłacane ok. 56 razy, a zatem wyniosło 140 000 zł.

Przypadek 2

Świadczenie odszkodowawcze ogółem wraz z odsetkami ustawowymi w wysokości 1 351 652 zł

Powódka pozwem dochodziła wysokich świadczeń odszkodowawczych ze względu na nieprawidłowo wykonany u niej zabieg cesarskiego cięcia, w trakcie

którego doszło do zakażenia powodującego u niej ropniaka nadtwardówkowego, który przyczynił się do sparaliżowania powódki od pasa w dół. Sąd ustalił, że ze względu na ułożenie pośladkowe noworodka zdecydowano się na zabieg cesarskiego cięcia. Po porodzie pacjentka zaczęła odczuwać bóle w odcinku lędźwiowym, niestety wypisała się ze szpitala na własną prośbę. Po kilku dniach wystąpiły u niej drętwienia obu kończyn dolnych, a następnie zaburzenia zwieraczy. Powódka została przewieziona przez pogotowie do innego szpitala, gdzie rozpoznano u niej ropniak nadtwardówkowy, który został usunięty oraz dokonano odbarczenia rdzenia kręgowego. Po wykonanym zabiegu nie obniżyły się zaburzenia czucia, powódka nie czuła oddawania moczu ani stolca, odczuwała skurcze macicy. Pojawił się ruch w zakresie palców prawej stopy, czucie głębokie u pacjentki było zachowane. Badanie bakteriologiczne pobranego materiału z ropnia wykazało obecność bakterii *STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS*. Sąd zważył, że powództwo w zasadniczej części zasługiwało na uwzględnienie. Ustalono bowiem, że z przeważającym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością do zakażenia powódki doszło w pozwanym szpitalu w trakcie punkcji lędźwiowej do znieczulenia podpajęczynówkowego. A zatem stwierdzono, że personel szpitala dopuścił się zaniedbania w przestrzeganiu reżimu sanitarno-epidemiologicznego.

Rodzaj oraz wysokość zasądzonych świadczeń odszkodowawczych został zaprezentowany w tabeli 40.

Tabela 40. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 2

Rodzaj zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia wraz z odsetkami ustawowymi
Zadośćuczynienie	500 000,00	862 409,00
Odszkodowanie	330 748,00	489 242,00
Skapitalizowana renta na zwiększone potrzeby	x	x
Renta na zwiększone potrzeby, bezterminowa, płatna co miesiąc	3593,00	3593,00
Świadczenia ogółem bez renty	830 748,00	1 351 651,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt SO w Łodzi z dnia 27 września 2012 r., sygn. IC 781/06.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 40 można zauważyć, że w sprawie zasądzono takie świadczenia, jak zadośćuczynienie (które stanowiło 60% świadczenia ogółem), odszkodowanie (40%) wraz z odsetkami oraz rentę bezterminową, stąd też wysokość zasądzzonego świadczenia odszkodowawczego ogółem z każdym miesiącem będzie rosła. Ponadto wyraźnie widać, że zasądzenie odsetek ustawowych istotnie zwiększyło wysokość zasądzonych świadczeń ogółem o ok. 62 %.

Przypadek 3

Świadczenie odszkodowawcze ogółem wraz z odsetkami w wysokości 1 280 817 zł

Kolejny przykład dotyczy sytuacji, w której szkoda medyczna została wyrządzona dwóm pacjentom – matce i dziecku – w wyniku źle przeprowadzonego porodu, który doprowadził do pęknięcia macicy. W sprawie dopatrzono się kilku nieprawidłowości. Po pierwsze u powódki został niewłaściwie zastosowany zabieg Kristellera, na skutek którego doszło do pęknięcia macicy. Dodatkowo zabieg ten został wykonany przez położną bez wiedzy lekarza prowadzącego. W konsekwencji matce musiano usunąć macicę, co pozbawiło jej możliwości urodzenia kolejnego dziecka. W przypadku dziecka natomiast zastosowanie porodu kleszczowego wpłynęło na wydłużenie czasu niedokrwienia i niedotlenienia płodu, co spowodowało nieodwracalne uszkodzenie mózgu w postaci mózgowego porażenia dziecięcego. W przedmiotowej sprawie zasądzono świadczenia tak jak w tabeli 41.

Tabela 41. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 3

Rodzaj zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia wraz z odsetkami ustawowymi
Zadośćuczynienie	650 000,00	945 429,00
Odszkodowanie	47 956,00	81 492,00
Skapitalizowana renta na zwiększone potrzeby	190 558,00	253 895,00
Renta na zwiększone potrzeby, bezterminowa, płatna co miesiąc	3300,00	3300,00
Świadczenie ogółem bez renty	888 514,00	1 280 816,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt SO w Łodzi z dnia 6 kwietnia 2011 r., sygn. akt IIC 353/07.

Analizując dane zawarte w tabeli 41, można zauważyć, że również w tym przypadku największy udział w świadczeniu odszkodowawczym ogółem ma zadośćuczynienie (73%), odszkodowanie (tylko 5%) oraz renta terminowa (21%). Wszystkie świadczenia zostały zasądzone z odsetkami ustawowymi, co w konsekwencji wpłynęło na wzrost świadczenia ogółem (o ok. 44%) do niemal 1 300 000 zł. Dodatkowo została zasądzona renta bezterminowa w wysokości 3300 zł oraz odpowiedzialność na przyszłość, które wpływają na to, że nie można w tym przypadku określić górnej granicy odpowiedzialności finansowej szpitala.

Przypadek 4

Świadczenie odszkodowawcze ogółem wraz z odsetkami ustawowymi w wysokości 1 255 581 zł

Ostatni omawiany przykład dotyczy sprawy, w której w pierwszej kolejności rozstrzygano czy nie doszło do przedawnienia roszczeń, a następnie do zaniedbań w opiece nad powódką przed porodem. W sprawie faktycznie dostrzeżono, że doszło do przedawnienia roszczeń, jednakże biorąc pod uwagę praktykę orzecznictwa na decyzję o odrzuceniu powództwa mają również wpływ: charakter dochodzonego roszczenia, przyczyny opóźnienia, a także jego stopień. W tej sprawie względ na zasady współżycia społecznego sprzeciwiał się uwzględnieniu podniesionego przez pozwanych zarzutu przedawnienia. Zgodnie z treścią ekspertyzy Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy błędem po stronie personelu medycznego pozwanego szpitala było zaniedbanie właściwego nadzoru nad dobrostanem płodu, zwłaszcza po odpłynięciu płynu owodniowego. Przedstawiciele instytutu stwierdzili, że rozwiązanie porodu nastąpiło po 13 godzinach od uzyskania ostatniego zapisu KTG sugerującego możliwość wystąpienia nieprawidłowości oraz po 12 godzinach od odejścia wód płodowych. Tymczasem akcję serca płodu kontrolowano jedynie osłuchowo, podczas gdy co najmniej co 2 godziny należało wykonywać także przynajmniej 20-minutowy zapis KTG. Określenie charakteru i zakresu tych zaniedbań prowadziło do wniosku, że decyzja o wykonaniu cesarskiego cięcia była spóźniona i doprowadziła do urodzenia się dziecka w ciężkiej zamartwicy i niedotlenieniu.

W konsekwencji ww. ustaleń powodowi zasądzono świadczenia, które zostały pokazane w tabeli 42.

Tabela 42. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 4

Rodzaj zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia	Wysokość zasądzzonego świadczenia wraz z odsetkami ustawowymi
Zadośćuczynienie	500 000,00	703 014,00
Odszkodowanie	50 000,00	70 301,00
Skapitalizowana renta na zwiększone potrzeby	392 350,00	482 265,00
Renta na zwiększone potrzeby, bezterminowa, płatna co miesiąc	6650,00	6650,00
Świadczenie ogółem	942 350,00	1 255 580,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie akt SO w Łodzi z dnia 10 listopada 2011 r., sygn. akt IIC 1133/09.

Podobnie jak w poprzednich przypadkach świadczenia ogółem po uwzględnieniu zasądzonych odsetek ustawowych znacznie przekroczyły 1 000 000 zł. W zasądzonej kwocie największy udział miało zadośćuczynienie (ok. 53%) oraz

skapitalizowana renta na zwiększone potrzeby (ok. 41%). Dodatkowo również i tu zasądzono rentę bezterminową oraz odpowiedzialność na przyszłość. Jak można zauważyć, renta bezterminowa jest zdecydowanie wyższa od przeciętnie zasądzanej renty bezterminowej wynoszącej ok. 1180 zł.

Podsumowując omówione przypadki, zauważyć można, że dotyczą one przede wszystkim szkód poważnych, wywołujących nieodwracalne skutki na zdrowiu pacjenta, które związane są z koniecznością ponoszenia wysokich nakładów finansowych na opiekę nad poszkodowanym. Dodatkowo zauważalne jest, że szkody te najczęściej związane są z opieką okołoporodową lub źle wykonanym zabiegiem porodu (3 na 4 omówione przypadki) oraz dotyczą małoletnich poszkodowanych.

Kolejnym czynnikiem charakteryzującym te przykłady jest to, że w każdym z nich zasądzone zostały renty bezterminowe oraz w większości ustalono odpowiedzialność na przyszłość za skutki mogące się ujawnić w przyszłości, co sprawia, że nie ma możliwości określenia górnej granicy odpowiedzialności finansowej sprawcy szkody.

Spis rysunków

Rysunek 1.	Podmioty systemu ochrony zdrowia	31
Rysunek 2.	Rodzaje dopuszczalnych form działalności leczniczej w ramach prowadzenia praktyki zawodowej przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów	33
Rysunek 3.	Forma wykonywanej działalności leczniczej w podziale na podmiot tworzący i prowadzący podmioty lecznicze	35
Rysunek 4.	Zmiany w postrzeganiu zadań i rodzaju wykonywanych usług przez szpitale w Polsce wynikające z ustaw	40
Rysunek 5.	Klasyfikacja szpitali w Polsce	42
Rysunek 6.	Podział zakładów opieki zdrowotnej w okresie 1991–1998 ze względu na formę działalności	43
Rysunek 7.	Podział placówek szpitalnych ze względu na określony poziom referencyjny	45
Rysunek 8.	Podział placówek szpitalnych w związku z ustaleniem krajowej sieci szpitali obowiązującej od 2017 r.	46
Rysunek 9.	Wydatki na ochronę zdrowia według rodzaju funkcjonalnego świadczonych usług zdrowotnych oraz według dostawców w 2019 r.	48
Rysunek 10.	Liczba szpitali ogólnych i psychiatrycznych w Polsce w latach 2005–2020	49
Rysunek 11.	Liczba hospitalizowanych osób w szpitalach ogólnych w latach 2005–2020	50
Rysunek 12.	Struktura Samorządu Lekarskiego w Polsce	58
Rysunek 13.	Struktura Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Polsce	59
Rysunek 14.	Badanie CBOS – świadomość respondentów w zakresie występowania błędów medycznych w Polsce	63
Rysunek 15.	Rodzaje błędów, z jakimi zetknęli się respondenci	64
Rysunek 16.	Ocena szpitali podchodzących do procedury akredytacyjnej w latach 2005–2020 oraz wynik ocen przeprowadzonych w 2020 r.	80
Rysunek 17.	Liczba wpływających wniosków do CMJ o wszczęcie procedury akredytacyjnej oraz liczba szpitali uzyskujących certyfikat akredytacyjny w latach 2005–2020	81
Rysunek 18.	Liczba akredytowanych szpitali w Polsce w latach 2005–2021 oraz liczba akredytowanych szpitali w Polsce w 2021 r. według województw	82

Rysunek 19. Klasyfikacje szkód	113
Rysunek 20. Liczba publikacji znalezionych w systemie MEDLINE dotyczących zdarzeń niepożądanych, błędów medycznych i chorób jatrogennych	120
Rysunek 21. Wybrane klasyfikacje błędów medycznych występujące w literaturze polskiej	121
Rysunek 22. Klasyfikacja błędów medycznych	125
Rysunek 23. Relacja pomiędzy błędem medycznym a zdarzeniem niepożądanym, któremu można było zapobiec i zdarzeniem, któremu nie można było zapobiec	128
Rysunek 24. Rodzaje odpowiedzialności pracowniczey	134
Rysunek 25. Etapy procesu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w postępowaniu cywilnym	162
Rysunek 26. Pierwszy etap postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	169
Rysunek 27. Drugi etap postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	170
Rysunek 28. Etapy postępowania mediacyjnego	174
Rysunek 29. Ramy koncepcyjne systemu raportowania o zdarzeniach niepożądanych	182
Rysunek 30. Ruch spraw ROZ w latach 2006–2020	194
Rysunek 31. Wskaźnik sprawności i opanowania wpływu spraw przez ROZ w latach 2006–2020	194
Rysunek 32. Sposób załatwienia sprawy przez ROZ w latach 2006–2020	196
Rysunek 33. Statystyka prowadzonych spraw przez ROZ w latach 2006–2020 ze względu na wybrane rodzaje specjalizacji lekarzy będących stroną w postępowaniu odpowiedzialności zawodowej	197
Rysunek 34. Statystyka spraw prowadzonych przez ROZ w latach 2006–2016 ze względu na rodzaje przewinień lekarskich	198
Rysunek 35. Statystyka spraw prowadzonych przez ROZ w latach 2017–2020 ze względu na rodzaje przewinień lekarskich	199
Rysunek 36. Liczba spraw wpływających do OSL w latach 2005–2020	200
Rysunek 37. Statystyka orzeczeń OSL w Polsce w latach 2005–2020	201
Rysunek 38. Struktura wpływu spraw do sądów powszechnych w Polsce o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020 w Polsce	203
Rysunek 39. Struktura wpływu spraw do sądów powszechnych w Polsce w podziale na rodzaj sądu, dotyczących odszkodowań za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020	205
Rysunek 40. Sposób rozpatrzenia spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w Polsce, prowadzonych przed sądami okręgowymi i rejonowymi łącznie w latach 2005–2020	206
Rysunek 41. Wpływ spraw do Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w szpitalach w Polsce w latach 2012–2019	208

Rysunek 42. Liczba zgłoszeń (spraw, sygnałów) skierowanych do RPP w latach 2009–2020	211
Rysunek 43. Rodzaje praw nieprzestrzeganych przez podmioty świadczące usługi zdrowotne	212
Rysunek 44. Liczba postępowań wyjaśniających wszczynanych przez RPP oraz liczba stwierdzonych przez RPP naruszeń praw pacjenta w latach 2011–2020	213
Rysunek 45. Struktura wpływu spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020 do sądów powszechnych w Polsce i okręgu łódzkiego	218
Rysunek 46. Struktura wpływu spraw do sądu okręgowego oraz sądów rejonowych okręgu łódzkiego, dotyczących odszkodowań za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2005–2020	219
Rysunek 47. Struktura zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 spraw dotyczących szkód na pacjentach ze względu na wydział cywilny, w którym sprawy zostały zarejestrowane	221
Rysunek 48. Struktura wszystkich przeanalizowanych akt spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011 w SO w Łodzi o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia z punktu widzenia roku sprawozdawczego, w podziale na sposób rozstrzygnięcia postępowania sądowego	224
Rysunek 49. Struktura przeanalizowanych akt spraw dotyczących szpitali zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 o odszkodowanie za szkody wyrządzone w szpitalu z punktu widzenia roku sprawozdawczego, w podziale na sposób rozstrzygnięcia postępowania sądowego	225
Rysunek 50. Liczba oraz struktura przeanalizowanych akt spraw zarejestrowanych w SO w Łodzi w latach 2005–2011 o odszkodowanie za szkody wyrządzone w szpitalu z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw, w podziale na sposób rozstrzygnięcia postępowania sądowego	226
Rysunek 51. Rodzaje zdarzeń niepożądanych wywołujących szkodę na pacjentach, rodzących odpowiedzialność finansową szpitala, najczęściej wskazywane w pozwach według sposobu rozstrzygnięcia postępowania sądowego	228
Rysunek 52. Najczęściej wskazywane w pozwach zdarzenia niepożądane w postaci zakażenia szpitalnego rodzące odpowiedzialność finansową szpitala według kategorii szkody	229
Rysunek 53. Struktura (uogólnionych) szkód stanowiących przesłankę odpowiedzialności wśród przebadanych spraw	230
Rysunek 54. Struktura przeanalizowanych akt spraw w podziale na rodzaj doznanej szkody i rodzaj dochodzonego roszczenia odszkodowawczego	232
Rysunek 55. Struktura przeanalizowanych spraw z punktu widzenia umownie określonych przedziałów czasowych wśród wszystkich przebadanych spraw	235
Rysunek 56. Udział liczby spraw, w których dochodzono roszczeń z tytułu określonego rodzaju świadczenia odszkodowawczego wśród wszystkich przebadanych spraw wpływających do SO w Łodzi w latach 2005–2011	236

Rysunek 57. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego zadośćuczynienia w przeanalizowanych aktach spraw SO w Łodzi z punktu widzenia roku sprawozdawczego	242
Rysunek 58. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego zadośćuczynienia z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd	245
Rysunek 59. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci zadośćuczynienia w umownie określonych przedziałach	246
Rysunek 60. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego jednorazowego odszkodowania z punktu widzenia roku sprawozdawczego	247
Rysunek 61. Dochodzone i zasądzone wysokości jednorazowego odszkodowania według roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd	249
Rysunek 62. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci jednorazowego odszkodowania w umownie określonych przedziałach	250
Rysunek 63. Wysokość dochodzonego i zasądzanego świadczenia rentowego na zwiększone potrzeby z punktu widzenia roku sprawozdawczego	251
Rysunek 64. Wysokość dochodzonego i zasądzanego świadczenia rentowego na zwiększone potrzeby z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd	253
Rysunek 65. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci renty na zwiększone potrzeby w umownie określonych przedziałach	254
Rysunek 66. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego świadczenia rentowego wyrównawczego z punktu widzenia roku sprawozdawczego	255
Rysunek 67. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego świadczenia rentowego wyrównawczego z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd	256
Rysunek 68. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci renty wyrównawczej w umownie określonych przedziałach	257
Rysunek 69. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem z punktu widzenia roku sprawozdawczego	259
Rysunek 70. Średnia oraz mediana wartości dochodzonego i zasądzanego świadczenia odszkodowawczego w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem z punktu widzenia roku zakończenia rozpatrywania spraw przez sąd	260
Rysunek 71. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych w postaci zadośćuczynienia i jednorazowego odszkodowania ogółem w umownie określonych przedziałach	262

Rysunek 72. Liczba spraw, w których ustalano odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z wystąpieniem danego zdarzenia niepożądanego według roku sprawozdawczego	263
Rysunek 73. Liczba spraw, w których ustalono odpowiedzialność za szkody mogące ujawnić się w przyszłości w związku z wystąpieniem danego zdarzenia niepożądanego według roku zakończenia rozpatrywania spraw	264
Rysunek 74. Średnia oraz mediana wartości zasądzanego świadczenia ogółem bez odsetek ustawowych w porównaniu do wartości zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem uwzględniającego zasądzone odsetki ustawowe według roku sprawozdawczego	266
Rysunek 75. Średnia oraz mediana wartości zasądzanego świadczenia ogółem bez odsetek ustawowych w porównaniu do wartości zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem uwzględniającego zasądzone odsetki ustawowe według roku zakończenia rozpatrywania postępowania sądowego	267
Rysunek 76. Struktura dochodzonych i zasądzanych świadczeń odszkodowawczych ogółem w umownie określonych przedziałach wyznaczona na podstawie danych z akt SO w Łodzi z punktu widzenia roku sprawozdawczego	268
Rysunek 77. Średnia i mediana wysokości zasądzanego świadczenia odszkodowawczego ogółem z punktu widzenia czasu rozpatrywania postępowania sądowego	269

Spis tabel

Tabela 1.	Wybrane akty prawne kształtujące system ochrony zdrowia w latach 1989–2021	22
Tabela 2.	Poziom zaufania do zawodu lekarza w Polsce na podstawie badań prowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej	61
Tabela 3.	Hierarchia prestiżu zawodu lekarza na tle pozostałych zawodów	62
Tabela 4.	Wybrane Normy ISO w zakresie zarządzania ryzykiem	77
Tabela 5.	Rodzaje ryzyka wyodrębnione w podmiotach leczniczych przez zespół badawczy Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w badaniu przeprowadzonym w latach 2006–2007	85
Tabela 6.	Rodzaj zdarzenia losowego a rodzaj stosowanego triggera w umowach ubezpieczenia OC	92
Tabela 7.	Sposób określenia upływu terminu przedawnienia roszczeń z punktu widzenia określonego rodzaju roszczeń i określonego rodzaju odpowiedzialności	94
Tabela 8.	Obowiązkowe ubezpieczenia OC w systemie ochrony zdrowia w latach 1998–2021	96
Tabela 9.	Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń	98
Tabela 10.	Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne	99
Tabela 11.	Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, dla różnego rodzaju świadczeniodawców	102
Tabela 12.	Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących swój zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	104

Tabela 13. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dla różnego rodzaju podmiotów działalności leczniczej	106
Tabela 14. Minimalne sumy gwarancyjne określone przez rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej	107
Tabela 15. Przykładowe definicje błędu medycznego występujące w literaturze międzynarodowej	120
Tabela 16. Różnice wpływające na prace sądu lekarskiego wynikające ze zmiany ustawy o izbach lekarskich	138
Tabela 17. Wysokość stosowanych kar pieniężnych w latach 2005–2021 w ramach odpowiedzialności podmiotów zbiorowych	145
Tabela 18. Zróżnicowanie odpowiedzialności cywilnej w zależności od formy wykonywania działalności leczniczej	147
Tabela 19. Rodzaje opłat sądowych i ich wysokości w zakresie wniesienia pozwu w latach 2005–2021	165
Tabela 20. Minimalne koszty zastępstwa procesowego stosowane w latach 2002–2021	166
Tabela 21. Kwota bazowa obowiązująca w latach 2005–2021	167
Tabela 22. Stawka godzinowa za pracę biegłego sądowego uzależniona od kwoty bazowej	167
Tabela 23. Rodzaj podmiotu zobowiązanego do wypłaty świadczenia odszkodowawczego w razie uznania przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	171
Tabela 24. Wysokość zryczałtowanych kosztów w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	171
Tabela 25. Stawki za wynagrodzenie mediatora w postępowaniu mediacyjnym sądowym	176
Tabela 26. Przykładowy cennik usług mediacyjnych w 2021 r.	177
Tabela 27. Wybrana charakterystyka istniejących systemów rejestracji i informowania w sektorze medycznym na świecie	187
Tabela 28. Struktura spraw wpływających do SO w Łodzi w latach 2005–2011, na dzień 30 lipca 2015 r. według sposobu ich rozstrzygnięcia	222
Tabela 29. Wskaźnik realizacji dochodzonych roszczeń wśród przebadanych akt spraw z punktu widzenia roku sprawozdawczego	237
Tabela 30. Wysokość stosowanych stawek odsetek ustawowych w latach 1997–2020 wraz z ich podstawą prawną	239
Tabela 31. Minimalne sumy gwarancyjne określone w obowiązkowych ubezpieczeniach OC dedykowanych szpitalom w latach 2008–2021	271
Tabela 32. Wysokości minimalnych sum gwarancyjnych obowiązkowych ubezpieczeń OC dedykowanych szpitalom obowiązujących w latach 2008–2021	273

Tabela 33. Liczba spraw zarejestrowanych w latach 2005–2011 w SO w Łodzi, w których zasądzone świadczenie ogółem przewyższa określoną sumę gwarancyjną ustaloną w obowiązkowym ubezpieczeniu OC na jedno zdarzenie w latach 2008–2016	273
Tabela 34. Liczba przypadków, w których pojawił się w toku rozpatrywania sprawy ten sam numer polisy ubezpieczenia OC	274
Tabela 35. Przykład zgłaszania szkód w ramach jednej i tej samej polisy ubezpieczenia OC	275
Tabela 36. Świadczenia odszkodowawcze zasądzone w przypadku 1	306
Tabela 37. Świadczenia odszkodowawcze zasądzone w przypadku 2	307
Tabela 38. Świadczenia odszkodowawcze zasądzone w przypadku 3	309
Tabela 39. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 1	312
Tabela 40. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 2	313
Tabela 41. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 3	314
Tabela 42. Rodzaje zasądzonych świadczeń odszkodowawczych wraz z ich wysokością na dzień uprawomocnienia się wyroku sądowego w przypadku 4	315