

MAŁGORZATA SERWACH

**Prawo medyczne
w działalności
podmiotów leczniczych
i w praktyce lekarskiej**



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO

MAŁGORZATA SERWACH

**Prawo medyczne
w działalności
podmiotów leczniczych
i w praktyce lekarskiej**



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO
ŁÓDŹ 2014

Małgorzata Serwach – Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji
Zakład Prawa Cywilnego, 90-232 Łódź, ul. Kopcińskiego 8/12

RECENZENT

Tadeusz Szumlicz

SKŁAD I ŁAMANIE

Leonora Wojciechowska

PROJEKT OKŁADKI

Barbara Grzejszczak

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

© Copyright by Małgorzata Serwach, Łódź 2014

© Copyright for this edition by MERYDIAN SA, Łódź 2014

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2014

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.06591.14.0.X

ISBN 978-83-7969-111-1

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63, faks (42) 665 58 62

Druk i oprawa: Quick Druk

Spis treści

Przedmowa	9
 Część I.	
Prowadzenie działalności leczniczej oraz tryb zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia	
I. Prowadzenie działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych	13
1. Wprowadzenie	13
2. Pojęcie działalności leczniczej	16
3. Rodzaje podmiotów leczniczych	18
4. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	21
5. Zamówienie na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych	26
6. Ubezpieczenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą	27
7. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	29
II. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia	33
1. Zasady zawierania kontraktów z NFZ	33
2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	36
3. Zasady wykonywania zakontraktowanych świadczeń	41
4. Zakończenie stosunku umownego	49
III. Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	55
1. Konkurs ofert – zasadniczy tryb postępowania	55
2. Rokowania – tryb wyjątkowy	58
3. Zasady wyboru świadczeniodawców	60
4. Środki odwoławcze	64

IV. Kara umowna, EKUZ oraz system eWUS	69
1. Kara umowna w kontraktach zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia	69
2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jako dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	76
3. System eWUS	78

Część II.

Prawa pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia

I. Prawa pacjenta – obowiązujący stan prawny	81
1. Prawa pacjenta do leczenia	81
2. Prawa pacjenta – podmiotowy oraz przedmiotowy zakres uprawnienia	84
3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	89
4. Prawo do świadczeń zdrowotnych	95
II. Prawo pacjenta do informacji oraz tajemnica lekarska	101
1. Uprawnienie do uzyskania informacji o stanie zdrowia	101
2. Tajemnica lekarska	106
III. Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody lub sprzeciwu na świadczenie zdrowotne	111
1. Zagadnienia wstępne	111
2. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody	115
3. Forma zgody oraz czas jej udzielenia	117
4. Pojęcie zgody świadomej	118
5. Dopuszczalność wykonania świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta	122
6. Sprzeciw pacjenta	125
IV. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności	127
1. Wprowadzenie	127
2. Intymność pacjenta	129
3. Obecność osób bliskich przy udzielanych świadczeniach zdrowotnych	130
4. Obecność innych osób przy świadczeniach medycznych ...	133
5. Poszanowanie godności pacjenta	136

Część III.

Odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych

I. Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne	141
1. Wprowadzenie	141
2. Pojęcie zdarzenia medycznego	144
3. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres podmiotowy	149
4. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres przedmiotowy	154
5. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres czasowy	157
6. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres kwotowy	162
II. Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych	167
1. Wprowadzenie	167
2. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego	169
3. Postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego ..	173
4. Koszty postępowania przed wojewódzką Komisją	178
5. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji ..	181
6. Ubezpieczenie podmiotu leczniczego prowadzącego szpital ..	183
7. Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	187
III. Sytuacja prawna podmiotu wykonującego zawód medyczny w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	193
1. Wprowadzenie	193
2. Wezwanie podmiotu wykonującego zawód medyczny do złożenia wyjaśnień przed Komisją a obowiązek zachowania tajemnicy	195
3. Osoba wykonująca zawód medyczny jako świadek	197
4. Dowody z dokumentów należących do lekarza	204

Część IV.

Ubezpieczenia medyczne

I. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność medyczną	209
1. Prawna odpowiedzialność za tzw. szkody medyczne	209
2. Ubezpieczenia OC – zasady ogólne	214
3. Ubezpieczenia obowiązkowe – aktualny stan prawny	217
4. Obowiązkowe ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą	220
II. Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych	225
1. Wprowadzenie	225
2. Nowelizacja przepisów odnoszących się do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych	228
3. Warunki ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych	230
III. Ubezpieczenia zdrowotne	235
1. Podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego	235
2. Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej	238
3. Lista oczekujących	240
4. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	243
5. Prawa pacjentów jako świadczeniobiorców	246
6. Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej ...	251
Zakończenie	255

Przedmowa

Polski system opieki zdrowotnej przechodzi w ostatnim czasie kompleksową, a przede wszystkim systemową ewolucję. W szczególności istotnym zmianom podlegają przepisy z zakresu prawa medycznego. Ustawodawca uchwała bowiem kolejne nowelizacje, wprowadza nowe akty prawne, przyjmuje rozwiązania stosowane w innych systemach europejskich. Wielość i różnorodność wprowadzanych przepisów powoduje, że podmioty wykonujące działalność leczniczą mają niekiedy trudności w ustaleniu swojej pozycji prawnej. Trudno się temu dziwić, skoro ustawodawca sam zmienia wcześniej podjęte decyzje. Najlepszym przykładem są w tym zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych wprowadzone jako ubezpieczenia obowiązkowe z dniem 1 stycznia 2012 r., przekształcone w połowie roku w ubezpieczenia dobrowolne do 30 grudnia 2013 r., a następnie utrzymane jako fakultatywne do końca 2015 roku, mają uzyskać status ubezpieczeń obligatoryjnych z dniem 1 stycznia 2016 r. Przy tak częstych zmianach ustawowej kwalifikacji nie sposób jednak ustalić, jaki *de facto* będzie w najbliższym czasie ich charakter prawny.

Przygotowana przeze mnie książka ma na celu wskazanie oraz wyjaśnienie zasad prowadzenia działalności leczniczej, kontraktowania świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialności podmiotów leczniczych oraz możliwości ubezpieczenia placówek medycznych. Dlatego składa się ona z czterech rozdziałów poświęconych w/w problematyce. Niektóre zawarte w nich materiały ukazały się w całości lub w określonej części, we wcześniejszych publikacjach, zmienione i zaktualizowane zostały zamieszczone za zgodą wydawcy (Prawo Asekuracyjne, Medycyna Praktyczna).

Oddając czytelnikom niniejszą książkę mam nadzieję, że będzie ona stanowić ciekawe kompendium wiedzy przydatne w codziennej praktyce podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zarówno podmiotów leczniczych, jak i osób wykonujących zawód medyczny.

Małgorzata Serwach

Łódź, maj 2014 r.

CZEŚĆ I

PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

**TRYB ZAWIERANIA UMÓW
Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA**

SALUS AEGROTI SUPREMA LEX EST

I. Prowadzenie działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych

1. Wprowadzenie

Polski system opieki zdrowotnej podlega procesowi ciągłej transformacji, który łączy się z częstymi zmianami stanu prawnego. Kolejne nowelizacje przepisów z zakresu prawa medycznego spowodowały jednak powstanie wielu wątpliwości zarówno teoretycznych, jak i praktycznych, czego potwierdzeniem jest zmiana stosowanej uprzednio terminologii. Pacjent stał się świadczeniobiorcą, lekarz – świadczeniodawcą, który nie tyle leczy pacjenta co udziela mu świadczeń zdrowotnych, wykonując w tym zakresie działalność gospodarczą. Zakłady opieki zdrowotnej stały się podmiotami leczniczymi, niekiedy będącymi przedsiębiorcami, które zawierają tzw. kontrakty: z jednej strony z Narodowym Funduszem Zdrowia, z drugiej, z osobami wykonującymi zawód medyczny (lekarzami, pielęgniarkami). Nie ma już też służby zdrowia, cały ten proces dzieje się bowiem na rynku usług medycznych.

Należy podkreślić, że w ostatnim czasie Sejm RP nie tylko wprowadził wiele zmian obowiązujących przepisów, ale uchwalił szereg nowych aktów prawnych istotnych z punktu widzenia środowiska medycznego. Do najważniejszych należy zaliczyć nowelizację postanowień ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzającą odpowiedzialność podmiotu leczniczego prowadzącego szpital za zdarzenia medyczne¹ oraz ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej². W drugim z wymienionych akcie prawnym, ustalone zostały zasady prowadzenia działalności leczniczej, rejestr osób wykonujących taką działalność, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych oraz kontrola i nadzór zarówno nad tymi podmiotami, jak i wykonywaną przez nie działalnością. Już w pierwszych postanowieniach powołanej ustawy zdefiniowane zostały podstawowe, użyte w niej terminy:

1) osoba wykonująca zawód medyczny to osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych lub legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

2) podmiot wykonujący działalność leczniczą to każdy podmiot leczniczy, ale też praktyka zawodowa lekarzy czy pielęgniarek. Podmiot leczniczy może mieć status przed-

¹ T.j. Dz.U. 2013, poz. 217. Przepisy powołanej ustawy, weszły w życie 1 stycznia 2012 roku, ale od tamtego czasu podlegały już nowelizacjom, dwie z nich zostały przeprowadzone już w 2014 roku.

² Dz.U. 2011, poz. 654. Ustawa ta będzie nazywana w dalszej części rozważań dz.lecz.

siębiorcy, przy czym przedsiębiorstwo może być prowadzone we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej chyba, że ustawa stanowi inaczej. Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą to samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ) oraz określone jednostki budżetowe (wymienione w art. 4 ustawy);

3) świadczenie zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Wśród świadczeń zdrowotnych ustawodawca przewiduje świadczenia szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, przy czym definiuje tylko dwie pierwsze kategorie.

Jak wynika z przytoczonych definicji ustawowe sformułowania są mało klarowne, wprowadzają nową terminologię – skomplikowaną i nieznaną dotychczas prawu polskiemu³. Tytułem przykładu ustawodawca określa szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9

³ Z innych definicji na uwagę zasługuje mało czytelna definicja działalności leczniczej, np. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Samo już powołane niejasne sformułowanie dookreślone jest jako działalność lecznicza w rodzaju świadczeń szpitalnych, jak i działalność lecznicza w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne.

dz.lecz.). Trudno wskazać, jakie były motywy zmiany wcześniejszych pojęć, tym bardziej że definicja zakładu opieki zdrowotnej oraz podział na ZOZ-y publiczne i niepubliczne funkcjonowały już od dłuższego czasu.

Analizę ustawy o działalności leczniczej utrudnia dodatkowo fakt, że w niektórych przypadkach ustawodawca nie sprecyzował konkretnych terminów, odwołując się do definicji zamieszczonych w innych aktach prawnych. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku określenia samego pacjenta oraz dokumentacji medycznej⁴. Ustawodawca definiuje też przedsiębiorstwo jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, chociaż wcześniej odwoływał się do przepisów kodeksu cywilnego⁵.

2. Pojęcie działalności leczniczej

Działalność lecznicza może przybierać różne formy prawne. W szczególności, może ona polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji

⁴ W tej mierze nastąpiło odwołanie do przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z przyjętą tam definicją, pacjentem jest osobą zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust 1 pkt 4 dz.lecz).

⁵ Art. 55 ze zn. 1 k.c.

zadań dydaktycznych i badawczych (w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia lub wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia). Podmiot wykonujący działalność leczniczą może ponadto uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz w ich kształceniu na zasadach określonych w odrębnych przepisach. W ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może też zostać wydzielona jednostka organizacyjna w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych jednostek preadopcyjnych zlokalizowanych na terenie danej jednostki.

Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁶. Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne oraz inne niż szpitalne) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne⁷. Tych ostatnich udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym. Obejmują one świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej wykonywa-

⁶ Dz.U. 2004, poz. 1807.

⁷ Definicje stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne wprowadza art. 9 ustawy, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne zostały wskazane w art. 10 ustawy.

ne w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym. Dlatego mogą się one odbywać w miejscu pobytu pacjenta lub w pojeździe do tego przeznaczonym.

3. Rodzaje podmiotów leczniczych

Podmiotami leczniczymi są przede wszystkim przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej oraz Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ). Do kategorii tej zaliczono ponadto:

a) 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;

b) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych⁸;

c) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia

⁸ Dz.U. 2010, poz. 618 z późn. zm.

i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej; a także posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń;

d) kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podmiot leczniczy jest obowiązany posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające ustalonym wymaganiom oraz stosować wyroby odpowiadające postanowieniom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁹. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinny być dostosowane do rodzaju wykonywanej działalności oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dotyczą one w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Wymagania odnoszące się do miejsca wykonywania działalności leczniczej zostały potwierdzone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰.

Podmiot leczniczy ma ponadto obowiązek zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające odpowiednie wymagania zdrowotne. Ponadto musi zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital także umowę

⁹ Dz.U. 2010, poz. 679.

¹⁰ Dz.U.2012, poz. 729.

ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, ale dopiero od 1 stycznia 2016 r. Do tego czasu umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych ma dobrowolny charakter.

Lekarze i pielęgniarki (położne) mogą wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej po wpisaniu do odpowiedniego rejestru. Działalność lecznicza tych podmiotów może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub jako grupowa praktyka lekarska w postaci spółki cywilnej, spółki jawnej lub spółki partnerskiej. W przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie lekarz i podmiot leczniczy. W praktyce oznacza to, że pacjent może kierować do każdego z nich z osobna swoje roszczenia odszkodowawcze lub łącznie do obu, dopiero w chwili pełnego zaspokojenia jego żądań (zapłaty odszkodowania czy zadośćuczynienia) nastąpi kwestia wewnętrznych rozliczeń pomiędzy odpowiedzialnymi podmiotami (tzw. roszczenie regresowe).

4. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza szereg warunków prowadzenia tej działalności.

Po pierwsze: podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Po drugie: w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych nie mogą być świadczone usługi pogrzebowe oraz prowadzona ich reklama. Nie ma natomiast żadnych przeszkód prawnych, aby była wykonywana działalność gospodarcza inna niż działalność lecznicza, pod warunkiem że nie będzie ona uciążliwa dla pacjenta lub samego przebiegu leczenia. Podmiot wykonujący działalność leczniczą ma ponadto obowiązek podania do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Podobnie informacje dotyczące wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, opłat za przechowywanie zwłok oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty¹¹.

Pacjent może zostać wypisany ze szpitala, gdy jego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń,

¹¹ Analogiczne zasady – z wyjątkami wynikającymi z natury rzeczy (stosuje się do regulaminu organizacyjnego praktyk zawodowych oraz świadczeń ambulatoryjnych (np. opłat za przechowywanie zwłok).

na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego oraz gdy podmiot ten w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu leczenia, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Pacjent występujący z żądaniem o wypis jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego leczenia. Składa on pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, podmiot leczniczy może się temu sprzeciwić do czasu wydania orzeczenia przez właściwy (ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych) sąd opiekuńczy.

Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do tego podmiotu ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu w placówce, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, jeżeli przedstawiciel ustawowy albo osoba, na której ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyzna-

czonym terminie. Kierownik podmiotu leczniczego niezwłocznie zawiadamia o tym fakcie wójta (burmistrza, prezydenta) i organizuje transport sanitarny na koszt gminy. W takim przypadku gminie przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych kosztów od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której ciąży ustawy obowiązek alimentacyjny.

Szczegółowe zasady dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub w statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Określa on w szczególności:

- 1) firmę podmiotu, cele i zadania podmiotu leczniczego, strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;
- 2) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;
- 5) organizację i zadania poszczególnych jednostek oraz warunki ich współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 6) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia

prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;

7) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;

8) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na których zlecenie przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

9) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;

10) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

Regulamin organizacyjny, chociaż w mniejszym zakresie, powinny posiadać ponadto podmioty wykonujące działalność w rodzaju świadczenia ambulatoryjne oraz praktyki zawodowe lekarzy oraz praktyki pielęgniarek (położnych). Dodatkowo, osoby zatrudnione w szpitalu lub wykonujące swoje czynności na podstawie tzw. kontraktu, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję. Natomiast pacjentów zaopatruje się w znaki identyfikacyjne. Znak identyfikacyjny powinien zawierać dane umożliwiające identyfikację pacjenta, ale zapisane w sposób uniemożliwiający dokonanie tego przez osoby trzecie. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, kierownik może

podjąć decyzję o odstąpieniu od umieszczenia u konkretnego pacjenta takiego znaku identyfikacyjnego.

Podmiot leczniczy może w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych (zakontraktowanych), na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać wykonywania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub więcej swoich jednostek. Czasowe zaprzestanie działalności wymaga zgody wojewody. Odnosi się ono jedynie do podmiotów wykonujących działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Czasowe zaprzestanie prowadzenia działalności leczniczej bez uprzedniego uzyskania zgody oraz zachowania trybu określonego w art. 34 ustawy, pozwala wojewodzie na nałożenie na kierownika podmiotu leczniczego karę miesięczną do wysokości jej trzymiesięcznego wynagrodzenia.

Szczególne regulacje odnoszą się do podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami (rozd. 3 ustawy) przyjmując, że podmiot ten może udzielać świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Wysokość opłat na rzecz innych osób określa kierownik podmiotu leczniczego. Ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także kwestie jego funkcjonowania, określa statut, a jego organem opiniującym i doradczym jest rada społeczna.

5. Zamówienie na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych

Podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na świadczenia zdrowotne innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienia oraz przyjmującego, zgodnie z wpisem do rejestru. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert. Do udzielenia zamówienia nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. Z przyjmującym zamówienie wyłonionym w trybie konkursu ofert udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Umowa nie może być jednak zawarta na okres krótszy niż 3 miesiące, chyba że rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają taką potrzebę. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności. Na jej podstawie przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia – do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń¹². Zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia jest nieważna,

¹² Szczegółowy zakres umowy wymienia art. 27 ust. 4 dz.lecz.

jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy zachodzi konieczność wprowadzenia takich zmian wynikająca z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy, chyba że przewiduje ona taką możliwość. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który była zawarta, z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz wskutek oświadczenia jednej ze stron (z zachowaniem okresu wypowiedzenia), gdy druga strona rażąco narusza istotne jej postanowienia.

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie. Obowiązujące kontrakty (zawarte na podstawie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) nie podlegały zmianom, zachowały one ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

6. Ubezpieczenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Ustawodawca przewiduje dwa rodzaje umów ubezpieczenia.

Po pierwsze: umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która ma obejmować szkody będące następ-

stwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielania.

Po drugie: umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Kierownik podmiotu leczniczego niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, powinien przekazać organowi prowadzącemu rejestr dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela. Zgodnie z brzmieniem art. 212 ust. 2 ustawy, jeżeli umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC została zawarta przed dniem wejścia w życie omawianej ustawy, nowe ubezpieczenie zawierano najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż do dnia 31 grudnia 2012 r. Kwestia ta mogła mieć istotne znaczenie dla określenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz zakresu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Odpowiednie rozporządzenia określające warunki ubezpieczenia zachowały moc do dnia wejścia w życie nowych aktów wykonawczych, jednak nie dłużej niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Obecnie obowiązujące przepisy wykonawcze uwzględniają rodzaje podmiotów wykonujących tę działalność (podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami, podmioty lecznicze nie będąc przedsiębiorcami,

lekarze, pielęgniarki, położne). Zagadnienia związane z problematyką ubezpieczeń zostaną szczegółowo omówione w ostatniej części pracy.

7. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Podmiot, który zamierza wykonywać działalność jako podmiot leczniczy, składa odpowiedniemu organowi wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej¹³. Działalność leczniczą można rozpocząć dopiero po uzyskaniu wpisu. Dlatego organ prowadzący rejestr jest obowiązany dokonać wpisu do rejestru oraz wydać zaświadczenie o tym wpisie w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku. W przypadku podmiotu leczniczego zaświadczenie o wpisie obejmuje również kody identyfikacyjne zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w ustawowym terminie, a od dnia wpływu wniosku upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie orga-

¹³Umowę ubezpieczenia oraz opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Szczegółowy wykaz potrzebnych dokumentów wymienia art. 100 ustawy. Wraz z wnioskiem należy złożyć oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą. Wpis do rejestru podlega opłacie.

nu, który wpisu nie dokonał. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku, nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin biegnie od dnia wpływu uzupełnieniowego wniosku.

Organem prowadzącym rejestr jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza (w odniesieniu do członków wojskowej izby – Wojskowa Rada Lekarska) oraz okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę. Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności dokonywanych czynności z przepisami ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać odpowiedniemu organowi wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od chwili ich powstania. Rejestr prowadzi się w systemie teleinformatycznym. Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów w zakresie wykonywanej działalności leczniczej.

Organ prowadzący rejestr odmawia dokonania wpisu, gdy wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem, podmiot wykonujący działalność leczniczą wykreślono z rejestru w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku lub wnioskodawca nie spełnia warunków prowadzenia dzia-

łałości leczniczej. Osoba ta może uzyskać ponowny wpis nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru.

Wpis do rejestru podlega ponadto wykreśleniu w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym, wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi wykonywania działalności objętej wpisem, rażącego naruszenia warunków wymaganych do jej wykonywania oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych. Analogiczna sytuacja ma miejsce w razie bezskutecznego upływu terminu podjęcia działalności wyznaczonego przez organ prowadzący rejestr, nie dłuższego niż 3 miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności. Podobnie w przypadku skreślenia lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej albo skreślenia pielęgniarki z listy członków okręgowej izby pielęgniarek i położnych lub złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru.

Do decyzji w sprawie odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z obowiązującymi przepisami.

II. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

1. Zasady zawierania kontraktów z NFZ

Podstawą tzw. bezpłatnego leczenia pacjentów objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (nazywana potocznie „kontraktem”) nawiązana z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)¹. Zasady jej zawarcia, jak i całego postępowania regulowane są w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych². Z punktu widzenia podmiotów ubiegających się

¹ Narodowy Fundusz Zdrowia nazywany będzie w toku dalszych rozważań NFZ lub Funduszem.

² Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, poz. 2135,

o taki kontrakt, istotne znaczenie mają też opracowane przez Ministra Zdrowia ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³. Powołane przepisy w sposób dosyć rozbudowany i skomplikowany dla przeciętnego czytelnika określają zasady udzielania oraz finansowania świadczeń zdrowotnych oraz oceny prawidłowej ich realizacji.

Podmiotem, z którym kontrakt może być zawarty określanym jako świadczeniodawca, jest: (1) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej; (2) osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej; (3) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. Umowę zawiera się jednak tylko z tym podmiotem, który został wybrany w toku specjalnego postępowania, prowadzonego w trybie konkursu ofert, a w sytuacjach wyjątkowych w trybie rokowań. Bez przeprowadzenia odpowiedniego postępowania zawiera się umowy ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wykonującymi czynności

z późn.zm. Ustawa ta w dalszej części rozważań nazywana będzie „ustawą”.

³ Szczegółowe zasady wynikają ponadto z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U.2008, poz. 484. Warunki tego rozporządzenia nazywane będą w skrócie „OWU”.

w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Samodzielnego, odrębnego kontraktu nie może podpisać lekarz, pielęgniarka, położna lub inna osoba wykonująca zawód medyczny, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej w podmiocie, który zawarł już umowę z Funduszem⁴. Wymóg ten ma na celu wyeliminowanie sytuacji, w których lekarz, mając zawartą swoją indywidualną umowę, udziela takich samych świadczeń w innej placówce. W takim bowiem przypadku określone zastrzeżenia mogłaby budzić kwestia prawidłowego rozliczenia wykonanego leczenia. Znany w praktyce problem z właściwym finansowaniem wykonanych świadczeń wynika z faktu, że łączna ich wartość, określona we wszystkich kontraktach, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych w planie NFZ. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz, nieokreślone w kontrakcie mogą być udzielane jedynie w wyjątkowych sytuacjach, np. w stanach nagłego zachorowania spowodowanego epidemią.

Świadczeniodawca nie musi wykonywać całego kontraktu osobiście, ma on prawo do przekazywania części

⁴ Możliwe jest jednak zawarcie w takim przypadku umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie porozumienia pomiędzy przyjmującym zamówienie i zamawiającym. Swoboda zawierania umów dotyczących „powykonywania” świadczeń zdrowotnych przez niektóre podmioty lecznicze jest jednak ograniczona przepisami ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 26–27). Do postępowania tego stosuje się jednak niektóre zasady omówione w niniejszej publikacji.

zakontraktowanych świadczeń innym podmiotom⁵. Konkretna umowa powinna jednak nie tylko zawierać upoważnienie do dokonania takiego „zlecenia”, ale też precyzować wymagania dla podwykonawców⁶. Przyjmuje się, że wymagania te nie powinny być mniejsze niż wymagania stawiane przystępującym do postępowania świadczeniodawcom, gdyż nie zapewniłoby to zasady równości oraz nie dawałoby rękojmi prawidłowego wykonania kontraktu. Podwykonawstwo nie może też obejmować 100% świadczeń zawartych w umowie, w takim bowiem przypadku świadczenia *de facto* wykonywałby podmiot niewyłoniony w drodze postępowania co mogłoby z kolei zostać potraktowane jako obejście prawa.

2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Przedmiotem umów może być udzielanie świadczeń w kilkunastu rodzajach, począwszy od leczenia szpitalnego czy opieki specjalistycznej, poprzez rehabilitację leczniczą czy leczenie uzdrowiskowe⁷.

⁵ Na temat zasad subkontraktowania świadczeń zdrowotnych, zob. A. Gąsecka, (w:) *Prawo o działalności leczniczej w praktyce* pod red. D. Brzezińskiej Grabarczyk i M. Narolskiego, Warszawa 2012, s. 108 i nast.

⁶ Podwykonawców definiuje się jako podmioty, które wykonują część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności.

⁷ Należą do nich: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest jawna. Jawność ta przejawia się przez zamieszczenie na stronie internetowej informacji o każdym kontrakcie z podaniem szczegółowych danych dotyczących jego treści. Od 1 stycznia 2014 r. ustawodawca rozszerzył zakres obowiązującej w kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej zasady jawności w kontraktowaniu świadczeń⁸. Dotychczas jawne były jedynie kontrakty zawarte z NFZ. Obecnie zasada jawności obejmuje także oferty świadczeniodawców złożone w toku prowadzonego postępowania. NFZ realizuje zasadę jawności w odniesieniu do treści pełnych ofert, z wyjątkiem informacji zastrzeżonych przez konkretny podmiot stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa. Wymóg jawności zostaje spełniony przez samo umożliwienie wglądu do poszczególnych ofert. W odniesieniu do kontraktów już zawartych NFZ realizuje zasadę jawności poprzez zamieszczenie informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, rodza-

długoterminowej, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, pomoc doraźna i transport sanitarny, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, programy zdrowotne, ratownictwo medyczne oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Odrębną kwestię stanowi podstawowa opieka zdrowotna.

⁸ W dniu 11 października 2013 r. Sejm RP uchwalił przepisy nowelizujące ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2013, poz. 1290. Wprowadziła ona zmiany także do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych, specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

ju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz liczby jednostek rozliczeniowych wraz z ich ceną, a także maksymalnej kwocie zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów. Miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju może być różna, w szczególności może to być: punkt, porada lub osobodzień, wyrażające wartość świadczenia.

Informacje powyższe zamieszcza się w terminie 14 dni od zawarcia konkretnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kontrakt z NFZ nie może być zawarty na czas nieokreślony. Natomiast podpisanie umowy na okres dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa Funduszu. W czasie jej obowiązywania świadczeniodawca nie może ponadto ubiegać się o zawarcie kolejnego kontraktu w tym samym zakresie, dotyczącej tego samego przedmiotu. Ograniczenie to nie dotyczy przypadku, gdy zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy, której wcześniej nie można było przewidzieć lub jest ograniczona liczba podmiotów, nie większa niż pięciu, mogących udzielać tego rodzaju świadczenia.

Prawo polskie dopuszcza możliwość zmiany kontraktu zawartego z NFZ. Zmiana umowy może zostać dokonana bez przeprowadzenia dodatkowego postępowania. Jednakże ustawodawca ograniczył możliwości swobodnego dokonywania zmian w umowach. Wskazał, że nieważna jest zmiana dotycząca warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że dokonanie takiej zmiany jest konieczne i wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. W takim

przypadku konieczne jest jednak przeprowadzenie nowego postępowania, a zmienione umowy obowiązują jedynie do czasu jego zakończenia.

Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się postanowienia kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dodatkowo, umowa będzie nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie⁹ lub też zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało następnie unieważnione¹⁰. Konkretny kontrakt może być ponadto nieważny w części wykraczającej poza przedmiot postępowania¹¹.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Jeżeli jej

⁹ Przyczyny odrzucenia ofert wymienione zostały w art. 149 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należą do nich m.in. sytuacja, w której oferta złożona została po terminie, zawiera nieprawdziwe informacje, jeżeli zawiera rażąco niską cenę, świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń oraz inne.

¹⁰ Postępowanie może zostać unieważnione w przypadkach określonych w art. 150 w/w ustawy. Zgodnie z powołanym przepisem dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może unieważnić postępowanie jeżeli nie wpłynęła żadna oferta, odrzucono wszystkie oferty, lub nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć. Analogicznie, gdy kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą NFZ może przeznaczyć na finansowanie tego rodzaju świadczeń.

¹¹ Zob. B. Łukasik, J. Nowak – Kubiak, *Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2006.

postanowienia nie stanowią inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności¹²:

- rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- wykaz podwykonawców oraz wymagania inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić, za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- postanowienie o karze umownej.

Jednym z istotniejszych postanowień jest określenie kary umownej¹³. Kara umowna stanowi odszkodowanie umowne¹⁴, a jednocześnie swoistego rodzaju sankcję za

¹² W umowie może być ponadto przewidziany sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka przewidzianych w ustawie o refundacji z 12 maja 2011 r.

¹³ Dlatego postanowienie to będzie przedmiotem szczegółowej analizy.

¹⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z 20 marca 1968 r., LEX nr 6299; J. Szwaja, *Kara umowna według kodeksu cywilnego*, Warszawa 1967.

niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości¹⁵.

3. Zasady wykonywania zakontraktowanych świadczeń

Zawierając umowę z NFZ świadczeniodawca zobowiązuje się nie tylko do jego prawidłowego wykonania, ale też zachowania wymogów wynikających z obowiązujących przepisów, które określają ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶. W konsekwencji powinien udzielać pacjentom zakontraktowane świadczenia z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej¹⁷. Ma on ponadto obowiązek

¹⁵ Wysokość kary umownej w przypadku naruszenia przez lekarza warunków wynikających z zawartego przez niego kontraktu wynika z przepisów rozporządzenia Ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. 208, poz. 484.

¹⁶ Ibidem, Dz.U. 2008, nr 81, poz. 484.

¹⁷ Na temat odpowiedzialności lekarza, wymaganej od niego staranności zob. M. Serwach, *Pojęcie błędu medycznego, szkody, związku przyczynowego oraz winy jako przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarza*, Medycyna Praktyczna 2010, nr 11; Tej samej autorki: *Wpływ prawnej formy wykonywania zawodu lekarza na odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi*, Medycyna Praktyczna 2011, nr 3 oraz

przestrzegania praw pacjenta oraz podejmowania działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń¹⁸.

Szczególne uprawnienia odnoszą się do kwalifikacji personelu, sprzętu oraz pomieszczeń. W konsekwencji, świadczenia zdrowotne powinny być udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje lub uprawnienia w określonej dziedzinie medycyny. Osoby te, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy, a także w innej placówce.

Świadczeniodawca wykonując usługi w ramach tzw. bezpłatnego leczenia musi ponadto zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy. Dodatkowo ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego pacjentom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Niezależnie od wyżej wymienionych wymogów podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien udzielać świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaga-

Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo sprzeciwu, Medycyna Praktyczna 2012, nr 7–8.

¹⁸ Na temat praw pacjenta zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.

niom określonym w odrębnych przepisach oraz w warunkach określonych przez prezesa NFZ, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku. Konieczne jest także przechowywanie dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów sprzętu medycznego wykonanych przez uprawnione podmioty. Wymogi dotyczące pomieszczeń nie mają jednak zastosowania, gdy z charakteru zakontraktowanych świadczeń wynika konieczność ich udzielania poza takimi pomieszczeniami. Dopuszczalna jest ponadto zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń w czasie wykonywania kontraktu, wymaga jednak złożenia odpowiedniego wniosku oraz uzyskania pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, wyrażonej w terminie 14 dni od dnia jego złożenia. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wyrażenia zgody, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do bezpłatnego leczenia.

Realizując warunki kontraktu, świadczeniodawca powinien zapewnić udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z ich wykonaniem. W ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w określonych przypadkach z wyjątkiem podmiotów udzielających świadczeń z zakre-

su podstawowej opieki zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie¹⁹. Pojęcie ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń zwrotnych pojawia się także jako kryterium wyłonienia świadczeniodawców w postępowaniu prowadzony przez NFZ²⁰.

Zawierając umowę z NFZ każdy podmiot musi ponadto liczyć się z tym, że powinien udzielać świadczeń opieki zdrowotnej przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy²¹. Dopuszcza się wprowadzić przerwę

¹⁹ Zgodnie z art. 41 ust. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach: konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym lub wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem. W innych przypadkach, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

²⁰ Zagadnienia te będą przedmiotem dalszej analizy.

²¹ Czynności administracyjne związane z realizacją umowy mogą być wspierane przez wykorzystanie dedykowanego serwisu internetowego.

w udzielaniu zakontraktowanych świadczeń: planowaną lub wymuszoną przez okoliczności, których nie można było przewidzieć. Jeżeli dany podmiot planuje przerwę w udzielaniu świadczeń musi powiadomić o tym fakcie na piśmie oddział wojewódzki Funduszu, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – także sposób zapewnienia ciągłości ich realizacji w tym czasie. Przerwa w udzielaniu świadczeń, wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – w terminie 8 dni. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nie musi jednak wypowiadać się wyraźnie w tej sprawie, za zgodę uważa się bowiem także brak sprzeciwu we wskazanych terminach. Rozwiązanie powyższe należy traktować jako mało konsekwentne, skoro takie same skutki prawne wywołuje zgoda udzielona na piśmie (forma szczególna), jak i milczenie podmiotu poinformowanego o planowanej przerwie.

W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości ich udzielania, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu

wego. Prowadzi go NFZ, a zasady korzystania z serwisu reguluje odrębna umowa.

i podjętych czynnościach. W tym przypadku nie ma wymogu uzyskania wyrażnej lub milczącej zgody.

Analogicznie, o zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje oddział wojewódzki NFZ, który wyznacza mu termin do usunięcia przeszkód, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w wyznaczonym terminie. W przypadku nieusunięcia przeszkód lub niemożności ich usunięcia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę, w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia. Wskazane rozwiązanie wprowadza swoisty obowiązek denuncjacji na siebie samego, trudno bowiem wskazać przyczyny, dla których podmiot ten powinien narażać się na sankcje z możliwością rozwiązania umowy włącznie, oczekując na wyznaczenie terminu na usunięcie przeszkody w wykonaniu świadczeń zamiast niezwłocznie przystąpić do samodzielnego ich usunięcia. Jedynym uzasadnieniem takiego rozwiązania jest ochrona interesu pacjentów.

Z punktu widzenia potencjalnej kontroli prowadzonej przez NFZ istotne jest, że każdy świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył (tzw. podwykonawcy). Dodatkowo odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich,

w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania zakontraktowanych świadczeń.

W miejscu wykonywania działalności, podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien podać do wiadomości pacjentów informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych ich rodzajach. Musi też ma umieścić na zewnątrz budynku, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym Funduszu. W przypadku, gdy w budynku, świadczenia udzielane są także przez inne podmioty, które nie zawarły umowy z NFZ, znak graficzny Funduszu powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z nich udziela świadczeń na podstawie kontraktu. Świadczeniodawca jest ponadto zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych szeregu informacji, w szczególności dotyczących: imion i nazwisk osób kierujących placówką (a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń), a także miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców. Pacjent powinien uzyskać też wiedzę na temat zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych oraz informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na dane świadczenie. Podkreślenia wymaga fakt, że ustawodawca przewidział ponadto obowiązek wskazania na prawa pacjenta, tryb składania skarg i wniosków oraz podania adresu

i numeru różnych instytucji²². Z wyjątkiem podmiotów udzielających świadczeń całodobowo, informacje, o godzinach i miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz numery alarmowe ratownictwa medycznego i numery telefonów (adresy) powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

Świadczeniodawca realizując postanowienia kontraktu zawartego z NFZ musi zapewnić rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Świadczenia powinny być udzielane pacjentom w możliwie najkrótszym terminie. Jedynie w przypadku porodu przyjęcie musi nastąpić niezwłocznie.

Niezależnie od tego, trzeba pamiętać, że placówka powinna przyjąć pacjenta w ustalonym uprzednio terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili jego ustalania, a które uniemożliwiają jego przyjęcie, lekarz lub inny pracownik w każdy dostępny sposób powinien poinformować pacjenta o zmianie terminu.

W przypadku gdy dany podmiot zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności (np. dokona odpowiedniej zmiany i zamiast spółki

²² Telefonów: podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta – w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej; adresu oraz numeru telefonu Rzecznika Praw Pacjenta; numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: „112” i „999”.

cywilnej będzie prowadził swoją działalność w formie spółki partnerskiej), mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on zobowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem²³. Po przeprowadzonej zmianie, świadczeniodawca w terminie 7 dni powinien przedłożyć do NFZ dokumenty potwierdzające rzeczywisty stan rzeczy. Natomiast o zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca ma obowiązek poinformowania oddziału wojewódzkiego Funduszu niezwłocznie.

4. Zakończenie stosunku umownego

Ustawodawca przewidział kilka możliwości zakończenia stosunku umownego. Należą do nich możliwość wypowiedzenia umowy, jej rozwiązania bez wypowiedzenia lub wygaśnięcia. Najostrzejszym środkiem jest możliwość rozwiązania umowy bez wypowiedzenia, które może być dokonane zarówno przez świadczeniodawcę, jak i przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez oddział woje-

²³ Na temat zasad wykonywania zawodu lekarza oraz prowadzenia poszczególnych praktyk zob. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz* pod red. E. Zielińskiej, Warszawa 2008, s. 429 i nast.

wódzki Funduszu płatności za co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń. Natomiast dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma tych możliwości znaczenie więcej. Może rozwiązać konkretną umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w kilku enumeratywnie wyliczonych przypadkach:

1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;

2) rażącego naruszenia warunków wykonywania kontraktu w poprzez udzielanie świadczeń u innego podmiotu w czasie przewidzianym w harmonogramie pracy lub odmowie wykonania niezbędnych badań (w tym diagnostycznych lub laboratoryjnych);

3) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

4) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;

5) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców;

6) jeżeli umowa została zawarta z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki

zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem²⁴.

Rozwiązanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w terminie 14 dni lub dłuższym, jeżeli strony tak ustalą w konkretnym kontrakcie. Na wezwanie do usunięcia uchybień świadczeniodawca może jednak wnieść zażalenie do Prezesa NFZ, które zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy. Jeżeli jednak uchybienia są na tyle istotne, że wystąpi zagrożenie zdrowia lub życia świadczeniobiorców rozwiązanie umowy nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do ich usunięcia.

Rozwiązanie umowy w trybie natychmiastowym może ponadto nastąpić w razie wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących podstawą ustalenia kwoty należności lub mających istotny wpływ na zawarcie umowy. Analogiczna sankcja może spotkać podmiot, który udaremnienia przeprowadzenie kontroli przez Fundusz lub nie wykonuje zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po jego stronie, o ile w tym przypadku wcześniej nie nałożono kary umownej z tego tytułu. Uprawnienie to przysługuje dyrektorowi NFZ także w przypadku omówionej wcześniej sytuacji zaistnienia okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu kontraktu oraz jej nieusunięcia w wyznaczonym terminie.

²⁴ Czyli nastąpiło naruszenie przepisu art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Każda ze stron może natomiast w uzasadnionych wypadkach wnioskować o zmianę zawartej umowy. Zarówno wnioszek, jak i sama zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków kontraktu powinny być podjęte nie później niż w terminie 30 dni, chyba że kontrahent nie wyrazi zgody na wprowadzenie jakichkolwiek zmian i uzasadni swoje stanowisko na piśmie. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie może być później wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy. Nie jest to jednak sytuacja „bezpieczna” dla świadczeniodawcy. Jeżeli zmiana jest bowiem niezbędna ze względu na zmiany stanu prawnego, konkretny kontrakt ulega rozwiązaniu za wypowiedzeniem, przy czym okres wypowiedzenia niezależnie od przyjętego w umowie terminu może zostać skrócony do miesiąca.

Możliwość wypowiedzenia umowy z zachowaniem 30-dniowego terminu została przewidziana także w sytuacji, gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizacji umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może zaproponować nowe warunki realizacji kontraktu, odpowiadające sytuacji faktycznej. Świadczeniodawca może jednak nie przyjąć zmienionych warunków. Wówczas umowa ulegnie rozwiązaniu po upływie 60 dni od wypowiedzenia.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dają ponadto możliwość wygaśnięcia umowy

w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy. Analogiczny skutek wystąpi w razie ustania bytu prawnego świadczeniodawcy (np. zakończenie prowadzenia działalności leczniczej czy likwidacji placówki).

Biorąc pod uwagę wiele możliwości powstawania konfliktów w związku z realizacją lub wygaśnięciem umowy, ustawodawca przewidział, że wszystkie spory pomiędzy stronami powinny być rozstrzygane polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem interesu stron. Trudno wskazać, na ile ta deklaracja znajduje pokrycie w rzeczywistym stanie rzeczy.

III. Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

1. Konkurs ofert – zasadniczy tryb postępowania

Postępowanie przeprowadzane w celu wyłonienia świadczeniodawców, z którymi zostaną zawarte kontrakty przez NFZ może być prowadzone w dwojaki sposób:

- konkursu ofert,
- rokowań.

W toku postępowania NFZ ma obowiązek zapewnić równe traktowanie wszystkich podmiotów, które do niego przystąpiły i prowadzić to postępowanie w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji. Sam przedmiot zamówienia powinien opisać w sposób jednoznaczny i wyczerpujący. Pomimo wprowadzenia wskazanych wytycznych *expressis verbis*, trudno wskazać, czy są one dochowywane.

W praktyce decydujące znaczenie ma konkurs ofert, o którym Fundusz zawiadamia wszystkich zainteresowanych zamieszczając na swoich stronach odpowiednie ogłoszenie. W przypadku rokowań Fundusz wysyła zaproszenia do wybranych podmiotów, stąd tryb ten stosowany jest zazwyczaj wyjątkowo, wobec podmiotów leczniczych. Jak wcześniej wspomniano, postępowania w postaci konkursu ofert czy rokowań nie stosuje się do zawierania umów z podmiotami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. W obu wskazanych przypadkach zawiera się umowę z lekarzem spełniającym warunki określone przez Prezesa NFZ. Dyrektor każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia takiego kontraktu. Ogłoszenia wysyłane są też zazwyczaj do właściwych miejscowo okręgowych izb lekarskich, aby te zamieściły stosowne informacje na tablicy ogłoszeń we własnych siedzibach. Z treści w/w ogłoszeń każdy zainteresowany podmiot powinien dowiedzieć się, jakie powinien spełniać warunki (sanitarne, techniczne, lokalowe) oraz jakie dokumenty (kompleksowo nazywane ofertą) i w jakim terminie i miejscu powinny być przez niego złożone. Dyrektor oddziału NFZ ma ponadto obowiązek podać miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz innymi materialnymi informacyjnymi.

Przeprowadzenie każdego konkretnego postępowania poprzedza powołanie przez dyrektora oddziału tzw. komisji konkursowej, której zadaniem jest wyłonienie podmiotów, z którymi zostaną zawarte umowy, ale też rozpatrywanie ich protestów oraz prowadzenie rozmów oraz negocjacji. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej. W części jawnej konkursu komisja w obecności osób składających swoje oferty – tzw. oferentów – stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert, a następnie otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z nich spełniają odpowiednie warunki formalne. W razie potrzeby przyjmuje też do protokołu zgłoszone wyjaśnienia lub oświadczenia. Oświadczenia lub wyjaśnienia nie muszą być składane osobiście, mogą być przekazane za pomocą poczty elektronicznej lub telefaksu, przy czym uważa się, że zostały złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed jego upływem i została niezwłocznie potwierdzona na piśmie. Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

W części niejawnej konkursu ofert komisja powinna wybrać ofertę lub większą ich liczbę, jeżeli zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, Komisja ma prawo nie dokonać wyboru żadnej oferty. W razie zaistnienia takiej potrzeby może ponadto przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych

świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za ich udzielenie lub ceny za udzielane świadczenia. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden podmiot.

O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu oraz w terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie¹. Jeżeli w wyniku przeprowadzonego konkursu, ilość zawartych umów nie jest wystarczająca i powoduje zmniejszenie dostępu do świadczeń gwarantowanych, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może przeprowadzić dodatkowe postępowanie. W wyniku jego rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania podmiot, które spełnia warunki dotyczące personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną może zawrzeć umowę dodatkową na okres nie dłuższy niż rok².

2. Rokowania – tryb wyjątkowy

Zawarcie kontraktu w trybie rokowań następuje w przypadkach wyjątkowych. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania kontraktów, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń

¹ Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania, następuje jego zakończenie, a Komisja ulega rozwiązaniu.

² Szczegółowe zasady tego postępowania zostały określone w art. 161b ustawy.

oraz warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty. Nawet jednak w tym przypadku podmiotów nie może być mniej niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń lub ograniczoną ich dostępność w praktyce jest mniej świadczeniodawców mogących udzielać konkretne świadczenia.

Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:

- uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki rokowań są takie same jak w konkursie,
- zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć,
- jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania.

W pierwszym przypadku do udziału w rokowaniach zaprasza się podmioty, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert. W dwóch kolejnych, zaprasza się do udziału świadczeniodawców, którzy w ogóle mogą udzielać świadczeń będących przedmiotem postępowania.

Rokowania, podobnie jak oferta, składają się z części jawnej oraz niejawnej, przy czym powinny się zakończyć wyłonieniem świadczeniodawcy. O rozstrzygnięciu roko-

wań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie 2 dni od ich zakończenia.

3. Zasady wyboru świadczeniodawców

Zgodnie z wymogami ustawy, kryteria oceny ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Porównanie ofert musi przy tym uwzględniać trzy kryteria: ciągłość, kompleksowość, a także dostępność udzielanych świadczeń. Ostatnia nowelizacja ustawy, która weszła w życie 1 stycznia 2014 r. wprowadziła do tzw. słowniczka pojęć definicje wymienionych terminów³. Przez ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej rozumie się zatem organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego

³ Odrębnie zdefiniowane zostało ponadto pojęcie poradni przyszpitalnej jako ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowanego w budynku albo w zespole budynków oznaczonych tym samym adresem co szpital albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość, w którym udzielane są te same lub zbliżone rodzajowo świadczenia co w szpitalu (art. 5 ust 28a). W poradni przyszpitalnej mogą być udzielane ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie kontraktu, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów (art. 5 pkt 2a ustawy). Natomiast kompleksowość takich świadczeń oznacza możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie (art. 5 pkt 7a ustawy). Nadal niedookreślone zostało pojęcie dostępności świadczeń, co – biorąc pod uwagę chociażby potencjalną odległość zamieszkania pacjentów od konkretnej placówki medycznej – może odgrywać równie istotną rolę jak kwestia ciągłości czy kompleksowości leczenia⁴.

Dokonując wyboru najlepszych ofert należy ponadto uwzględnić jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. W praktyce wydaje się jednak, że największe znaczenie odgrywa cena oraz liczba oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów (art. 148 ustawy).

Świadczeniodawca, który złoży niekompletne dokumenty musi się liczyć z tym, że jego oferta zostanie odrzucona. Generalnie, odrzuca się ofertę złożoną po terminie, zawierającą nieprawdziwe informacje lub złożoną

⁴ Zdarza się, że ograniczona jest dostępność udzielania określonych świadczeń na skutek wyboru najtańszej oferty świadczeniodawcy spoza granic miejscowości, w której zamieszkują potencjalni pacjenci. Sytuacja tego rodzaju wystąpiła w praktyce w dużym mieście, gdy świadczenia opieki zdrowotnej w ramach tzw. pomocy świątecznej miały być udzielane przez małą placówkę oddaloną o kilkanaście kilometrów od miejsca zamieszkania potencjalnych pacjentów.

przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana umowa przez oddział wojewódzki Funduszu prowadzący postępowanie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po jego stronie. Analogiczna sytuacja będzie miała miejsce, jeżeli dany podmiot nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył ofertę alternatywną. Nie będzie ponadto rozpatrywana oferta zawierająca rażąco niską cenę, a także nie spełniająca wymaganych warunków określonych w przepisach prawa

W przypadku, gdy braki dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem. Jeśli świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera uchybienia formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

W obecnie obowiązującym stanie prawnym przewidziane zostały dodatkowe warunki, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz w razie wystąpienia już takiego braku zabezpieczenia. W pierwszym przypadku (gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej) okres obowiązywania określonego kontraktu może zostać przedłużony, jednak nie więcej niż o 6 miesięcy. W drugim, czyli w braku możliwości zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, gdy świadczenia w danym zakresie były udzielane przez jednego świadczeniodawcę na określonym obszarze, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może przeprowadzić zmiany kontraktu zawartego ze świadczeniodawcą w tym zakresie na

obszarze sąsiadującym z tym obszarem, na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. Dokonując zmiany takiej umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ bierze pod uwagę konieczność zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców oraz uwarunkowania komunikacyjne. Zmiana umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga uzyskania zgody Prezesa NFZ.

Takie jednorazowe przedłużenie obowiązywania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanych w dniu wejścia w życie omawianej nowelizacji zostało przewidziane *expressis verbis* na czas nie dłuższy niż do 31 grudnia 2014 r. Potencjalne przedłużenie obowiązywania umów mogło nastąpić jedynie na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, przy czym w przypadku umów o wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego wymagało dodatkowo zgody wojewody. Rozwiązanie to miało zapewne na celu ograniczenie problemów, jakie co roku występują przy negocjowaniu kontraktów na kolejny okres. Powstaje jednak pytanie, czy słuszną metodą jest wprowadzenie do przepisów ustawy możliwości przedłużenia obowiązywania zawartych uprzednio kontraktów do 31 grudnia 2014 r., bo jednoznaczne określenie daty końcowej spowodowało, że ten konkretny przepis pośrednio traci swoją aktualność⁵.

⁵ Nie można na jego podstawie dokonać kolejnego przedłużenia obowiązywania istniejących umów, np. do 31 stycznia 2015 r., chyba że zostanie on ponownie znowelizowany i będzie przesuwany analo-

4. Środki odwoławcze

Podmiotom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez NFZ zasad przeprowadzania postępowania, przysługują środki odwoławcze. Środki odwoławcze nie zostały jednak przyznane na wybór trybu postępowania lub jego unieważnienie, a także na niedokonanie wyboru świadczeniodawcy. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu jego zakończenia, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Do czasu rozpatrzenia protestu prowadzone postępowanie ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi temu podmiotowi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Kolejnym środkiem zaskarżenia jest odwołanie. Wskazany tryb, w ostatnim czasie, uległ niewielkim zmianom. Świadczeniodawca, który brał udział w postępowaniu

gicznie jak termin obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

prowadzonym przez NFZ, podobnie jak poprzednio, może złożyć odwołanie w terminie 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania⁶. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie kontraktu, przy czym powinno ono zostać rozpatrzone w terminie kolejnych 7 dni. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie i umieszcza ją na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej⁷. W przypadku uwzględnienia odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, iż określony kontrakt zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ponownie przeprowadza całe postępowanie.

Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego przysługiwało odwołanie do Prezesa NFZ⁸. Obecnie świadczeniodawcy przyznane zostało uprawnienie do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, który może skierować „ponownie” do dyrektora oddziału wojewódzkiego

⁶ Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

⁷ Zamieszczenie decyzji na tablicy ogłoszeń powinno nastąpić w terminie 2 dni od dnia jej wydania.

⁸ Odwołanie wnosilo się do Prezesa Funduszu za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego. Prezes NFZ rozpatrywał odwołanie w terminie dni 30 od dnia jego otrzymania i wydawał decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Prezesa NFZ przysługiwała skarga do sądu administracyjnego.

Funduszu⁹. Wniosek powinien zostać złożony w terminie 7 dni od doręczenia pierwszej decyzji w sprawie i powinien być rozpatrzony w terminie 14 dni od jego otrzymania. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu. Od decyzji tej przysługuje jeszcze skarga do sądu administracyjnego.

W toku realizacji umowy świadczeniodawcy przysługuje natomiast zażalenie na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zażalenie rozpatruje w terminie 14 dni od jego otrzymania Prezes NFZ. Po przeanalizowaniu sprawy, Prezes NFZ może nałożyć na dyrektora oddziału obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności może nakazać uchylenie czynności, której zażalenie dotyczy. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia, nawet jeśli dotyczy ono tylko części czynności przysługuje wniosek o jego ponowne rozpatrzenie. Uprawnienie to jest jednak dosyć słabe. Trudno bowiem oczekiwać od Prezesa NFZ, że w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy zmieni swoje dotychczasowe stanowisko.

W konkluzji należy stwierdzić, że tryb zawierania i wykonywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga wielu zmian. W szczególności, nie różnicuje

⁹ Motywem takiego rozstrzygnięcia było zapewne „odciążenie” Prezesa NFZ od konieczności indywidualnego rozpatrywania poszczególnych spraw. Przy takim ujęciu powstaje jednak uzasadniona wątpliwość, czy słuszne jest, aby dyrektor oddziału wojewódzkiego ponownie rozpatrywał sprawę, którą już wcześniej ocenił, będąc w ten sposób w roli „sędziego we własnej sprawie”.

sytuacji świadczeniodawców w zależności od tego, czy dany podmiot wykonuje wybrane przez siebie świadczenia, czy też wszystkie świadczenia określonego rodzaju, w tym słabo finansowane czy wręcz niedoszacowane. Nadal niestety decydujące znaczenie ma też cena, co niekiedy odbija się na jakości i dostępności poszczególnych procedur medycznych. Słusznie zatem wprowadza się propozycje nowelizacji omówionych przepisów dostosowujących obowiązujące zasady do obecnego kształtu systemu opieki zdrowotnej.

Dokonując oceny ostatniej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych ustaw (w szczególności ustawy o działalności leczniczej), należy zauważyć, że część zmian doprecyzowuje dotychczas obowiązujące zasady zawierania kontraktów z NFZ (kompleksowość, ciągłość udzielania świadczeń, jawność ofert). Niektóre z nich mają jednak charakter rozwiązań przejściowych, co oznacza, że omawiane ustawy będą musiały być w najbliższym czasie po raz kolejny nowelizowane.

IV. Kara umowna, EKUZ oraz system eWUŚ

1. Kara umowna w kontraktach zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia

Każda umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zawierać w swej treści postanowienie o karze umownej. Kara umowna stanowi odszkodowanie umowne¹, a jednocześnie swoistego rodzaju sankcję za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w kontrakcie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

Kara umowna, poza tym, że wynika z ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uregulowana jest w przepisach kodeksu cywilnego. Stanowi dodatkowe zastrzeżenie stron zgodnie, z którym naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienale-

¹ Wyrok Sądu Najwyższego z 20 marca 1968 r., LEX nr 6299; J. Szwaja, *Kara umowna według kodeksu cywilnego*, Warszawa 1967.

żytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy pieniężnej. Kara umowna zastrzegana jest zazwyczaj w związku z konkretnymi uchybieniami w zakresie wykonania zobowiązania lub jego niewykonania, przy czym przyczyny zróżnicowania kar umownych mogą być odmienne, uwzględniające stopień zagrożenia co do niestaranego się zachowania każdej ze stron lub charakteru czynności obwarowanej karami². W piśmiennictwie prawniczym podkreśla się, że kara umowna ma charakter akcesoryjny w tym znaczeniu, iż zakres odpowiedzialności z jej tytułu w pełni pokrywa się z zakresem ogólnej odpowiedzialności dłużnika za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa)³. Większość autorów uznaje, że taki wniosek wynika z samego już celu kary umownej oraz miejsca przepisów regulujących omawianą instytucję. Analogiczne zapatrywanie jest obecnie ugruntowane w judykaturze sądów polskich⁴. Odesłanie do ogólnych zasad odpowiedzialności kontraktowej powoduje, że odpowiednie zastosowanie będą miały przesłanki tej odpowiedzialności wraz z określeniem zasad rządzących ciężarem dowodu. W konsekwencji dłużnik będzie zobowiązany do zapłaty kary umownej tylko wtedy, gdy ponosi odpowiedzialność cywilną za konkretne niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania w stosunku, do

² Wyrok Sądu Najwyższego z 19 marca 2003 r., LEX nr 78852.

³ T. Wiśniewski, (w) *Komentarz do kodeksu cywilnego, ks. III – Zobowiązania, T. I*, Wydawnictwo Prawnicze 1996, s. 448.

⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z 20 marca 1968 r., LEX nr 6299; wyrok Sądu Najwyższego z 8 lipca 2004 r., niepubl.

którego omawiana sankcja cywilnoprawna została zastrzeżona.

Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym przez Sąd Najwyższy w wyroku z 8 lutego 2007 r.⁵ kara umowna może być wyrażona ułamkiem wartości rzeczy lub ułamkiem innej wartości (np. kontraktu), jeżeli ustalenie kwoty byłoby tylko czynnością arytmetyczną. Przyjęcie konstrukcji prawnej zakładającej ustalenie w przyszłości podstawy naliczania kary umownej jest niedopuszczalne.

Wysokość kary umownej w przypadku naruszenia przez świadczeniodawcę warunków wynikających z zawartego przez niego kontraktu nie jest dowolna, wynika ona z przepisów rozporządzenia Ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.⁶ W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania kontraktu niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie kontrahenta, wysokość kary umownej wynosi:

Po pierwsze, do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:

- obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w określonych przypadkach⁷,

⁵ I CSK 420/06.

⁶ Przepisy tego rozporządzenia były przedmiotem szczegółowej analizy w poprzedniej części, Dz.U. 2008, poz. 484.

⁷ Zgodnie z art. 35 ustawy świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy

- udaremniania kontroli,
- pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń oraz niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych;

Po drugie, do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:

- nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
- udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny
- przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;

Po trzecie, do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku:

- gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,

wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

- niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń,
- nieumieszczenia informacji, o zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych lub informacji o trybie składania skarg i wniosków; prawach pacjenta oraz innych informacji do umieszczenia, których zobowiązany jest dany podmiot⁸,
- nieprzekazania w terminie informacji o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń⁹ oraz informacji o planowanych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności¹⁰,
- udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,

⁸ Jak wcześniej wskazano świadczeniodawca jest bowiem zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych wielu informacji.

⁹ Przypomnieć należy, że świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie (§ 9 ust. 2 OWU).

¹⁰ O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje oddział wojewódzki Funduszu, który wyznacza świadczeniodawcy termin do usunięcia przeszkód, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie (§ 35 ust 1 OWU).

- nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
- nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo o zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie sprawozdawczym objętym kontrolą.

Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają kumulacji, przy czym łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy. Jednocześnie łączna kwota kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy nie może przekraczać 4 % kwoty zobowiązania NFZ wynikającego z umowy wobec świadczeniodawcy. W przypadku umów zawartych na okres dłuższy niż rok, wskazana kumulacja dotyczy kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za rok, w którym stwierdzono naruszenia podlegające karze.

Niezależnie od wyżej wymienionych postanowień odnoszących się do kary umownej, konkretny kontrakt może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oddział wojewódzki NFZ może nałożyć

na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. Zasady te stosuje się odpowiednio w odniesieniu do wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, finansowanych w całości lub w części przez NFZ.

Wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania określa każdorazowo, dyrektor odpowiedniego oddziału NFZ. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, dany podmiot jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez NFZ. W razie bezskutecznego upływu wskazanego terminu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących lekarzowi należności.

Dopuszczalne jest żądanie wyższej kary umownej od poprzedniej w razie stwierdzenia przez NFZ podczas kontroli naruszeń, które zostały stwierdzone również w kontrolach przeprowadzonych uprzednio w czasie obowiązywania umowy. NFZ jest też uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej, jeśli na skutek nienależytego wykonania danego kontraktu poniósł wyższą szkodę.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jako dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Jako podstawowy dokument potwierdzający prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiający potwierdzanie ich wykonania ustawodawca przyjmuje kartę ubezpieczenia zdrowotnego. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest kartą typu elektronicznego i może ona pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). W stosunku do świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony¹¹ podmiot ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej obowiązany jest przedstawić decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającej jego uprawnienia. W przypadku wydania takiej decyzji jej kopia powinna być przekazana do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od jej wydania (art. 54 ust 6 ustawy).

Przedstawienie przez świadczeniobiorcę stosownych dokumentów nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie dwa warunki:

¹¹ Osób posiadających obywatelstwo polskie oraz miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe wskazane w odrębnych przepisach.

1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej¹²,

2) świadczeniodawca (lub osoba uprawniona w rozumieniu ustawy o refundacji) uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ.

W razie nieustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej we wskazany powyżej sposób świadczeniobiorca może przedstawić inny dokument potwierdzający jego uprawnienia, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej¹³. Zgodnie z wprowadzonym do art. 50 ust. 7a ustawy, w sytuacji udzielania świadczeniobiorcy stacjonarnych albo całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie pacjenta obejmuje okres od dnia rozpoczęcia jego udzielania do dnia jego zakończenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej trwa dłużej – świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.

W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie odpowiedniego oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje

¹² Legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia.

¹³ Zob. też rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

udzielone pomimo braku potwierdzenia tego prawa. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia stosownego oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia jego udzielania – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami.

3. System eWUŚ

Nowatorskim rozwiązaniem pozwalającym na łatwą identyfikację osób ubezpieczonych miał być system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców oparty na prowadzonym przez NFZ Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU), służący świadczeniodawcom do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów. System ten został wprowadzony z dniem 1 stycznia 2013 r. i nazywany jest potocznie Ewuś. Podstawą funkcjonowania systemu eWUŚ jest weryfikacja uprawnień na podstawie numeru PESEL. Prawo do świadczeń powinno zostać potwierdzone w dniu udzielenia świadczenia, a nie w dniu zapisu na świadczenie.

CZEŚĆ II

PRAWA PACJENTA W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

VOLUNTAS AEGROTI SUPREMA LEZ ESTO

I. Prawa pacjenta – obowiązujący stan prawny

1. Prawo pacjenta do leczenia

Obserwowany w ostatnim czasie dynamiczny rozwój tzw. prawa medycznego oraz wprowadzenie nowych regulacji prawnych, których zadaniem było kompleksowe unormowanie podstawowych kwestii z tego zakresu powoduje, że szczególnego rozważenia wymaga problematyka praw pacjenta¹. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawiera, jak wynika z samego jej tytułu, katalog uprawnień przyznanych osobie, której zostały udzielone świadczenia zdrowotne². Wbrew oczekiwaniom środowiska medycznego

¹ Zob. też: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, D. Karowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, pod red. E. Zielińskiej, Warszawa 2008.

² Powołana ustawa w dalszej części rozważań nazywana będzie ustawą o prawach pacjenta (pr.pacj). Stanowi ona jeden z sześciu aktów prawnych uchwalonych przez Sejm w grudniu 2008 r., stano-

powołany akt nie uporządkował wszystkich spornych zagadnień, część regulacji rozrzuconych dotychczas w wielu przepisach nadal zachowała swoją aktualność.

W obecnie obowiązującym stanie prawnym prawa pacjenta wynikają z wielu postanowień różnej rangi poczynając od naczelnego aktu prawnego, jakim jest Konstytucja RP poprzez poszczególne „ustawy medyczne” skończywszy na rozporządzeniach wykonawczych. Niektóre z praw pacjenta zostały przewidziane także w trzech podstawowych regulacjach odnoszących się do systemu opieki zdrowotnej: ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³, ustawie z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁴ oraz ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. Istotne znaczenie mają również przepisy ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶, w której zostało zawarte podstawowe prawo pacjenta do tzw. bezpłatnej opieki zdrowotnej.

wiających tzw. pakiet ustaw medycznych, opracowanych w ramach reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. Trzy ustawy wchodzące w skład tego pakietu zostały zawetowane przez Prezydenta RP. Poza wymienioną ustawą weszła jeszcze w życie ustawa z 6 listopada 2008 r. przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia oraz ustawa akredytacyjna.

³ Dz.U.2008, poz. 857 z późn. zm. Ustawa ta w dalszej części rozważań będzie nazywana ustawą lekarską lub ust.lek

⁴ Dz.U.2011, poz. 1039. Ustawa ta w dalszej części rozważań będzie nazywana ustawą pielęgniarską lub ust.piel.

⁵ Dz.U. 2013, poz. 217. Zastąpiła ona ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.2007, poz. 89.

⁶ Dz.U.2004, poz. 2135. Należy też wskazać na: ustawę z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2007,

Analizując Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej należy wskazać na kilka przepisów odnoszących się bezpośrednio lub pośrednio do sytuacji pacjenta. Konstytucja RP zapewnia każdemu człowiekowi prawo do ochrony zdrowia, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68), prawną ochronę życia (art. 38) oraz ochronę przed eksperymentami medycznymi wykonywanymi bez zgody pacjenta (art. 39). Jak wskazuje się nauce prawa równość z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie należy utożsamiać z nieograniczonym prawem pacjenta do uzyskania w dowolnym czasie każdego rodzaju świadczenia⁷. Oznacza ona jedynie prawo do dochodzenia świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach wspólnych dla wszystkich potencjalnych pacjentów⁸. Równy dostęp do świadczeń opieki medycznej właściwej jakości przewiduje również Europejska Konwencja Bioetyczna (art. 3).

Konstytucja RP gwarantuje ponadto nietykalność i wolność osobistą z pewnymi ograniczeniami przewidzianymi w konkretnym przepisie ustawy (art. 41), ochronę

poz. 1410; T.j. Dz.U. 2013, poz. 757); ustawę z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.2004, poz. 1529); ustawę z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2008, poz.1570); ustawę z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawę z 5 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek, narządów (Dz.U.2005, poz. 1411).

⁷ J. Jończyk, *Prawa pacjenta...*, Warszawa 2007, s. 13.

⁸ Jak przy tym zauważa Sąd Najwyższy władza publiczna jest organizatorem opieki zdrowotnej (wyrok SN z 21.12.2004 r., I CK 320/04).

życia prywatnego, życia rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz prawo decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47), wolność sumienia i religii (art. 53), a także swobodny dostęp do dokumentów i zbiorów danych (art. 51). Niektóre z przytoczonych praw zostało następnie sprecyzowanych w ustawach szczególnych, tytułem przykładu w ustawie z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, która przewiduje przypadki tzw. legalnej aborcji⁹.

2. Prawa pacjenta – podmiotowy oraz przedmiotowy zakres uprawnień

Nie ulega wątpliwości, że beneficjentem przepisów odnoszących się do praw pacjenta jest – zgodnie z tytułem poszczególnych regulacji sam pacjent. Zgodnie z definicją zawartą w pr.pacj. – pacjentem jest nie tylko taka osoba, która korzysta ze świadczeń zdrowotnych, ale też każdy, kto zwraca się o ich przeprowadzenie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub wykonujący zawód medyczny.

⁹ Gwarancją ustawową dla niektórych praw wskazanych w Konstytucji RP jest także kodeks cywilny, który przewiduje ochronę dóbr osobistych oraz odpowiedzialność cywilną za ich naruszenie. Do kodeksu cywilnego odwołuje się sam ustawodawca, który przewiduje – w razie naruszenia praw pacjenta – obowiązek zapłaty zadośćuczynienia w oparciu o art. 448 k.c.

Grono osób zobowiązanych do poszanowania praw pacjenta jest znacznie szersze. Obowiązek ten ciąży na każdym podmiocie, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności na lekarzu¹⁰, pielęgniarce (położnej), ratownikach medycznych, ale też diagnostach laboratoryjnych oraz rehabilitantach. Nie ma znaczenia, czy osoby te wykonują czynności zawodowe na podstawie umowy o pracę, umowy o świadczenie usług („kontraktu”) czy też w ramach indywidualnej, specjalistycznej lub grupowej praktyki. Przestrzeganie praw pacjenta łączy się ponadto z prawidłowym funkcjonowaniem podmiotów leczniczych, zarówno szpitali, jak i przychodni czy poradni, ale też zakładów opiekuńczo – wychowawczych oraz laboratoriów diagnostycznych. Obowiązek ten mają ponadto inne podmioty występujące w ramach systemu opieki zdrowotnej oraz organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, w tym Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, wojewodowie, oraz jednostki samorządu terytorialnego¹¹.

Dokonując oceny zakresu przedmiotowego należy podkreślić, że pacjentowi przyznanych zostało kilkanaście różnych uprawnień:

- prawo do świadczeń zdrowotnych,
- prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na świadczenie zdrowotne,

¹⁰ Zgodnie z brzmieniem art. 3 ust 2 pr.pacj. ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu, rozumie się przez to lekarza dentystę oraz felczera w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera.

¹¹ Art. 2 pr.pacj.

- prawo do informacji,
- prawo do tajemnicy informacji związanej z pacjentem,
- prawo dostępu do dokumentacji medycznej,
- prawo żądania dodatkowej opinii pielęgniarzkiej (położnej) lub konsylium lekarskiego,
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarskiego,
- prawo do umierania w godności i spokoju,
- prawo do opieki duszpasterskiej,
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Co do zasady, zostały one wprowadzone do postanowień pr.pacj., z wyłączeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które wynika z przepisów ustawy o tym samym tytule. Przedstawienie wszystkich prerogatyw pacjenta oraz powstających na ich tle wątpliwości wymaga dokonania szczegółowej analizy. Dlatego przedmiotem niniejszej części będą podstawowe prawa pacjenta: do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do świadczeń zdrowotnych, oraz do informacji, w tym tajemnicy informacji związanej z pacjentem. Szczególne znaczenie należy ponadto przypisać uprawnieniu do wyrażenia

świadomej zgody pacjenta na udzielane mu świadczenie wraz z określeniem sytuacji, kiedy może być zastosowany wobec tego podmiotu przymus leczenia lub zgoda w ogóle nie jest wymagana.

Podkreślenia wymaga, że ustawodawca nie tylko normuje prawa pacjenta, ale też wskazuje sankcje ich niedochowania. W razie zawinionego naruszenia ustawowych prerogatyw sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Jedynie w razie nieprzestrzegania prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny. Przyznanie zadośćuczynienia lub odpowiedniej sumy pieniężnej na podany przez uprawnionego cel społeczny służy naprawieniu szkody niemajątkowej nazywanej potocznie krzywdą. Pełni ono funkcję kompensacyjną, chociaż prowadząc do polepszenia stanu majątkowego może poprawić także stan psychiczny pacjenta¹². Przyznanie członkom rodziny prawa żądania sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny pełni dodatkowo funkcję represyjną.

Chociaż wprowadzenie prawnych konsekwencji naruszenia praw pacjenta jest niewątpliwą zaletą omawianych przepisów, ustawodawca zastrzegł, od wprowadzonej

¹² Wyrok Sądu Najwyższego z 22 maja 1980 r., II CR 131/80, wyrok Sądu Najwyższego z 13 października 1987 r., IV CR 266/87.

przez siebie zasady, pewne wyjątki. Dotyczą one trzech praw, których niedochowanie nie zostało obwarowane żadną sankcją. Do kategorii tej należą: prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie zakładu opieki zdrowotnej, informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia. O ile dwa pierwsze wyjątki nie budzą większych zastrzeżeń, o tyle wyłączenie możliwości dochodzenia zadośćuczynienia w razie nieuzasadnionej odmowy dostępu do dokumentacji medycznej może już rodzić uzasadnione wątpliwości. Motywem wprowadzenia takiego rozwiązania był zapewne fakt, że wskazane prawo pacjenta nie ma ściśle osobistego charakteru, w każdym jednak przypadku przyznanie określonego uprawnienia niepopartego żadną sankcją osłabia ochronną funkcję takiego rozwiązania. Ustawodawca przewidział ponadto możliwość ograniczenia praw pacjenta, które może nastąpić jedynie w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego – także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu leczniczego. Ustawa pr.pacj. nie wyjaśnia pojęcia zagrożenia epidemicznego ani nie odwołuje się do postanowień innego aktu prawnego, chociaż termin ten został zdefiniowany w ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z art. 2 pkt 31 zagro-

żenie epidemiczne to zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii¹³. Wydaje się, że pominięcie odpowiedniego odesłania było zabiegiem celowym, w pr.pacj chodzi bowiem o szersze ujęcie tego terminu. Dlatego będzie spełniać kryteria takiego „zagrożenia” jesienna epidemia grypy lub ryzyko wystąpienia innych schorzeń o podłożu wirusowych. Prawo pacjenta może być ponadto ograniczone ze względu na dużą ilość osób na salach (jeśli przy każdym chorym znajdowałby się osoba bliska uniemożliwiałoby to niejednokrotnie udzielanie świadczeń zdrowotnych, naruszałoby intymność pacjenta) lub pobyt pacjenta na określonym oddziale, np. intensywnej terapii, onkologii czy perinatologii.

3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeniobiorca ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z jego istoty wynika, że pacjent ma możliwość korzystania ze świadczeń zgodnie z potrzebą kli-

¹³ Powołana ustawa definiuje też stan zagrożenia epidemicznego rozumiany jako sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych.

niczną, niezależnie od wysokości przekazywanych składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz od aktualnej sytuacji materialnej. W konsekwencji w tym samym zakresie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej osobie, która opłaca najniższe składki, jak i osobie, która przekazuje kilka składek z różnych źródeł przychodu.

Pojęcie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmuje prawo do świadczeń zdrowotnych, świadczeń zdrowotnych rzeczowych oraz świadczeń towarzyszących. Świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczeniami zdrowotnymi rzeczowymi są związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze. Natomiast świadczenia towarzyszące polegają na zakwaterowaniu i wyżywieniu w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodiennej oraz usługi transportu sanitarnego. Trzeba ponadto mieć na uwadze, że pacjent ma prawo jedynie do refundowanych procedur medycznych zawartych w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych publikowanym przez Ministra Zdrowia oraz umieszczonym na stronie internetowej¹⁴.

¹⁴ Zgodnie z tezą wyroku WSA w Warszawie z 26 lipca 2007 r. (VII SA/Wa 807/07.) żaden przepis ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przyznaje osobom objętym jej działaniem prawa do żądania zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną poza systemem tej ustawy.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych nie przysługuje wszystkim potencjalnym pacjentom. Przypada tylko osobom ubezpieczonym oraz osobom wprowadzie nieubezpieczonym, które spełniają jednak kryteria dochodowe do otrzymania świadczeń z pomocy społecznej, a także małoletnim, którzy nie ukończyli 18 roku życia oraz kobietom w okresie ciąży, porodu i pójogu. Omawiane uprawnienie obejmuje możliwość swobodnego wyboru świadczeniodawcy zarówno lekarza, pielęgniarzki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (w ciągu roku pacjent może dwukrotnie, bezpłatnie zmienić swój wybór), lekarza specjalisty udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarza dentyzty, jak i samej placówki (szpitala, przychodni). Prawo to doznaje jednak istotnego ograniczenia. Ze względu na ograniczone możliwości niezwłocznego udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej wszystkim świadczeniobiorcom ustawodawca przewidział kolejność dostępu do odpowiednich procedur medycznych¹⁵. W celu zapewnienia jawnego i sprawiedliwego dostępu do świadczeń sporządza się listę oczekujących. Lista stanowi część dokumentacji medycznej prowadzonej przez dany pod-

¹⁵ O przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedurze ustalającej kolejność dostępu do świadczeń, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń, wspomina także art. 6 ust 2 pr.pacj. Potwierdza to także Sąd Apelacyjny w Warszawie z 29 czerwca 2004 r. (I ACa 1/04), w którym stwierdza, że ustawodawca wprost przewidział dopuszczalność istnienia tzw. kolejki medycznej również z powodu ograniczoności środków finansowych w przypadku, gdy jest to możliwe ze względów zdrowotnych.

miot, a czas oczekiwania ustalany jest według terminu zgłoszenia oraz kryteriów medycznych¹⁶. Po dokonaniu odpowiedniej kwalifikacji, zgodnie z kryteriami medycznymi (przypadki pilne oraz stabilne), pacjent zostaje pisemnie poinformowany o terminie planowanego przyjęcia do placówki, dacie planowanego zabiegu operacyjnego lub udzielenia świadczenia u określonego specjalisty. Przyjmuje się, że zmiana wyznaczonego terminu może nastąpić jedynie wyjątkowo, w razie wystąpienia szczególnych okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie świadczenia w ustalonym czasie¹⁷. Niezależnie od tego, w nagłych przypadkach pomoc medyczna musi być udzielona niezwłocznie z pominięciem listy oczekujących. Potwierdza ten wymóg obowiązek lekarza oraz pielęgniarki udzielenia pomocy, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 ust. lek)¹⁸. W podobnych duchu wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z 14 lipca

¹⁶ Zagadnienie to precyzuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

¹⁷ Pacjent, który nie może poddać się planowanemu zabiegowi lub, gdy z niego zrezygnował ma obowiązek niezwłocznie powiadomić o tym fakcie zakład opieki zdrowotnej.

¹⁸ W odniesieniu do pielęgniarek i położnych wprowadzony został dodatkowy wymóg – udzielenia pomocy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.

2006 r., w którym stwierdził, że możliwość odraczania w czasie udzielenia świadczenia zdrowotnego nie może przekreślać obowiązku natychmiastowego udzielenia świadczenia pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłym¹⁹. Przypadkiem nagłym jest stan niespodziewany, którego nie można było przewidzieć, taki jak: zawał serca, udar mózgu, uszkodzenie ciała na skutek wypadku. Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, ale stosowane są u chorych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się określonym zabiegom medycznym²⁰. Analogicznie, w wyroku Sądu Najwyższego z 14 listopada 2006 r. uznał, że prawidłowa wykładnia norm nakazujących udzielenie pomocy prowadzi do wniosku, że świadczeniodawca ma bezwzględny obowiązek udzielenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia natychmiastowego świadczenia i to nawet z przekroczeniem limitu nie tylko przewidzianego dla danego rodzaju świadczenia, ale także maksymalnej jego

¹⁹ II CSK 68/06, LEX nr 398407. Por. wyrok Sądu Najwyższego z 14 listopada 2006 r. (II CSK 190/06, LEX nr 445255) – prawidłowa wykładnia norm nakazujących udzielenie pomocy prowadzi do wniosku, że świadczeniodawca ma bezwzględny obowiązek udzielenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia natychmiastowego świadczenia i to nawet z przekroczeniem limitu nie tylko przewidzianego dla danego rodzaju świadczenia, ale także maksymalnej jego kwoty. Nie można więc pacjenta pozostawić bez pomocy z powodu wyczerpania limitu świadczeń.

²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z 4 stycznia 2007 r., niepubl.

kwoty. Nie można więc pacjenta pozostawić bez pomocy z powodu wyczerpania limitu świadczeń²¹.

Wprawdzie żaden przepis omawianej ustawy nie precyzuje, jaki poziom udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej powinien być zapewniony należy zauważyć, że wytyczne takie formułuje orzecznictwo sądów polskich. Wynika z niego, że świadczenia opieki zdrowotnej muszą odpowiadać co najmniej przeciętnemu poziomowi usług medycznych świadczonych w publicznej służbie zdrowia²². Lekarz nie może też stosować zarzuconych lub niesprawdzonych metod leczenia rozmiijającego się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej²³. W przeciwnym razie ponosi odpowiedzialność za powstanie lub zwiększenie się rozmiarów szkody²⁴. Wykluczone powinno być stosowanie metod i środków starych, mniej skutecznych, jeżeli są one powszechnie zastępowane innymi metodami leczenia²⁵.

²¹ II CSK 190/06, LEX nr 445255.

²² Wyrok Sądu Najwyższego z 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98, OSN 1999, nr 6, poz. 112.

²³ Wyrok Sądu Okręgowego w Radomiu z 15 lipca 2003 r., I C 955/98. Zdaniem sądu winę lekarza stanowi nie tylko nieprawidłowy sposób leczenia, ale też zwłoka w zasięgnięciu opinii specjalisty.

²⁴ Wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z 17 grudnia 2003 r., II C 844/01, Prawo i Medycyna 2005, nr 4, poz. 129. Zdaniem sądu postępowanie personelu medycznego, związane z porodem, niezgodne z ogólnie przyjętym postępowaniem medycznym jest bezprawne. Winą lekarza jest stosowanie zarzuconej metody leczenia, co powoduje szkodę lub ją powiększa.

²⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98, OSN 1999, nr 6, poz. 112.

4. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Uregulowane w art. 6 pr.pacj. prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej dotyczy, w przeciwieństwie do wyżej wymienionego prawa, uprawnienie pacjenta do „świadczeń zdrowotnych”. Świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane z należytą starannością w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej określonych dla danego zawodu²⁶. Świadczeniem zdrowotnym według ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, do której niniejsza ustawa się odwołuje, są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania²⁷. Jak wynika z odpowiedniego porównania pojęcie świadczeń zdrowotnych jest pojęciem szerszym niż świadczenia opieki zdrowotnej. Potwierdza ten wniosek Naczel-

²⁶ Ustawodawca odwołuje się do czterech różnych kryteriów: pojęcie należytej staranności unormowane jest w kodeksie cywilnym w art. 355 k.c., który nakazuje uwzględnienie zawodowego charakteru wykonywanej działalności. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oznacza, że podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej nie ponoszą odpowiedzialność za tzw. błędy nauki, chociaż podejmowane przez nie metody muszą być aktualne.

²⁷ Analogiczne rozwiązanie przewiduje także ustawa o zawodach pielęgniarzy i położnej, zgodnie z którą podmioty te wykonują zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (art. 18).

ny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 12 października 2006 r., w którym czytamy, że świadczenia zdrowotne są działaniami o charakterze medycznym. Wyżywienie i zakwaterowanie zapewniane kuracjom podczas pobytu w sanatorium charakteru takiego nie mają²⁸.

Pacjent ma też dwa uprawnienia szczególne. Do tej kategorii należy prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 7). Żaden przepis nie precyzuje, w jakich sytuacjach następuje zagrożenie życia lub zdrowia. Natomiast ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym definiuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utraty życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Drugim przypadkiem szczególnym jest prawo pacjentki do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem (art. 7 ust. 2 pr.pacj). Istotne jego uzupełnienie stanowi uprawnienie do żądania dodatkowej opinii lekarskiej czy pielęgniarskiej (położnej) lub zwołania konsylium²⁹. Pod-

²⁸ II CSK 1242/05, LEX nr 280395.

²⁹ Trochę odmienne rozwiązanie przewidziane jest w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 37 ustawy w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz w własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy me-

miot udzielający świadczeń zdrowotnych może odmówić zasięgnięcia odpowiedniej opinii, jeśli żądanie jest bezzasadne, przy czym zarówno samo żądanie, jak i ewentualna odmowa jego uwzględnienia powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej.

Wzmocnieniem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest ograniczona możliwość niepodjęcia lub odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może to uczynić tylko wtedy, gdy nie zachodzi niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W przypadku braku przeciwwskazań o charakterze bezwzględny lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej. W sytuacji, gdy podmiot ten wykonuje swój zawód na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby dodatkowo muszą istnieć poważne ku temu powody oraz uprzednia zgoda przełożonego.

Z kolei swoistego rodzaju przełamaniem charakteryzowanego prawa jest klauzula sumienia ujmowana jako wyjątek od obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego. Przysługuje ona zarówno lekarzowi, jak i pielęgniarce (położnej). Lekarz może powstrzymać się od wykonania

dycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

procedur medycznych niezgodnych z jego sumieniem z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (art. 39 ust.lek.). Podmiot wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Analogiczne rozwiązanie zostało przewidziane w ust.piel. Pielęgniarka oraz położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Mają jednak prawo powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji (art. 12 ust. 2 ust.piel), chyba że stwarza to niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta. W tej sytuacji muszą na piśmie uprzedzić uprzednio o tym przełożonego. Dodatkowo, mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w innym podmiocie leczniczym. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z podanych przyczyn pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (art. 12 ust. 4 ust.piel.).

Na analogicznych zasadach, pielęgniarka (położna) ma uprawnienie do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego z niezwłocznym podaniem jej przyczyny na piśmie. Wykonanie zlecenia, o którym wie, że może ono wyrządzić szkodę pacjentowi nie zwolni jej od odpowiedzialności³⁰. Dlatego w przypadku uzasadnionych wątpliwości ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 ust.piel.).

Przeprowadzona analiza wyraźnie wskazuje, że istnieje pewnego rodzaju piramida praw pacjenta oraz praw lekarza czy pielęgniarki (położnej). Zasadnicze znaczenie ma uprawnienie pacjenta do świadczeń zdrowotnych, silniejsze jest jednak uprawnienie lekarza (pielęgniarki) do odmowy wykonania świadczenia sprzecznego z ich sumieniem, które jest jednak ograniczone najwyższym dobrem, jakim jest zdrowie oraz życie pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych musi wykonać procedury medyczne, chociażby były sprzeczne z ich sumieniem, jeśli tylko odmowa mogłaby naruszyć dobra znajdujące się w tej hierarchii najwyżej.

³⁰ Analogicznie przedstawia się prawo pielęgniarki i położnej do odmowy w eksperymencie medycznym (art. 14 ust.piel.). Pielęgniarka i położna mają bowiem prawo do uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym mają uczestniczyć. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mogą odmówić uczestniczenia w eksperymencie, podając przełożonemu przyczynę odmowy na piśmie.

II. Prawo pacjenta do informacji oraz tajemnica lekarska

1. Uprawnienie pacjenta do uzyskania informacji o stanie zdrowia

Poza wcześniej omówionym prawem pacjenta do uzyskania wiadomości o zamiarze nie podjęcia lub odstąpienia od leczenia, podmiot ten ma znacznie szerzej ujmowane uprawnienie do informacji. Obejmuje ono dane różnego typu, w szczególności dotyczące stanu zdrowia (art. 9 pr.pacj.) wraz z prawem do udzielenia zgody na przekazanie określonych wiadomości innym osobom. Co ciekawe, ustawodawca nie przewiduje w tym zakresie żadnych ograniczeń ani wytycznych. W konsekwencji pacjent może upoważnić nie tylko członka swojej rodziny czy inną osobę bliską do prowadzenia rozmów z lekarzem na temat stanu jego zdrowia (konkubina), ale też każdą inną osobą obcą, a nawet niezwiązaną z pacjentem, np. dziennikarza. Nie ma też znaczenia, że osoby wskazane przez pacjenta mają z nim nieprawidłowe relacje, wywierają na niego negatywny wpływ lub posiadają inne ujem-

ne cechy¹. Podobnie należy przyjąć, że ustawodawca nie przewidział żadnych ograniczeń przedmiotowych, w konsekwencji pacjent może upoważnić wybraną osobę do udzielania jej wszystkich lub jedynie ściśle określonych informacji.

Prawo do informacji o stanie zdrowia przysługuje pacjentowi, w tym małoletniemu, który ukończył lat 16 oraz jego przedstawicielowi ustawowemu. Dopiero pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie stosownych informacji innym osobom.

Małoletni, który nie ukończył lat 16 ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i w formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Gdy chodzi o zakres przedmiotowy informacja, poza tym, że musi być przystępna, może się odnosić do stanu zdrowia pacjenta, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania. Przystępność informacji należy rozumieć jako przekazanie odpowiednich danych w sposób komunikatywny, zrozumiały dla pacjenta, biorąc pod uwagę jego stan umysłowy, emocjonalny oraz zdolność zrozumienia podanych mu wiadomości, ale też – wiek, a niekiedy

¹ Zob. M. Świdorska 2009, s. 98. Lekarz może – zdaniem autorki – wskazać z rozmową z pacjentem na swoje wątpliwości co do kwalifikacji podmiotowych wskazanej osoby i zasugerować zmianę decyzji. Wydaje się, że przyznanie tak szerokiego uprawnienia lekarzowi może być ujmowane jako zbyt daleko idące.

wykształcenie. Z pewnością dla wyjaśnienia poszczególnych pojęć należy posługiwać się językiem polskim, zamiast przyjętej w medycynie łacińskiej terminologii. Interesującym rozwiązaniem jest obowiązek powiadomienia nie tylko o proponowanych, ale także możliwych metodach leczniczych i diagnostycznych. W konsekwencji pacjent powinien mieć możliwość wyboru pomiędzy istniejącymi i możliwymi do zastosowania w konkretnym przypadku procedurami. Potwierdza ten wniosek Sąd Najwyższy, który w wyroku z 14 listopada 1972 r. uznał, że pacjent powinien zostać należycie poinformowany o tym, że zabieg operacyjny był tylko jednym z ewentualnych sposobów leczenia. Jeśli istnieją dwa możliwe sposoby leczenia – zachowawczy i operacyjny, zgoda chorego musi być wynikiem jego świadomego wyboru². Informacja dotyczyć ponadto dotyczyć dających się przewidzieć następstw zaniechania wskazanych metod. Ustawa o prawach pacjenta nie przewiduje żadnej formy ani czasu udzielenia odpowiedniej informacji. Pamiętając o tym, że ciężar dowodu, iż została ona przekazana pacjentowi w sposób prawidłowy spoczywa na lekarzu, należy podkreślić brak wymogu formy pisemnej lub innej formy szczególnej. Rozstrzygając natomiast drugą kwestię należy przywołać wyrok Sądu Najwyższego z 23 listopada 2007 r., w którym uznał, że już na etapie pierwszej pomocy zachodzi potrzeba informacji pacjenta. Podmiot ten musi uzyskać wszystkie dane, które mogą wpłynąć na jego decyzję. W przeciwnym razie może zbagatelizować

² I CR 463/72, NP 1973, nr 4, poz. 585.

stan zdrowia, zrezygnować z hospitalizacji lub zlekceważyć swoje dolegliwości, co może mieć daleko idące skutki³. Odrębna informacja powinna także dotyczyć pielęgnacji pacjenta oraz zabiegów pielęgniarских⁴.

Po uzyskaniu stosownych informacji pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie, ale też może żądać, aby lekarz nie udzielił mu w/w wiadomości. Zgodnie z przepisami ust. lek jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia sytuacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta. Osoba bliska to małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może też ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego lub inną osobę upoważnioną przez pacjenta. Na jego żądanie lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

Jak wynika z wcześniejszych uwag pacjent ma uprawnienie do zrzeczenia się prawa do informacji. W doktrynie

³ IV CSK 240/07, Prawo i Medycyna 2009, nr 2, s. 143.

⁴ Pielęgniarka ma obowiązek informować pacjenta o jego prawach (art. 16 ust 1 ust.piel.). Udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu.

prawa cywilnego wskazuje się, że są jednak takie sytuacje, gdy wskazane zrzeczenie się jest niedopuszczalne. Zazwyczaj podawany jest przykład ryzyka zakażenia osoby trzeciej. Pacjent nie może bowiem odmówić przyjęcia do wiadomości diagnozy, która może prowadzić do dalszego zakażenia⁵. W tym samym kierunku wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Poznaniu z 9 maja 2002 r., którym stwierdził, że szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta oraz jego rodzinę o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u chorego⁶.

Kolejnym uprawnieniem pacjenta, o charakterze raczej formalnym, jest konieczność udzielenia informacji o jego prawach (art. 11). Oczywiście nie chodzi jedynie o te uprawnienia, które wynikają z ustawy o prawach pacjenta, ale także z postanowień innych ustaw. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia wskazane wiadomości w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swym lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjentów, którzy nie mogą się poruszać, informacja powinna być udostępniona w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywania. Podmiot ten powinien również uzyskać informacje o rodzaju i zakresie udzielanych w danej placówce świadczeń zdrowotnych (art. 12), w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

⁵ Zdaniem niektórych autorki w takich sytuacjach wyjątkowo trzeba dopuścić także prawo i obowiązek informowania o zakażeniu osób bliskich pacjenta.

⁶ I ACa 221/02, Prawo i Medycyna 2004, nr 1, s. 116.

2. Tajemnica lekarska

Jednym z podstawowych obowiązków lekarza, poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jest obowiązek zachowania tajemnicy.

Zgodnie z art. 40 ust.lek. lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Analogicznie, art. 13 pr.pacj pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Z powołanych regulacji wynika, że prawo pacjenta znajduje swoje odzwierciedlenie w obowiązkach lekarza, przy czym ustawodawca wskazuje zakres przedmiotowy oraz podmiotowy tego obowiązku. Obejmuje on informacje przekazane przez samego pacjenta, jak i te, które lekarz uzyskał z innych źródeł, w tym od uzyskane od osób trzecich lub członków rodziny pacjenta. Tajemnica dotyczy informacji dotyczących stanu zdrowia i udzielanych pacjentowi świadczeń, ale także innych informacji dotyczących życia prywatnego lub osobistego tego podmiotu. Lekarz związany jest tajemnicą również po śmierci pacjenta. Nie może on podać też do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody. Zakresem omawianych regulacji nie są zostały objęte informacje dotyczące osób trzecich, które lekarz uzyskał od pacjenta w związku z procesem leczenia W takiej sytuacji

osoby te mogłyby dochodzić swoich roszczeń w związku z naruszeniem ich dobra osobistego w postaci dobrego imienia, prawa do prywatności czy tajemnicy porozumiewania się lub tajemnicy korespondencji. Podstawę roszczeń stanowiłyby wówczas przepisy kodeksu cywilnego (art. 448 k.c.).

Wprowadzając obowiązek tajemnicy lekarskiej ustawodawca przewidział także wyjątki od wprowadzonej przez siebie zasady. Przepisu art. 40 ust. 1 ust.lek nie stosuje się, gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

Przepis ten budzi najwięcej zastrzeżeń w praktyce, wymaga bowiem od lekarza wiedzy na temat obowiązującego prawa. Wśród wielu przepisów należy wymienić art. 50 ust 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który zwalnia z obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do lekarza sprawującego pieczę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej, a także inne osoby współuczestniczące w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie w jakim to niezbędne. Ciekawe rozwiązania przewiduje też ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9 maja 2002 r. szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej

u pacjenta⁷. Zaniedbanie w tym zakresie stanowi czyn niedozwolony w rozumieniu art. 415 k.c. i prowadzi do odpowiedzialności szpitala za powstałą szkodę.

2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje; Lekarz powinien poinformować o tym fakcie pacjenta jeszcze przed rozpoczęciem badania. Informacje, które nie są konieczne nadal objęte są tajemnicą;

3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia; Zakres zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy jest uzależniony od woli pacjenta. Podmiot ten może wskazać dowolną osobę, której mogą być przekazywane informacje wszystkie lub tylko określone informacje. Nie ma znaczenia, czy są to członkowie rodziny czy inne osoby bliskie;

5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;

6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń

⁷ I ACa 221/02.

zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Od 1 stycznia 2012 r. lekarz zwolniony jest z obowiązku zachowania tajemnicy w związku z postępowaniem prowadzonym w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

W każdym z powołanych przypadków ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy może prowadzić do powstania odpowiedzialności zawodowej oraz cywilnej.

III. Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody lub sprzeciwu na świadczenie zdrowotne

1. Zagadnienia wstępne

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. lek.)¹. Zgoda pacjenta dotyczy poszczególnych świadczeń zdrowotnych (zgoda na badanie diagnostyczne, na zastosowanie określonej metody leczenia, na wykonanie zabiegu operacyjnego itp.)². Z wymo-

¹ Problematyce tej poświęcona jest także Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowania Biologii i Medycyny z 4 kwietnia 1997 r. Zgodnie z art. 5 Konwencji Bioetycznej nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Kolejnym dokumentem jest Deklaracja Praw Pacjenta WHO przyjęta w Amsterdamie w 1994 r., która przyznaje pacjentowi prawo do wyrażenia zgody, jak i odrzucenia proponowanej terapii po uzyskaniu przez niego odpowiedniej informacji (art. 4 Deklaracji).

² Na temat zgody pacjenta zob. M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*, Toruń, 2007, s. 119 i nast.; M. Świdarska, (w:) M. Nesterowicz, *Ustawa*

giem uzyskania zgody łączy się obowiązek szeroko ujmowanej informacji (art. 31 ust. lek.), która pozwala na świadome podjęcie decyzji o akceptacji lub odmowie leczenia. Lekarz powinien bowiem udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia, jeżeli przemawia za tym jego dobro. W takim przypadku ma obowiązek poinformowania przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Na żądanie tego podmiotu ma jednak obowiązek udzielić mu wszystkich danych medycznych (art. 31 ust. 4 ust. lek.).

Uprawnienie pacjenta do wyrażenia zgody jest współcześnie traktowane jako jedno z jego podstawowych praw. Obowiązek jej uzyskania dowodzi zasadniczej zmiany założeń prawa medycznego. Do niedawna wskazywano bowiem na paternalizm, a kluczową zasadę stanowiła *paremia salus aegroti suprema lex est* – dobro pacjenta jest najwyższym prawem. Obecnie zakłada się układ partnerski w myśl zasady *voluntas aegroti suprema lex*

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, komentarz. Warszawa, 2009, s. 122 i nast. Por. A. Zoll: *Granice legalności zabiegu medycznego*, Prawo i Medycyna 1999, z. 1, s. 3 i nast.; M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 19.

esto – wola pacjenta jest najwyższym prawem³. Dlatego dokonanie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta, nawet jeśli zostało dokonane *lege artis* i nie spowodowało żadnych skutków ubocznych, nie wyłącza bezprawności działania lekarza. W konsekwencji wykonanie świadczenia zdrowotnego przez lekarza bez zgody pacjenta może prowadzić do powstania jego odpowiedzialności cywilnej, karnej oraz zawodowej⁴. Z punktu widzenia prawa cywilnego brak zgody pacjenta może rodzić po stronie lekarza odpowiedzialność majątkową za powstałą szkodę, która polega na naruszeniu nietykalności cielesnej pacjenta, co w myśl art. 24 k.c. stanowi jego dobro osobiste oraz prawo pacjenta (art. 4 ust. pr. pacj.). Poszkodowany może zatem żądać zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, czyli za ból, cierpienia fizyczne czy też negatywne przeżycia psychiczne⁵. Brak zgody pacjenta może jednak spowodować zastosowanie wobec lekarza również sankcji karnych. Zgodnie bowiem z treścią art. 192 kodeksu karnego, każdy kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2⁶.

³ Zob. J. Bujny: *Prawa pacjenta: między autonomią a paternalizmem*. Warszawa, 2007, s. 9.

⁴ A. Szpunar: *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*. RPEiS, 1990, z. 1, s. 46.

⁵ Zob. też M. Nesterowicz: *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, Warszawa–Poznań, 1972, s. 28.

⁶ L. Kubicki: *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 k.c.)*. Prawo i Medycyna, 2000, z. 8, s. 43. Por. T. Dukiet Nagórska: *O istocie przestępstwa z art. 192 k.k.* (w:) *Aktualne problemy prawa karnego*, Księga pamiątkowa z okazji jubileuszu

Akceptując interwencję medyczną, pacjent zezwala lekarzowi na naruszenie swojej integralności cielesnej, przejmuje też tzw. ryzyko zabiegu w zakresie, w jakim został o nim poinformowany. Jak zauważył Sąd Najwyższy brak zgody pacjenta pozbawia go możliwości decydowania o sobie, w konsekwencji – uznania istnienia ryzyka zabiegu medycznego. Dlatego nawet prawidłowe dokonanie zabiegu bez zgody pacjenta nie wyłącza odpowiedzialności lekarza.

Przy tak szeroko zakreślonej odpowiedzialności lekarza za wykonanie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta wyłania się zasadnicze z jego punktu widzenia pytanie, jakie warunki muszą być spełnione, aby udzielona zgoda była prawnie skuteczna. Dokonując analizy obowiązujących przepisów prawa, jak i orzecznictwa sądów polskich należy stwierdzić, że zgoda:

- 1) powinna być udzielona przez uprawnione podmioty,
- 2) w wymaganej przez prawo formie oraz w odpowiednim czasie,
- 3) przede wszystkim musi mieć charakter zgody świadomej, nazywanej też zgodą oświeconą,
- 4) pacjent musi być poinformowany o celach i skutkach zabiegu w sposób dla niego przystępny/zrozumiały.

70. urodzin prof. A.J. Szwarca. Poznań 2009, s. 114; G. Rejman: *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 63.

2. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Zakres osób upoważnionych do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne jest szeroki⁷, dlatego możemy mówić o zgodzie osobistej (nazywanej niekiedy zgodą własną) pacjenta, zgodzie zastępczej, zezwoleniu właściwego organu, a nawet zgodzie podwójnej. Omawiane prawo przysługuje:

- 1) pacjentowi, który ukończył lat 16.

Z punktu widzenia prawa taka osoba nie może jeszcze samodzielnie decydować o sobie, natomiast jest już na tyle świadoma, że przyznaje się jej uprawnienie do wyrażenia zgody na badania diagnostyczne lub leczenie.

- 2) przedstawicielowi ustawowemu, gdy pacjent jest małoletni, niezdolny do wyrażenia zgody lub całkowicie ubezwłasnowolniony.

W tym ostatnim przypadku, jeżeli osoba całkowicie ubezwłasnowolniona jest jednak w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. W praktyce najczęściej pytań powstaje w związku z określeniem katalogu osób niezdolnych do wyrażenia zgody. Zazwyczaj przyjmuje się, że do tej kategorii należy zaliczyć nie tylko osoby będące pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, ale także te, które ze względu na wiek

⁷ M. Filar, *Postępowanie lecznicze (świadczenie zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody*, Prawo i Medycyna 2002; nr 13, s. 41.

(osoby starsze, niepełnosprawne umysłowo) lub stan psychiczny (potencjalni samobójcy) nie mogą takiej zgody świadomie udzielić.

3) sądowi opiekuńczemu, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest niemożliwe lub napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody.

Zezwolenie sądu opiekuńczego jest wymagane także wtedy, gdy małoletni, który ukończył lat 16, osoba ubezwłasnowolniona, chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, lecz dysponująca dostatecznym rozeznanie sprzeciwia się czynnościom medycznym. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do wyrażenia zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonywane (art. 32 ust. 10 ust. lek.)

4) opiekunowi faktycznemu, jeżeli zachodzi potrzeba badania pacjenta, który jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody.

Powołane rozwiązania prowadzą do powstania wątpliwości przede wszystkim w takiej sytuacji, gdy pacjent, który ukończył 16. rok życia, wyraża odmienną wolę niż jego przedstawiciel. W takim przypadku konieczne jest rozstrzygnięcie kolizji zdań obu uprawnionych, którego dokonuje sąd opiekuńczy. Jeżeli pacjent nie ukończył 16. roku życia, nie ma takich zastrzeżeń, zgody udziela bowiem jedynie jego przedstawiciel ustawowy, chociaż małoletniemu także należy przekazać pewne informacje niezbędne dla procesu diagnostycznego czy leczniczego.

3. Forma zgody oraz czas jej udzielenia

Zgoda może być wyrażona ustnie lub nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (np. przytaknięcie głową lub wypowiedzenie słów). Wówczas mówimy o tzw. zgodzie konkludentnej. Do jej skuteczności nie jest nawet potrzebne wypowiadanie jakichkolwiek słów, wystarczy że na przykład w gabinecie lekarskim pacjent podaje rękę w celu pobrania krwi.

Wyjątek stanowi w tej mierze zgoda na metodę leczenia (w tym operację) czy diagnostyki (np. bronchoskopię) stwarzającą zwiększone ryzyko dla pacjenta, która powinna być udzielona w formie pisemnej. Jako przykład takich zabiegów podaje się: cystoskopię, arteriografię, koronarografię, biopsję, biopsję szpiku czy elektrowstrząsy⁸.

Brak formy pisemnej nie oznacza jednak nieważność zgody, ale określone utrudnienia dowodowe⁹.

Pacjent musi wyrazić zgodę przed, a najpóźniej równocześnie z wykonywaniem świadczenia zdrowotnego przez lekarza. Po wykonaniu świadczenia moglibyśmy mieć co najwyżej do czynienia z potwierdzeniem, które nie

⁸ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 96.

⁹ W piśmiennictwie prawniczym zwraca się uwagę, że ze względu na stan psychiczny lub fizyczny można ograniczyć się do zgody ustnej w obecności świadka z personelu medycznego, a następnie dokonać odpowiedniego wpisu do historii choroby.

konwaliduje wadliwego postępowania lekarza. Pacjent może cofnąć zgodę w każdym czasie – zarówno sama zgoda, jak i jej cofnięcie musi być jednak wyraźne. Zgoda ma zatem charakter oświadczenia upoważniającego oraz odwołalnego. Wyrażenie przez pacjenta zgody na zastosowanie konkretnej metody leczenia nie oznacza, że lekarz ma prawo przeprowadzenia każdego świadczenia. Ingerencja w organizm człowieka zawsze musi być uzasadniona stanem jego zdrowia. Niedopuszczalne jest pochoptne lub nieprzemyślane naruszenie nietykalności cielesnej innej osoby. Dlatego lekarz nie powinien przeprowadzać zabiegu, gdy ryzyko szkody dla zdrowia pacjenta jest większe niż korzyść, jakiej należy w tym przypadku oczekiwać.

Zgoda musi być wyrażona przez uprawnionego w sposób dobrowolny. Warunek ten zostanie spełniony, gdy pacjent oświadcza swoją wolę bez jakichkolwiek nacisków zewnętrznych. Jego ewentualna wypowiedź musi być swobodna i zrozumiała. Zgoda pacjenta musi być szczegółowa. Nie wystarczy ogólna zgoda na przyjęcie do określonej placówki medycznej ani tzw. zgoda blankietowa.

4. Pojęcie zgody świadomej

Zgoda wyrażona przez pacjenta musi spełniać wymogi tzw. zgody świadomej (oświeconej). Pacjent powinien sobie zdawać sprawę z tego, że wyraża zgodę i na co ją wyraża. Dlatego z zagadnieniem zakresu udzielonej zgody

łączy się nierozzerwalnie problematyka rodzaju informacji, jakie powinny zostać mu przekazane. Przed złożeniem odpowiedniego oświadczenia pacjent powinien być powiadomiony nie tylko o ryzyku, ale i skutkach zabiegu, przy czym informacja ta musi być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. W przeciwnym razie zachodzi taki stan, jak gdyby zgoda w ogóle nie została wyrażona. Nie ma w tej mierze żadnych „szarości” – zgoda jest udzielona w sposób świadomy i prawidłowy albo jako nieobjaśniona jest wadliwa, a wtedy wystąpią takie skutki jakby w ogóle nie została udzielona. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa każdego człowieka do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia oraz nietykalności cielesnej. Korzystną dla pacjenta interpretację uzupełnia fakt, że w razie powstania jakichkolwiek wątpliwości ciężar dowodu spełnienia ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na określone świadczenie, spoczywa na lekarzu. To on powinien udowodnić, że udzielił pacjentowi zrozumiałej dla niego informacji o ryzyku i skutkach zabiegu i że stanowiła ona wystarczającą podstawę wyrażenia przez niego zgody lub jej odmowy.

Każda osoba, który wyraża zgodę na wykonanie określonego świadczenia zdrowotnego, bierze na siebie ryzyko z nim związane, tj. jego typowe, bezpośrednie i zwykłe skutki. Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji konkretnego badania diagnostycznego lub postępowania leczniczego ma na celu takie zapoznanie tej osoby ze stanem jej zdrowia

oraz następstwami proponowanej interwencji, aby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na tę interwencję z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać. Dlatego lekarz powinien wyjaśnić choremu nie tylko cel i rodzaj zabiegu, ale też zwykłe jego następstwa. Nie ma natomiast obowiązku zapoznać go z nietypowymi następstwami, nieobjętymi normalnym ryzykiem, które mogą wystąpić tylko w przypadku szczególnych powikłań. Tego rodzaju informacja może nawet negatywnie wpłynąć na zdrowie i samopoczucie pacjenta. Skoro określone powikłania nie stanowią bezpośrednich, normalnych następstw objętych ryzykiem danej interwencji, chory nie musi być o nich informowany. Jak zauważa Sąd Najwyższy w wyroku z 20 listopada 1979 r. na ogół każdy pacjent decydując się na poważną operację chirurgiczną, jaką jest operacja nowotworowa, zdaje sobie sprawę z możliwości wystąpienia niepożądanych, nieprzewidzianych i nietypowych powikłań¹⁰.

W praktyce niedoceniania jest nie tylko konieczność udzielenia pacjentowi określonych informacji, ale przede wszystkim forma ich przekazania. W każdym przypadku musi być ona przystępna, czyli dostosowana do konkretnego pacjenta – jego zdolności zrozumienia znaczenia przekazywanych informacji. Nie wystarczy przekazanie mu gotowego formularza z dołączonym wykazem możliwych powikłań oraz innych danych napisanych w języku medycznym, niezrozumiałym dla większości pacjentów. Takie działanie może nie tylko nie spełnić wymogu prze-

¹⁰ IV CR 389/79.

kazania przystępnej informacji, ale wręcz „wystraszyć” chorego. Nic nie zastąpi bezpośredniego kontaktu i rozmowy z pacjentem.

Nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności sytuacja, gdy pacjent wyraża zgodę, ale zabieg jest oczywiście zbędny. Jako zabieg oczywiście zbędny definiuje się zabieg, który przy poprawnej diagnozie nie powinien być dokonany. Podobnie przyjmuje się, że pacjent nigdy nie wyraża zgody na szkodę, która może być wynikiem zawinionego działania lub zaniechania tego podmiotu. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, udzielając stosownej zgody, nie obejmuje pomyłki lekarza. Nie można uznać, że wyrażenie zgody na określone świadczenie jest tożsame ze zgodą na wszystkie powikłania i niekorzystne następstwa, zwłaszcza gdy pacjent nie ma świadomości możliwości wystąpienia takich niepożądanych zdarzeń¹¹. Jak zauważa Sąd Najwyższy w wyroku z 29 października 2003 r. ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Nie można uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe na skutek pomyłki lekarza.

Działanie lekarza zawsze jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko przepisy prawa, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Do jednej z takich zasad należy przeprowadzanie zabiegów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z tzw. sztuką lekarską oraz z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

¹¹ III CSK 34/02.

5. Dopuszczalność wykonania świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta

Prawo medyczne zna wiele przypadków, gdy lekarz może wykonać świadczenie zdrowotne bez zgody pacjenta, a nawet pomimo jego wyraźnego sprzeciwu. Zazwyczaj mają one miejsce, gdy szczególnej ochrony wymaga interes osób trzecich lub interes publiczny¹². Dlatego przepisy szczególne pozwalają na podjęcie decyzji o przymusowym leczeniu, umieszczeniu w określonym podmiocie leczniczym, a nawet zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci podania leku czy unieruchomienia. Przypadki takie przewiduje ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego czy ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Prawo polskie pozwala też na przymusowe leczenie osób uzależnionych od alkoholu czy narkotyków lub innych środków odurzających¹³.

Poza jednak takimi sytuacjami wynikającymi z przepisów szczególnych ustawodawca przewidział trzy przypadki o charakterze ogólnym pozwalające lekarzowi na wykonanie określonego świadczenia bez zgody pacjenta niezależnie od rodzaju podmiotu leczniczego, a niekiedy też bez względu na rodzaj udzielanego świadczenia.

¹² Wątpliwości budzi w tej mierze kwestia zgody pacjenta na wykonanie testu wykrywającego zakażenie HIV. Zob. na temat sytuacji w innych krajach zachodnich oraz w Stanach Zjednoczonych.

¹³ Zob. A. Kołodziej, *Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Prawo i Medycyna 2002, nr 11, s. 81.

Po pierwsze, badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych we wskazanych okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (art. 33 ust. lek.). W żadnym przepisie prawa nie zostało doprecyzowane, na czym polega stan, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej. Należy zatem uznać, że decyzję w tym zakresie musi podjąć lekarz, stąd – aby nie była ona arbitralna – wymóg konsultacji z innym lekarzem.

Po drugie, lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować inną metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą zwiększone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek – o ile jest to możliwe – zasięgnąć opinii innego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Dodatkowo konieczne jest poinformowanie o tym odpowiedniej osoby (co do zasady – pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a niekiedy opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego) oraz dokonanie

odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej (art. 34 ust. 7 ust. lek).

Niezależnie od tego, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo zastosowania innej metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, i nie można niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego – lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności (art. 35 ust. lek). Wyjątek ten nazywany jest w piśmiennictwie prawniczym poszerzeniem pola operacyjnego. W tej sytuacji, podobnie jak w poprzednim przypadku, lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza w miarę możliwości tej samej specjalności oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej. Potwierdza ten wniosek orzecznictwo sądów polskich. Już w wyroku Sądu Najwyższego z 29 grudnia 1969 r., zgodnie z którym jeżeli lekarz operujący stwierdza po otwarciu jamy brzusznej inny stan rzeczy, niż wynikał z badań klinicznych, może on w pewnych przypadkach przekroczyć zakres zgody na zabieg. Może to nastąpić tylko w wypadkach szczególnych, gdy nieprzeprowadzenie koniecznego zabiegu groziłoby życiu pacjenta albo gdy chodzi o nieznaczną, a niezbędną korekturę projektowanego zabiegu¹⁴.

¹⁴ I CR 551/69.

6. Sprzeciw pacjenta

Powstaje zasadnicze pytanie, czy pacjent może wyrazić z góry sprzeciw na dokonanie określonego zabiegu. Jak bowiem przyjmuje orzecznictwo, prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił, albo przez występowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawił mocy. Niesłuchanie ciekawe jest w tym względzie rozstrzygnięcie sądu¹⁵. Chodziło w nim o zgłoszony na przyszłość sprzeciw świadka Jehowy na przetoczenie krwi, niezależnie od konieczności ratowania życia. Sprzeciw został wyrażony na piśmie opracowanym kilka lat temu, na wypadek konieczności dokonania określonych świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem jego przyczyny. Zdaniem sądu takie oświadczenie jest dla lekarza wiążące, jeśli było wyraźne, jednoznaczne, niebudzące żadnych wątpliwości oraz miało przewidzianą przez prawo formę.

Sytuację graniczną stanowi ratowanie samobójców oraz osób nieprzytomnych, które przed utratą świadomości odmówiły zgody na leczenie.

W konkluzji należy stwierdzić, że wyrażenie zgody przez pacjenta jest niezbędnym warunkiem uprawniającym lekarza do podjęcia jakichkolwiek działań medycznych. Nie oznacza jednak, że ma ona charakter bez-

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r., III CK 155/05.

względny. Prawo medyczne przewiduje wiele przepisów, gdy określone świadczenia nie mogą być przez lekarza wykonane pomimo zgody, a nawet żądania pacjenta (aborcja, eutanazja), oraz sytuacje przeciwne, gdy lekarz może podjąć określone czynności pomimo braku zgody pacjenta lub jego wyraźnego sprzeciwu (przymusowe leczenie, hospitalizacja, przymus bezpośredni).

IV. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności

1. Wprowadzenie

Spośród wielu uprawnień pacjenta coraz większego znaczenia nabiera prawo do poszanowania jego intymności i godności osobistej¹. Obejmuje ono prawo do umiarkowania w godności i spokoju oraz do zapewnienia środków służących łagodzeniu bólu i innych cierpień². Wskazane uprawnienia zostały uregulowane w różnych przepisach. Zgodnie z art. 36 ust.lek. - lekarz podczas udzielania

¹ Zob. na temat sytuacji prawnej pacjenta: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń, 2008; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa, 2010; por. M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska - Krześ, P. Zaborowski: *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004; K. Bączyk - Rozwadowska: *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

² Na temat praw pacjenta w stanie terminalnym zob. M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008: 267 i nast. Ciekawe rozważania przedstawia B. Kamiński, *Racjonalne granice interwencji lekarskiej – wątpliwości medyczne i moralne*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5, s. 94 i nast.

świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Jednocześnie ma on zadbać o to, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z chorym przysługujących mu praw.³ Analogiczne uprawnienie przewiduje pr.pacj. Na podstawie art. 20 tej ustawy pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych⁴.

Ochrona intymności pacjenta wynika ponadto z norm etycznych. Art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) wskazuje bowiem, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Obowiązek zachowania szacunku dla intymności pacjenta zawiera także Deklaracja Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie Praw Pacjenta w Europie z 1994 r.⁵

Intymność oraz godność stanowią tzw. dobra osobiste człowieka w rozumieniu art. 23 kodeksu cywilnego.⁶ Są one nieodłącznie związane z każdą osobą, dlatego nie

³ Podobne rozwiązanie wprowadza ponadto najnowsza ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz KEPP, zgodnie z którym pielęgniarka/położna obowiązana jest respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych.

⁴ Dz.U. 2008, poz. 417.

⁵ Zgodnie z jej postanowieniami personel medyczny nie powinien wkraczać w życie prywatne i rodzinne pacjenta, chyba że pacjent wyrazi na to zgodę i jest to uzasadnione potrzebami leczniczymi (art. 4.6). Świadczenia medyczne mogą być udzielane z poszanowaniem prywatności pacjenta.

⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z 18 stycznia 1984 r., I CR 400/83, OSN, 1984, nr 11, poz. 195.

można się ich zrzec, przekazać innej osobie, zbyć lub odziedziczyć. W razie zawinionego ich naruszenia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią kwotę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie może być wypłacone bezpośrednio poszkodowanemu (pacjentowi) lub na wskazany przez niego cel społeczny. Pacjent może ponadto wystąpić o zastosowanie środków ochrony niemajątkowej, takich jak przeprosiny, sprostowanie wypowiedzi czy zaniechanie dalszych naruszeń (np. poprzez wprowadzenie parawanu, przebieralni lub wprowadzenie innych metod pozwalających na zachowanie intymności).

2. Intymność pacjenta

Intymność odnosi się zarówno do ciała pacjenta, jak i do informacji dotyczących pacjenta i jego przeżyć, które zazwyczaj nie są przez niego ujawniane nawet najbliższym. Ich osłonięcie może więc wywołać uczucie zakłopotania, wstydu, skrepowania lub udręki.⁷

Konieczność poszanowania intymności pacjenta rodzi wiele konsekwencji praktycznych. Nakłada bowiem na lekarzy szereg obowiązków organizacyjnych, które mają zapewnić pacjentowi zachowanie prywatności w czasie

⁷ A. Kopff, *Koncepcja prawa do intymności i do prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne)*, *Studia Cywilistyczne* 1972; nr 20, s. 32.

leczenia. Każdy pacjent powinien więc być przyjmowany pojedynczo i mieć możliwość przygotowania się do badań w osobnym (zasłoniętym) miejscu. Niedopuszczalne jest tzw. zbiorowe przyjmowanie pacjentów⁸. Niewłaściwe jest także tolerowanie faktu, że personel medyczny (pielęgniarki, rejestratorki) wchodzi do pomieszczenia, w którym odbywa się badanie, bez uprzedzenia i uzyskania wyraźnej zgody nie tylko lekarza, ale też pacjenta na wejście⁹. Analogiczna sytuacja ma miejsce wtedy, gdy do pomieszczenia może wejść swobodnie inna osoba nieupoważniona, w tym inny pacjent.

3. Obecność osób bliskich przy udzielanych świadczeniach zdrowotnych

Wyrazem poszanowania intymności pacjenta jest ograniczenie możliwości obecności różnych osób przy udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych. Obecnie nie tylko ograniczony został krąg osób, które mogą uczestniczyć przy udzielanych świadczeniach, ale jednocześnie sam pacjent może wystąpić z żądaniem, aby obecne były przy nim określone osoby.

Pacjent ma przede wszystkim prawo do obecności osoby bliskiej. Osobą bliską jest nie tylko osoba, którą

⁸ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 140.

⁹ *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, komentarz*, Warszawa 2008, s. 46.

pacjent uznaje za bliską, ale dodatkowo należąca do grona podmiotów wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ust. pr. pacj., czyli małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Krewny to osoba, którą z pacjentem łączą więzy krwi. Krewnymi w linii prostej są wstępní, czyli osoby od których pochodzi pacjent i zstępní, którzy pochodzą od pacjenta. Stopnie to linie łączące rozpatrywane osoby. Stąd krewnymi w linii prostej do drugiego stopnia będą: dzieci i wnuki (jako zstępní) oraz rodzice i dziadkowie (jako wstępní). Powinowactwo to więź, jaka powstaje z chwilą zawarcia małżeństwa między jednym z małżonków a rodziną drugiego. Do grona powinowatych w linii prostej zalicza się zatem: teściów i ich rodziców, dzieci współmałżonka (pasierb, pasierbica) oraz jego wnuki. Co do osób będących we wspólnym pożyciu najczęściej chodzi o konkubentów, chociaż ustawa nie ogranicza zakresu osoby bliskiej do osób różnej płci, co rodzi uzasadnione pytanie, czy można wskazać jako osobę bliską kogoś, z kim pacjent żyje w tzw. związku partnerskim. Z grona osób bliskich pacjentowi wyłączone zostało rodzeństwo, kuzynostwo oraz dalsza rodzina, chyba że zostaną oni wskazani przez samego pacjenta. Takie rozwiązanie powoduje, że wielu uprawnień pozbawieni są „dalsi” członkowie rodziny (np. rodzeństwo) w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny lub z innych przyczyn nie jest w stanie wskazać tych podmiotów jako swoich bliskich czy uprawnionych do uzyskania określonych infor-

macji, w tym informacji o jego stanie zdrowia lub wglądu do dokumentacji medycznej.

Pacjent może ze swojego uprawnienia do udziału osoby bliskiej skorzystać, ale nie musi. Obecność członka rodziny może mieć szczególne znaczenie przy niektórych rodzaju zabiegach, takich jak poród. Dyskusja na temat dopuszczalności i terapeutycznego działania obecności osób bliskich rozpoczęła się zresztą w związku z wprowadzeniem tzw. porodów rodzinnych. Coraz częściej rodzina pacjenta zgłasza chęć asystowania także przy innych zabiegach, w szczególności gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub starsza, nieporadna lub niepełnosprawna fizycznie lub umysłowo. Praktyka dowodzi, że obecność osoby bliskiej staje się powszechna w trakcie wizyt stomatologicznych lub innych niefinansowanych ze środków publicznych, chociaż ustawodawca nie różnicuje sytuacji pacjenta w zależności od tego, czy chodzi o świadczenia komercyjne (odpłatne) czy też finansowane ze środków publicznych. Podobnie nie zostały wprowadzone odmienne uprawnienia pacjenta, któremu świadczenia zdrowotne udzielane są w gabinetach lekarskich (prywatnych, publicznych) czy w podmiotach leczniczych (będących lub niebędących przedsiębiorcami).

Ustawodawca nie przewidział żadnych ograniczeń co do liczby osób bliskich uczestniczących przy udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Wydaje się jednak, że decydujące znaczenie będą miały w tym względzie zasady „zdrowego rozsądku”. Trudno się zgodzić na asystowanie przy badaniu lub leczeniu kilku osób, może to bowiem

zdezorganizować działalność placówki. Dlatego kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów¹⁰. Problem polega na tym, że nie zdefiniowano ww. pojęć. Dlatego ocena każdego przypadku będzie należała do sfery indywidualnej decyzji lekarza.

4. Obecność innych osób przy świadczeniach medycznych

Drugą kategorię podmiotów, które mogą uczestniczyć w czynnościach medycznych podejmowanych wobec konkretnego pacjenta, są osoby wykonujące zawód medyczny, których udział jest niezbędny ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia (pielęgniarka, położna, inny lekarz). Sam fakt przynależności do personelu medycznego nie upoważnia do asystowania przy każdej procedurze. Jeśli jednak udział konkretnej osoby jest niezbędny, to może być ona obecna nawet pomimo sprzeciwu pacjenta. Ponadto obecne mogą być także osoby, których udział jest niezbędny do zastosowania określonej procedury (np. osoby obsługujące określone urządzenie).

W praktyce powstaje pytanie, czy pacjent może żądać, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych uczestniczyła

¹⁰ Zgodnie z brzmieniem art. 5 ust. pr. pacj.

konkretna pielęgniarka czy położna lub inna osoba wykonująca zawód medyczny (np. aby świadczeń udzielał mu konkretny lekarz) lub przeciwnie, czy może sobie nie życzyć, aby czynności lecznicze podejmował wobec niego dany lekarz. Obowiązujące przepisy nie przewidują w tym względzie żadnego rozwiązania¹¹. Jedynie art. 12 ust. 2 KEL wskazuje, że relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem powinny się opierać na wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Pozostałe osoby (poza osobami bliskimi oraz wykonującymi zawód medyczny) mogą być obecne w trakcie badania czy leczenia tylko wtedy, gdy wyrażą na to zgodę pacjent i lekarz. W odniesieniu do pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, wymóg uzyskania zgody dotyczy jego przedstawiciela ustawowego.

Powyższych zasad nie stosuje się do klinik i szpitali uczelni medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych¹². Ich wyłączenie dotyczy jedynie świadczeń niezbędnych do celów dydaktycznych. O tym, jakie czynności mieszczą się w tym pojęciu, decyduje

¹¹ Wyjątek w tej mierze stanowi rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej, które daje (po spełnieniu pewnych warunków) prawo kobiecie wyboru osoby sprawującej opiekę w okresie ciąży, porodu i pogołu.

¹² Tak stanowi art. 36 ust. 4 ust. lek.

lekarz prowadzący. W pozostałej części należy stosować zasady ogólne¹³.

Obecność osób pobierających naukę wykonywania zawodu powinna być jednak wyłączona także wtedy, gdy pacjent wyrazi sprzeciw¹⁴. Przyjmuje się bowiem swoistego rodzaju domniemanie zgody na udział określonych osób trzecich w sytuacji, gdy świadczenia zdrowotne są udzielane w jednostkach naukowo-badawczych. Domniemanie to może być jednak obalone w razie złożenia sprzeciwu przez pacjenta. Potwierdza ten wniosek analiza norm etycznych. Zgodnie z treścią art. 51 ust 1 KEL wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych. Należy się przy tym starać o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej¹⁵. Osoby uczestniczące w procesie dydaktycznym nie mogą ponadto bez zgody pacjenta przeprowadzić badań ani innych procedur medycznych. Jeżeli pacjent jest osobą małoletnią lub ubezwłasnowolnioną, zgody na obecność personelu medycznego w celach dydaktycznych musi udzielić ich przedstawiciel ustawowy.

¹³ Przeciwnie zapatrywanie zakłada, że w przypadku gdy uczestnictwo w zabiegu miałoby mieć charakter „demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym”, konieczne jest uzyskanie na nie zgody pacjenta. Zgoda pacjenta na czynność medyczną służącą dydaktyce powinna być wyrażona za każdym razem, gdy ma zostać dokonana, a nie jedynie za pierwszym razem.

¹⁴ Przeciwnie zapatrywanie wyraziła D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta*, komentarz, Warszawa 2009, s. 162.

¹⁵ Art. 51 ust. 2 KEL.

5. Poszanowanie godności pacjenta

Pojęcie godności, chociaż powszechnie stosowane w nauce prawa, nie ma legalnej definicji¹⁶. Zazwyczaj godność jest określana jako subiektywnie rozumiane poczucie wartości konkretnego pacjenta¹⁷ lub jako subiektywne przekonanie jednostki o jej autentycznej wartości jako człowieka bez względu na to, czy jest ona zdrowa czy chora. W orzecznictwie sądowym godność jest ujmowana jako dobro osobiste człowieka, które odzwierciedla wewnętrzne poczucie własnej wartości i ważności jako indywidualnej osoby. Doznaje ona naruszenia, gdy inna osoba daje wyraz gorszej ocenie, co wywołuje usprawiedliwiony stan dyskomfortu psychicznego u adresata takiej oceny¹⁸. Z tego m.in. powodu się postuluje, aby personel medyczny posługiwał się imieniem i nazwiskiem chorego, unikając sformułowań: „babciu”, „ten z siódemki” itp. Takie bowiem zwroty mogą być bowiem interpretowane przez pacjenta jako poniżające.

W praktyce wskazuje się na różne sytuacje, w których mogłoby dojść do naruszenia godności pacjenta: niedbałe wykonywanie iniekcji, nieprawidłowa zmiana opatrunków, niestaranne czy nienależyte wykonywanie badań, co

¹⁶ Konstytucja RP wymienia godność jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne źródło wolności i praw człowieka i obywatela.

¹⁷ M. Dercz, T. Rek, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2003, s. 103.

¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z 30 października 2003 r., IV CSK 149/02, LEX, 209 289. Por. wyrok Sądu Najwyższego z 25 kwietnia 1989 r., I CR 143/89, OSP, 1990, z. 9, poz. 330.

może prowadzić do zbędnego lub nadmiernego bólu¹⁹ czy niepodanie znieczulania, gdy takie jest życzenie pacjenta i nie ma przeciwwskazań medycznych²⁰. Do takiego postępowania zalicza się ponadto zbieranie wywiadu lekarskiego w obecności innych osób lub informowanie pacjenta w ten sposób o stanie jego zdrowia, planowanym lub przeprowadzonym zabiegu, powstałych skutkach. Dodatkowo postuluje się, aby w relacjach lekarza z pacjentem respektowano zasady współżycia społecznego, a samo postępowanie cechowały delikatność i empatia. Personel medyczny powinien się odnosić z należyтым szacunkiem do każdego chorego, nie uzależniając swojego zachowania od jego statusu społecznego, wieku, wykształcenia, rasy, płci czy innych cech. Nie należy też dokonywać oceny zachowania samego pacjenta i jego poglądów ani też narzucać swojego światopoglądu. Od personelu medycznego oczekuje się, aby nie reagował z niecierpliwością, a niekiedy wręcz z wyraźną niechęcią na pytania pacjenta, a tym bardziej aby nie ignorował jego obaw i nie lekcewał chorego²¹. Doktryna prawa medycznego niekiedy zgłasza nawet dalej idące postulaty, wskazując, że lekarz powinien traktować pacjenta jak równoprawnego uczestnika postępowania terapeutycznego, a nie jak kogoś mniej ważnego, kto ma się podporządkować narzuconym przez niego regułom²².

¹⁹ I. Iżewska, *Pacjent – pielęgniarz*, Warszawa 1987, s. 193.

²⁰ M. Boratyńska, *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 8, s. 73.

²¹ A. Gubiński, *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa 1993, s. 68.

²² D. Karkowska, *Prawa...*, s. 368.

Przedstawione uprawnienia pacjenta były też przedmiotem kilku orzeczeń sądowych. W jednym z nich Sąd Najwyższy stwierdził, że przypisywanie młodej dziewczynie, zresztą na skutek pomyłki w badaniach (informacja o rzekomym zachorowaniu na chorobę weneryczną), niemoralnego zachowania naruszającego obowiązujące standardy etyczne rodzi odpowiedzialność lekarza za wywołanie u pacjentki stanu obawy i w rezultacie podjęcie przez nią próby samobójczej.²³ W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy uznał, że odbycie porodu w porze nocnej, wczesną jesienią na przednim siedzeniu samochodu osobowego stojącego przed szpitalem, w obecności osób niebędących personelem medycznym (asysta policjantów) bez zapewnienia podstawowych warunków sanitarnych oraz możliwości skorzystania w razie potrzeby z niezbędnego sprzętu medycznego naruszyło godność pacjentki²⁴.

Wyrazem poszanowania godności pacjenta jest też łagodzenie bólu i innego cierpienia. Z tego względu każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających ich wyeliminowanie lub złagodzenie.

²³ Wyrok Sądu Najwyższego z 21 czerwca 1976 r., IV CR 193/76, OSP, 1977, nr 6, poz. 106.

²⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z 25 kwietnia 1989 r., I CR 143/89, niepubl.

CZEŚĆ III

ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH

SALUS POPULI SUPREMA LEX

I. Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne

1. Wprowadzenie

W dniu 1 stycznia 2012 r. weszła w życie nowelizacja przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹. Reguluje ona szczegółowe zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku tzw. zdarzeń medycznych. Wprowadzony przez ustawodawcę nowy model dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, nieznanym dotychczas prawu polskiemu, wzorowany jest na szwedzkim ubezpieczeniu na rzecz pacjenta. Stanowi on próbę rozwiązania problemów związanych z narastającą liczbą roszczeń osób poszkodowanych przeciwko podmiotom leczniczym. Zaproponowane przez polskiego ustawodawcę

¹ Dz. U. Nr 113, poz. 660. T.j.: Dz.U. 2012, poz. 159.

postanowienia nie tylko jednak są dalekie od szwedzkiego modelu, ale przede wszystkim budzą wiele wątpliwości interpretacyjnych. Trudno zatem stwierdzić, w jakim zakresie uchwalone w ostatnim czasie rozwiązanie zostanie przyjęte przez praktykę, a przede wszystkim przez pacjentów, do których jest kierowane.

Szwedzki model ubezpieczenia na rzecz pacjenta (*no fault patient insurance*) nazywany też NFPI, początkowo przyjęty jako ubezpieczenie dobrowolne, w postaci ubezpieczenia obowiązkowego funkcjonuje od połowy lat 90.² Wprowadzająca ten system szwedzka ustawa o wynagrodzeniu szkód poniesionych przez pacjentów przewiduje odpowiedzialność niezależną od winy osób udzielających świadczenia opieki zdrowotnej. Powołana regulacja dotyczy zarówno zakładów opieki zdrowotnej (publicznych, niepublicznych), jak i lekarzy oraz innych osób dokonujących czynności medycznych. Pacjentami są wszystkie osoby, którym udziela się świadczeń zdrowotnych, wobec których podejmuje się leczenie bądź wykonuje badania, bez względu na cel przeprowadzania procedur medycznych. Pacjentem jest również osoba uczestnicząca w eksperymencie medycznym lub badawczym, będąca dawcą organu lub materiału biologicznego w celu transplantacji lub innych działań medycznych.

Gwarancją skuteczności wskazanego modelu jest równoczesne wprowadzenie obowiązkowego ubezpiecze-

² Analogiczne ubezpieczenie wprowadziła następnie Finlandia w 1987 r., rok później Norwegia, a od 1992 r. system ten obowiązuje także w Danii.

nia³. Każdy świadczeniodawca ma zatem obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjenta oraz zapłaty z tego tytułu odpowiedniej składki. Wynagrodzeniu podlega sześć kategorii szkód: powstałych na skutek leczenia; wynikających z wad instrumentu lub materiału badawczego używanego do badań, zabiegów lekarskich lub nieprawidłowego ich użycia; błędnej diagnozy; infekcji powstałej w czasie badania lub zabiegów lekarskich; nieprawidłowego przepisania leku⁴ oraz wypadku powstałego w trakcie badania, zabiegu czy transportu chorego. Z zakresu ochrony wyłączone zostały szkody powstałe na skutek niezbędnego postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego, gdy niepodjęcie tego działania groziłoby pacjentowi utratą życia lub ciężkim uszkodzeniem ciała; gdy szkoda jest wynikiem choroby, na którą cierpiał pacjent, z wyjątkiem wadliwej diagnozy, która spowodowała dalszy uszczerbek. Poza zakresem ochrony pozostaje też kwestia odpowiedzialności za wykonanie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta.

Odwołując się do potrzeby wprowadzenia skutecznej ochrony pacjentów, ale też samych placówek medycznych przed niewypłacalnością związaną z koniecznością realizacji roszczeń odszkodowawczych, polski ustawodawca – w ramach kompleksowej reformy systemu opieki zdrowotnej – wprowadził nowatorski model odpowiedzialności

³ Zob. szerzej na ten temat M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 381.

⁴ Za szkody wyrządzone przez leki odpowiedzialność ponosi także ubezpieczyciel, ale na podstawie ubezpieczenia OC producenta lub importera.

za zdarzenie medyczne. Przyjęty system budzi jednak wiele zastrzeżeń, rodzi też wiele otwartych pytań. Dlatego wymaga on szczegółowego rozważenia podmiotowego, przedmiotowego, czasowego oraz kwotowego zakresu odpowiedzialności i zastosowania nowych przepisów, przeanalizowania wątpliwości praktycznych wyłaniających się na tle przyjętych rozwiązań oraz wskazania różnic w stosunku do wzorcowego modelu ubezpieczenia na rzecz pacjenta⁵.

2. Pojęcie zdarzenia medycznego

Ustawodawca, już w pierwszych postanowieniach ustawy, w sposób szczególny definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, rezygnując ostatecznie z wcześniej przyjętego terminu błąd medyczny (art. 67a ust. 1). W odpowiedzi bowiem na zastrzeżenia kierowane przez środowisko medyczne, którego przedstawiciele wskazywali na nieprawidłowość sformułowania „błąd medyczny”, sugerującego winę czy też negatywne postępowanie odpowiedzialnego podmiotu, na ostatnim etapie prac legislacyjnych krytykowane pojęcie zostało zamienione na sformułowanie „zdarzenie medyczne”. Zabieg ten trudno jednak

⁵ Jedną z różnic polega na tym, że w przypadku braku takiego ubezpieczenia obowiązek wypłaty odpowiedniego świadczenia obciąża szpital. W modelu szwedzkim, w sytuacji nieposiadania ubezpieczenia na rzecz pacjenta-ubezpieczyciele afiliowani w Stowarzyszeniu Ubezpieczenia Pacjentów wspólnie odpowiadają za wypłatę odszkodowania.

uznać za udany, pojęcie „zdarzenie medyczne” jest bowiem bardzo szerokie i gdyby nie szczegółowe dookreślenie ustawowego terminu większość wypadków, które wystąpiły w placówce medycznej można byłoby zakwalifikować jako zdarzenia medyczne. Zdarzeniem medycznym” samym w sobie jest już śmierć pacjenta lub uszkodzenie ciała czy rozstrój zdrowia, nawet jeśli wystąpiły one ze względu na chorobę lub inne naturalne schorzenie pacjenta i były wynikiem jego stanu zdrowia. Ostatecznie przyjęta definicja została też, w stosunku do pierwotnej wersji, znacznie skrócona⁶.

⁶ Błędem medycznym w rozumieniu projektu ustawy było nieumyślne postępowanie osoby wykonującej zawód medyczny w szpitalu, niezgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, w wyniku którego nastąpiło:

1) zachorowanie na chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (tj. posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty);

2) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu albo dziecka lub matki albo śmierć co najmniej jednego z nich – w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych tym pacjentom w związku z ciążą, porodem lub położeniem;

3) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, w przypadku:

a) nieprawidłowej diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby,

b) nieprawidłowego użycia sprzętu lub aparatury medycznej,

c) wykonania w nieprawidłowy sposób zbiegu operacyjnego.

W postanowieniu art. 67a ust. 1 ustawy przez zdarzenie medyczne rozumie się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, a także jego śmierć będąca następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

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

Jak wynika z literalnej wykładni przepisu, zasadniczą przesłanką decydującą o możliwości powstania odpowiedzialności za zdarzenie medyczne jest wystąpienie określonego uszczerbku na skutek działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. W powołanej definicji nie ma bezpośredniego odwołania do winy podmiotu leczniczego. Założeniem ustawy było bowiem, aby fakt wystąpienia winy konkretnego podmiotu lub jej braku nie miał, z punktu widzenia przyjętej odpowiedzialności za zdarzenie medyczne, żadnego prawnego znaczenia. Wydaje się jednak, że wprowadzenie wymogu decyzji niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną powoduje, że pomimo braku konieczności wykazania winy, w praktyce większość działań będzie miała taki właśnie charakter. Trudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, w której działania niezgodne z aktualną wiedzą medyczną nie przybrały

choćby postaci niedołożenia należytej staranności⁷. Poza tym możliwość zakażenia pacjenta czynnikiem chorobotwórczym będzie niejednokrotnie świadczyła o wystąpieniu tzw. winy organizacyjnej placówki. Dlatego w przyjętym rozwiązaniu nie tyle chodzi o brak elementu winy, ile o brak konieczności jej udowodnienia.

Na uwagę zasługuje też fakt, że ustawodawca wskazuje na możliwość wystąpienia nieprawidłowości nie tylko w samym procesie leczenia, ale też na etapie diagnozy oraz zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Niestety, pomimo rozbudowanej definicji ustawowej zdarzenia medycznego nadal mogą powstawać wątpliwości, czy konkretne sytuacje objęte są zakresem tego pojęcia. Typowym przykładem może być powstanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wywołanych posługiwaniem się niesprawnym czy przestarzałym sprzętem. Wydaje się, że w wielu przypadkach określony sprzęt może być kwalifikowany jako wyrób medyczny⁸. Poza tym,

⁷ Zakłada się bowiem, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie odpowiada za tzw. błędy nauki, ale zawsze ponosi odpowiedzialność za stosowanie niesprawdzonych lub zarzuconych metod leczenia oraz brak doksztalcania się, co w konsekwencji prowadzi do podjęcia przez niego działań sprzecznych z aktualną wiedzą medyczną.

⁸ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679), przez pojęcie wyrobu medycznego należy rozumieć wszelkie narzędzia, przyrządy, aparaty, sprzęt, materiały i inne artykuły stosowane samodzielnie lub w połączeniu z niezbędnym wyposażeniem i oprogramowaniem, przeznaczone przez wytwórców do stosowania u ludzi w celu:

a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób,

jeżeli posługiwanie się taką aparaturą nastąpiło w czasie procesu leczenia, uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia może być też interpretowane jako spowodowane nieprawidłowym leczeniem⁹. Przyjęta interpretacja rozszerza jednak w znaczny sposób odpowiedzialność za zdarzenia medyczne skoro wprowadzony wymóg niezgodności postępowania odpowiedzialnego podmiotu z aktualną wiedzą medyczną wskazywałby raczej na to, że ustawodawca kładzie nacisk na decyzje *stricte* medyczne. Analogiczne wątpliwości mogą się pojawić w przypadku odmowy leczenia pacjenta. Z jednej bowiem strony, przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, z drugiej strony, odmowa leczenia może stanowić działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, w szczególności w takiej sytuacji, gdy lekarz podejmie nieodpowiednią

b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia skutków urazów lub upośledzeń,

c) prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych,

d) regulacji poczęć,

jeżeli nie osiągają swojego zasadniczego zamierzonego działania środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz mogą być przez nie wspomagane.

⁹ W modelu szwedzkim wyraźnie wyodrębnione zostały szkody spowodowane wadami produktów medyczno-technicznych, sprzętu i aparatury medycznej. Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta mogą być zatem wywołane przez wady produktów medyczno-technicznych lub wyposażenia szpitalnego bądź przez ich niewłaściwe wykorzystywanie przy wykonywaniu badania, sprawowaniu opieki, stosowaniu terapii itp.

decyzję na skutek błędnej diagnozy. Wówczas można mówić o diagnozie, która opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby.

3. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres podmiotowy

Decydujące znaczenie ma określenie podmiotowego zakresu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, w konsekwencji udzielenia odpowiedzi na pytanie: kto – wobec kogo ponosi odpowiedzialność. Przepisy nowelizującej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej. Wskazana ustawa definiuje szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9). Jak wynika z brzmienia powołanego przepisu, wprowadzona przez ustawodawcę definicja jest mało przejrzysta. Zostaje ona dodatkowo skomplikowana wprowadzeniem podziału na przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych¹⁰ oraz podmioty lecznicze

¹⁰ Zgodnie z brzmieniem art. 205 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), z dniem jej wejścia w życie, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.

niebędące przedsiębiorcami¹¹ oraz utrzymaniem pojęcia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹².

Podmiotem uprawnionym do wystąpienia z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercy. Pacjentem jest każdy, kto korzysta ze świadczeń zdrowotnych lub zwraca się o ich udzielenie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny, m.in. przez szpital, pielęgniarkę, położną, lekarza lub inny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych¹³.

¹¹ Zgodnie z brzmieniem art. 204 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. W terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy (czyli do dnia 1 lipca 2012 r.) kierownicy tych podmiotów mieli obowiązek dostosowania ich działalności oraz statutu i regulaminu organizacyjnego do przepisów ustawy oraz dokonania zgłoszenia do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych.

¹² Zob. art. 58 ustawy poświęcony problematyce podziału zysku w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej czy art. 59 wprowadzający obowiązek pokrycia przez sp. z o.o. ujemnego wyniku finansowego we własnym zakresie. Decydujące znaczenie mają jednak w tej mierze przepisy dotyczące likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 60–61 ustawy), jego przekształcenia w spółkę kapitałową (art. 69–82) oraz połączenia się dwóch lub więcej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej poprzez przeniesienie całego mienia do jednego z nich lub utworzenia nowego sp. z o.o. (art. 66–68 ustawy).

¹³ Taką definicję pacjenta wprowadza art. 3 ust. 1 pkt 4 pr.pacj.

Wprowadzenie uprawnienia do zgłoszenia roszczenia wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia pacjentowi jako bezpośrednio poszkodowanemu jest rozwiązaniem jak najbardziej naturalnym. Natomiast postanowienie, przy znające uprawnienie do wystąpienia z odpowiednim żądaniem przez spadkobierców, jest już dosyć zaskakujące. Przewidująca odpowiedzialność za zdarzenia medyczne nowelizacja została wprowadzona do przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wskazana ustawa przyznaje szereg uprawnień pacjentowi, określając jego prawa, a także osobie bliskiej, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, a nawet jego opiekunowi faktycznemu¹⁴. W żadnym przepisie nie zostały przewidziane jakiegokolwiek uprawnienia dla spadkobierców pacjenta, nawet w przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w godności i spokoju; możliwość żądania odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. przysługuje małżon-

¹⁴ Osoba bliska definiowana jest jako małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Poza uprawnieniami wynikającymi z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot ten ma także prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta, gdy rokowania są niepomyślne i lekarz ogranicza zakres przekazywanych mu wiadomości. Opiekun faktyczny to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny opieki takiej wymaga. Przedstawiciel ustawowy pacjenta ma podstawowe uprawnienie do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne oraz prawo do informacji o stanie zdrowia osoby będącej pod jego pieczą.

kowi, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawicielowi ustawowemu.

Analogicznie ujmują te kwestie postanowienia najnowszych aktów prawnych wprowadzonych w życie z dniem 1 lipca 2011 r., w tym ustawa o działalności leczniczej¹⁵, a także inne przepisy szczególne zawarte w takich ustawach, jak ustawa z 25 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁶ czy ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷. Spośród wszystkich ustaw medycznych jedynie w omawianej nowelizacji wprowadzającej odpowiedzialność szpitali za zdarzenia medyczne uprawnienie do wystąpienia z żądaniem wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia zostało przyznane spadkobiercom pacjenta. Jak wiadomo, pacjent może przekazać spadek zarówno spadkobiercom ustawowym, jak i spadkobiercom testamentowym. Ustawodawca nie precyzuje, o jakiego spadkobiercę chodzi, w konsekwencji wnioskodawcą może być także spadkobierca testamentowy, który nie zawsze należy do grona członków rodziny pacjenta –

¹⁵ Powołana ustawa przewiduje, że w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci należy niezwłocznie zawiadomić osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 28 ust. 1 pkt 1). Prawo wypisu „na żądanie” przysługuje pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu (art. 29 ust. 1 pkt 2), podobnie jak prawo do złożenia sprzeciwu na ewentualną sekcję zwłok (art. 31 ust. 2).

¹⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

¹⁷ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry zawiera szczególne postanowienia odnoszące się do prawa wyrażenia zgody przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, a przypadku badania uprawnienie to zostało przyznane także opiekunowi faktycznemu.

spadkodawcy. Kwestia ta rodzi zresztą także wątpliwości natury *stricte* cywilistycznej. Omawiana ustawa przewiduje uprawnienie do żądania odszkodowania lub zadośćuczynienia przez spadkobierców pacjenta, podczas gdy art. 446 k.c. przyznaje prawo do wystąpienia z podobnymi roszczeniami najbliższym członkom rodziny (§ 4, § 3) lub innym osobom bliskim (§ 2). W praktyce może dojść do tego, że spadkobiercą pacjenta będzie „osoba obca”, spoza rodziny czy osób bliskich pacjenta i to ona będzie uprawniona do złożenia wniosku do wojewódzkiej komisji oraz uzyskania świadczenia z tytułu śmierci pacjenta na skutek wystąpienia zdarzenia medycznego. W skrajnych przypadkach można sobie wyobrazić sytuację, w której fundacja lub inna osoba prawna jako spadkobiercy testamentowi, a nawet Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego jako spadkobiercy ustawowi, nabędą uprawnienie do złożenia odpowiedniego wniosku.

Podmiotem uprawnionym do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego oraz wydania odpowiedniego orzeczenia jest wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W analizowanym trybie aktywny udział bierze jednak jeszcze jeden podmiot – ubezpieczyciel. Co do zasady, zobowiązany do wypłaty odpowiedniego świadczenia wnioskodawcy jest bowiem ubezpieczyciel, z którym podmiot prowadzący szpital zawarł umowę obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, powstałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Sytuacja prawna ubezpieczyciela jest o tyle ciekawa, że może być on jednocześnie kontrahentem szpitala z tytułu obowiązkowej umowy ubezpieczenia OC.

4. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres przedmiotowy

Celem postępowania prowadzonego wobec szpitala jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była określona szkoda pacjenta, stanowiło zdarzenie medyczne. Jak wynika z przyjętego rozwiązania, wystąpienie zdarzenia medycznego może prowadzić zarówno do powstania szkody majątkowej, jak i niemajątkowej. W konsekwencji podmiot występujący z odpowiednim roszczeniem może żądać odszkodowania służącego naprawieniu szkody majątkowej oraz zadośćuczynienia w celu zrekompensowania tzw. krzywdy. W braku jakichkolwiek odrębnych definicji w tym względzie należy przyjąć, że szkoda majątkowa oraz szkoda niemajątkowa, nazywana też potocznie krzywdą, powinny być ujmowane w znaczeniu, jakie nadaje im nauka prawa cywilnego¹⁸.

Nowa postać odpowiedzialności podmiotu leczniczego prowadzącego szpital będzie miała zastosowanie w przypadku zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych. Wchodząca w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta nie zawiera własnych definicji świadczenia zdrowotnego. Natomiast ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 3 ust. 1 pkt 6 stanowi, że świadczenie zdrowotne to

¹⁸ Na temat szkody majątkowej oraz niemajątkowej zob. M. Serwach, (w:) E. Kowalewski, D. Fuchs, W. Mogilski, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Branta, Bydgoszcz-Toruń 2005, s. 366.

świadczenie, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej¹⁹. Powołany przepis (analogicznie jak poprzednio obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) definiuje świadczenie zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania²⁰. Świadczenia szpitalne ujmowane są jako wykonywane przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 pkt 11). Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godziny.

Dla powstania odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego drugorzędne znaczenie ma ustalenie osoby, która jest bezpośrednim sprawcą szkody. Odpowiedzialność ta jest bowiem odpowiedzialnością samego szpitala reprezentowanego w relacjach z komisją orzeka-

¹⁹ W brzmieniu nadanym przez art. 181 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

²⁰ Art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia te ulegają wtórnemu podziałowi na świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (art. 9 ustawy o działalności leczniczej). Działalność lecznicza może być też wykonywana w postaci ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (art. 10).

jącą w sprawie wystąpienia zdarzenia medycznego przez kierownika placówki. Jego odpowiedzialność będzie wchodziła w grę zarówno w takim przypadku, gdy wadliwe postępowanie czy decyzja zostały podjęte przez lekarza, pielęgniarkę, położną, jak i przez każdy inny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na terenie placówki. *De facto* nie zostało nawet doprecyzowane, że ma to być osoba wykonująca zawód medyczny. Podobnie, jak nie została zróżnicowana sytuacja szpitala w zależności od tego, czy bezpośredni sprawca szkody jest pracownikiem podmiotu leczniczego, czy też jest na tzw. kontrakcie. Tymczasem zagadnienie to może mieć zasadnicze znaczenie w przypadku przyjęcia możliwości podniesienia wobec bezpośredniego sprawcy roszczenia regresowego. Ustawodawca nie dostrzegł tego problemu przyjmując zapewne, że wszystkie świadczenia z tytułu zdarzeń medycznych będą pokrywane przez ubezpieczyciela. Natomiast w przypadku wyczerpania sumy gwarancyjnej lub braku umowy obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjenta, obowiązek wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia będzie obciążał szpital, na terenie którego doszło do powstania zdarzenia medycznego. Pomijając kwestie roszczenia regresowego w ujęciu cywilnoprawnym czy ubezpieczeniowym, prawo żądania zwrotu odpowiedniej kwoty wypłaconej za szkodę wyrządzoną przez pracownika osobie trzeciej przyznane zostało także pracodawcy (art. 120 k.p.).

Brak odpowiedniego przepisu może rodzić uzasadnione pytanie, czy placówce medycznej, która wypłaciła określone świadczenie pacjentowi, będzie przysługiwało

jakikolwiek roszczenie regresowe wobec odpowiedzialnego podmiotu.

Nie jest ponadto istotne z punktu widzenia omawianej odpowiedzialności, czy mamy do czynienia z niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną działaniem czy zaniechaniem sprawcy. Należy jednak przyjąć, że dla powstania odpowiedzialności za zdarzenie medyczne pomiędzy niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną postępowaniem a szkodą pacjenta, polegającą na zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub jego śmierci, musi wystąpić związek przyczynowy.

5. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres czasowy

Nie mniej wątpliwości budzą przewidziane przez ustawodawcę ramy czasowe odpowiedzialności za zdarzenia medyczne. Czasowa odpowiedzialność podmiotu leczniczego prowadzącego szpital została ograniczona podwójnym terminem²¹. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być bowiem złożony w terminie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia albo nastąpiła

²¹ Na uwagę zasługuje też fakt, że w przeciwieństwie do rozwiązań przyjętych w kodeksie cywilnym, w którym przewidziany jest termin przedawnienia określonego roszczenia, omawiana ustawa wprowadza termin złożenia wniosku.

śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne²². Co ciekawe, ustawodawca uzależnia początek biegu terminu od chwili dowiedzenia się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała czy rozstroju zdrowia, ale w odniesieniu do spadkobierców nie wprowadza analogicznie chwili dowiedzenia się o śmierci pacjenta, lecz posługuje się sformułowaniem „*albo nastąpiła śmierć pacjenta*”²³.

W każdym razie termin 3-letni ma tzw. bezwzględny charakter, po jego upływie nie można już dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego, co oczywiście nie powoduje zamknięcia drogi postępowania przed sądem cywilnym. Innymi słowy, po jego upływie pacjent nie może już skutecznie wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego. Powstaje jednak uzasadnione pytanie, czy przewidziany przez ustawodawcę termin ma charakter terminu przedawnienia, który uznawany jest na zarzut uprawnionego, czy też wniosek złożony po jego upływie powinien zostać, niejako z urzędu, odrzucony przez wojewódzką komisję.

Nie ma natomiast przeszkód prawnych, aby pacjent uzyskał odszkodowanie i zadośćuczynienie na drodze postępowania cywilnego, gdy nie upłynął jeszcze termin 3 lat od dnia, gdy dowiedział się o szkodzie i osobie zobo-

²² Podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może go w każdym czasie wycofać aż do dnia wydania orzeczenia w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

²³ Dokładnie rzecz ujmując postanowienie to brzmi następująco: „*Wniosek wnosi się w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się [...] albo nastąpiła śmierć pacjenta*”.

wiązanej do jej naprawienia (art. 442¹ § 3 k.c.)²⁴. Wracamy jednak do sygnalizowanego wcześniej problemu, że uprawnienie to nie będzie już przysługiwało spadkobiercy, który jednocześnie nie spełnia dyspozycji art. 446 k.c. Innymi słowy, spadkobierca pacjenta, który nie należy jednocześnie do kategorii najbliższych członków rodziny zmarłego pacjenta, nie będzie mógł dochodzić zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na drodze cywilnej.

Najbardziej istotne jest jednak to, że w razie śmierci pacjenta ustawowy termin do złożenia wniosku z tytułu wystąpienia zdarzenia medycznego nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego (art. 67c ust. 4). Wprowadzone rozwiązanie oznacza, że podmiot leczniczy prowadzący szpital nigdy nie będzie miał pewności, kiedy ustanie jego odpowiedzialność za konkretne zdarzenie medyczne. Podobna wątpliwość odnosi się do jego ubezpieczyciela. W braku odpowiedniego rozporządzenia wykonawczego, które ma ustalić szczegółowe warunki nowego ubezpieczenia, nie jest jeszcze znana definicja wypadku ubezpieczeniowego. Jeśli jednak przyjęta zostanie zastosowana w innych ubezpieczeniach obowiązkowych koncepcja wypadku jako zdarzenia objętego ubezpieczeniem (*act committed*), także ubezpieczyciel będzie miał trudności z określeniem czasowego zakresu swojej odpowiedzialności. W praktyce spadkobiercy przez wiele lat mogą bowiem nie wszczynać postępowania spadkowego,

²⁴ W przypadku osoby małoletniej, przedawnienie roszczeń o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności (art. 442¹ § 4 k.c.).

zwłaszcza w sytuacji, gdy wspólność majątku spadkowego jest dla nich korzystna. Jeszcze inne problemy pojawiają się w sytuacji, gdy postępowanie spadkowe przeciąga się w czasie ze względu na konflikty pomiędzy spadkobiercami.

Złożenie wniosku, w wyniku którego wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określonych w przepisach kodeksu cywilnego, wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem (art. 67c ust. 3). Cytowane postanowienie budzi istotne implikacje prawne. Po pierwsze, wprowadza nową okoliczność przerywającą bieg przedawnienia roszczeń cywilnoprawnych, nie wprowadzając jednocześnie żadnej nowelizacji kodeksu cywilnego, a więc nie zmieniając brzmienia art. 123 k.c. Po drugie, samo sformułowanie ustawowe rodzi uzasadnione zastrzeżenia. Jeżeli bowiem, po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, komisja może wydać orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku (art. 67j ust. 1) niezrozumiałe jest wprowadzenie możliwości przerwania biegu przedawnienia jedynie w sytuacji, gdy komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym. W takim bowiem przypadku ubezpieczyciel zobowiązany jest do złożenia wnioskodawcy propozycji wypłaty świadczenia w określonej wysokości, a jej przyjęcie przez uprawnionego oznacza zrzeczenie się wszelkich roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenia medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się od

dnia złożenia wniosku (art. 67k ust. 6)²⁵. Literalna wykładnia art. 67c ust. 3 ustawy wskazywałaby, że przerwianie biegu przedawnienia następuje tylko w przypadku wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym, podczas gdy bardziej uzasadnione byłoby wprowadzenie takiego rozwiązania w razie orzeczenia o braku zdarzenia medycznego. W takim bowiem przypadku występuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia przez pacjenta na drogę sądową. Wydaje się, że nowa okoliczność przerywająca bieg przedawnienia roszczeń cywilnoprawnych powinna być wprowadzona do art. 123 k.c. poprzez nowelizację przepisów kodeksu cywilnego i odnosić się do złożenia wniosku do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych²⁶. Poza tym, jeśli przyjąć zasadność takiego rozwiązania, należałoby konsekwentnie zastanowić się nad tym, jaki jest termin przedawnienia dla roszczenia potwierdzonego przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, podobnie jak ma to miejsce w przypadku art. 125 k.c.

²⁵ Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców jest skuteczne wobec pozostałych.

²⁶ Niezależnie od tego, czy komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, czy o jego braku. Takie sformułowanie pozwoliłoby na uniknięcie zasygnalizowanych wątpliwości.

6. Odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego – zakres kwotowy

Kwotę dochodzonego odszkodowania lub zadośćuczynienia uprawniony podmiot powinien wskazać we wniosku złożonym do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wysokość należnego świadczenia ma jednak ściśle ograniczone ramy ustawowe. W art. 67k ust. 7 nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustawodawca wskazał bowiem maksymalną wysokość należnych świadczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia). Wynosi ona w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową:

1 200 000 zł, z tym że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł. Natomiast w razie jego śmierci – kwota ta stanowi maksymalnie 300 000 zł. W obu przypadkach podana kwota odnosi się do jednego pacjenta. Brzmienie przepisu wskazywałoby, że mamy w tym przypadku do czynienia z wprowadzoną pośrednio sumą gwarancyjną. Tymczasem w razie wyczerpania się wskazanej kwoty lub niezawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, podmiot leczniczy prowadzący szpital związany jest orzeczeniem wojewódzkiej komisji i ma obowiązek przedstawienia własnej propozycji wypłaty wnioskodawcy świadczenia w odpowiedniej wysokości (art. 67k ust. 10 ustawy). Jeżeli w terminie 30 dni od doręczenia mu orzeczenia

o zdarzeniu medycznym nie przedstawi swoich warunków, będzie zobowiązany do wypłaty kwoty wskazanej we wniosku, zawsze jednak mieszczącej się w ustawowych granicach. W konsekwencji przepisy określające maksymalną wysokość świadczenia wypłacanego na rzecz pacjenta lub jego spadkobierców mogą wyznaczać nie tylko granice kwotowej odpowiedzialności ubezpieczyciela, ale też samego podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. W jednym i drugim przypadku przedstawienie określonej propozycji lub wypłata odszkodowania albo zadośćuczynienia nie oznacza jednak uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.

Chwilę uwagi należy też poświęcić przewidzianym przez ustawodawcę maksymalnym kwotom należnego odszkodowania i zadośćuczynienia. Wskazane sumy dotyczą bowiem obu świadczeń jednocześnie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że kwota odszkodowania jest zazwyczaj łatwiejsza do udowodnienia i z tego względu precyzyjniej określona, służy bowiem naprawieniu szkody majątkowej, to w wielu przypadkach będziemy mieć do czynienia z ograniczeniem wysokości zadośćuczynienia służącego naprawieniu krzywdy, która z natury rzeczy ma „nieprzeliczalny” charakter. Ciekawym rozwiązaniem jest także przyznanie kwoty trzykrotnie wyższej w przypadku śmierci pacjenta jego spadkobiercom niż samemu pacjentowi jako bezpośrednio poszkodowanemu. Tendencja ta jest odwrotna niż w przypadku art. 444–448 k.c., na podstawie których bezpośrednio poszkodowanemu wypłacane są zazwyczaj sumy znacznie wyższe niż podmiotom pośrednio poszkodowanym. Wniosek ten jest wyraźnie widoczny

w przypadku zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Swoistego rodzaju uzasadnieniem rozwiązania przyjętego w omawianej nowelizacji przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może być uznanie, że zaproponowana kwota dotyczy wszystkich spadkobierców i podlega podziałowi pomiędzy nimi. Liczba spadkobierców – wnioskodawców może być przy tym różna w każdym konkretnym przypadku²⁷.

Na zakończenie należy dodać, że kwotowe granice odpowiedzialności za zdarzenia medyczne mogą uległy kolejnym modyfikacjom. Zgodnie bowiem z delegacją z art. 67k ust. 11 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, określił szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 7, oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów pacjenta oraz warunkiem przejrzystości w ustalaniu ich wysokości. Rozporządzenie Ministra zdrowia z 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości

²⁷ Poszczególne stany faktyczne dowodzą, że jeden wypadek może rodzić od jednego do kilku, a nawet kilkunastu roszczeń uprawnionych pośrednio poszkodowanych. Wniosek ten znajduje swoje odzwierciedlenie w ostatnich zdarzeniach o charakterze katastroficznym, poczynając od zawalenia hali targów międzynarodowych w Katowicach, a skończywszy na tzw. katastrofie smoleńskiej.

świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego²⁸ przewiduje trzy grupy następstw zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta:

- następstwa związane wyłącznie z wydłużeniem czasu leczenia (bez istotnego zaburzenia funkcji narządów, organów lub układów) lub wynikające wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego przemijające (czasowe) upośledzenie funkcji narządów, organów lub układów,

- następstwa wynikające wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego przemijające (czasowe) upośledzenie funkcji narządów, organów lub układów, w których nie jest możliwe wyznaczenie trwałego uszczerbku na zdrowiu,

- następstwa wynikające wyłącznie z następstw zdarzenia medycznego trwała utrata funkcji narządu lub co najmniej częściowa utrata narządu z koniecznością prowadzenia terapii wspomagającej, lub upośledzenie funkcji narządów innych niż związane z organem, narządem lub układem leczonym lub co najmniej częściowa utrata tych organów, narządów lub układów,

W zależności od rodzaju uszczerbku, jakie mogą one spowodować przewidziane zostały w formie procentowej od kwoty bazowej, jaka kwota odszkodowania lub zadośćuczynienia powinna być pacjentowi zaproponowana. Szczegółowy wykaz zostanie zamieszczony na końcu niniejszej książki.

²⁸ Dz.U. 2013, poz. 750.

II. Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych

1. Wprowadzenie

Jak wcześniej wskazano nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z 28 kwietnia 2011 r.¹ wprowadziła odrębny tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynie-

¹ Dz. U. Nr 113, poz. 660. Na temat systemu skandynawskiego zob. M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu*, Prawo Asekuracyjne 2002, nr 2, s. 17; Por. M. Nesterowicz, *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiP 2002, nr 3; B. A. Koch, *Medical Liability in Europe*, Berlin – Boston 2011, s. 537; M. Brahams, *The swedish „no fault” Compensation System for Medical Injuries*, New Law Journal 1988, vol. 138, s. 19.

nia w przypadku zdarzeń medycznych². O wystąpieniu zdarzenia medycznego orzekają komisje wojewódzkie, natomiast do wypłaty świadczenia w określonej wysokości są zobowiązani, co do zasady, ubezpieczyciele udzielający w tym zakresie ochrony ubezpieczeniowej³.

Biorąc pod uwagę praktyczne znaczenie nowych przepisów dla działalności szpitali, ale też konieczność wprowadzenia odpowiedniego ubezpieczenia, nazywanego powszechnie ubezpieczeniem na rzecz pacjenta, ustawodawca przewidział dosyć długie *vacatio legis*. Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne weszła bowiem w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. W konsekwencji analizowane rozwiązania ma zastosowanie do zdarzeń, których skutkiem jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć, mających miejsce po dniu wejścia w życie ustawy. Wyjątek w tej mierze stanowią przepisy dotyczące zgłaszania kandydatów na członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych pierwszej kadencji oraz powołania ich członków, które weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy⁴.

² Wskazane świadczenia wypłacane są pacjentom lub ich spadkobiercom, jeżeli na skutek wystąpienia w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital tzw. zdarzenia medycznego doszło do zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała, wywołania rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta

³ Tekst powyższy ukazał się w Prawie Asekuracyjnym 2014, nr 4, publikacja za zgodą wydawcy.

⁴ Samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, adwokatury, radców praw-

Z punktu widzenia praktyki medycznej oraz ubezpieczeniowej zasadnicze znaczenie ma szczegółowe przedstawienie zasad postępowania przed wojewódzkimi komisjami oraz trybu dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia w razie wystąpienia zdarzenia medycznego⁵.

2. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego

Postępowanie o ustalenie zdarzenia medycznego nie jest prowadzone z urzędu, lecz wszczynane na wniosek uprawnionego podmiotu. Jak wynika z treści uzasadnienia nowelizacji, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o błędach medycznych jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego. W przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia uprawnionym do złoże-

nych oraz organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz pacjenta powinny zgłosić kandydatów na członków wojewódzkich komisji pierwszej kadencji nie później niż do 30 września 2011 r. Wojewodowie powołali członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych pierwszej kadencji w terminie do 31 grudnia 2011 r.

⁵ Por. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, PiM 2010, nr 4, s. 22; M. Tenenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, PiM 2010, nr 4, s. 40.

nia wniosku jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W razie śmierci pacjenta prawo żądania ustalenia zdarzenia medycznego przysługuje spadkobiercom pacjenta. Wniosek składa się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Wniosek niekompletny⁶ lub nienależycie opłacony będzie zwracany bez rozpoznania podmiotowi składającemu wniosek. Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 200 złotych. Opłata podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i zostaje przekazana na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego.

Do wniosku dołącza się dowody uprawdopodobniające okoliczności w nim wskazane⁷, potwierdzenie uiszczenia

⁶ Zgodnie z art. 67d ustawy wniosek musi zawierać: (1) dane pacjenta (imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość); (2) ewentualnie imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego; (3) imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli to oni są wnioskodawcami oraz wskazanie, który ze spadkobierców reprezentuje pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych; (4) adres do doręczeń; (5) dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital (firmę, adres siedziby oraz adres szpitala); (6) uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej; (7) wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia czy śmierć pacjenta; (8) propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż określona w ustawowych granicach.

⁷ Wnioskodawca nie ma obowiązku wskazania, jakie konkretnie błędne postępowanie przyczyniło się do powstania uszczerbku. Powi-

stosownej opłaty oraz postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku, jeżeli z wnioskiem, o ustalenie zdarzenia medycznego występują spadkobiercy zmarłego pacjenta oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w razie złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich. Ustawodawca nie doprecyzował, że zamiast stwierdzenia nabycia spadku, uprawniony może dostarczyć poświadczenie dziedziczenia, co może prowadzić do powstania określonych wątpliwości praktycznych⁸. Podobnie, nie ma odpowiedzi na pytanie, jak należy oceniać sytuację, gdy spadkobiercy nie są w stanie przedstawić jednego pełnomocnictwa do reprezentowania pozostałych.

W art. 67b ust. 3 pr.pacj. ustawodawca przewiduje wyjątek od wprowadzonej przez siebie zasady, że postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego ma wnioskowy charakter. Mianowicie postępowanie przed wojewódzką komisją nie może toczyć się równolegle z innymi postępowaniami w tej sprawie. Dlatego nie może

nien jedynie uprawdopodobnić fakt wystąpienia zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej. Ocena, czy zdarzenie medyczne faktycznie miało miejsce podlega już ustaleniom komisji.

⁸ Powstaje pytanie, jak należy traktować możliwość przedłożenia poświadczenia dziedziczenia, które może być dokonane przed notariuszem, a zarejestrowane w Rejestrze Aktów Poświadczenia Dziedziczenia wywołuje skutki prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku. Poświadczenie dziedziczenia zostało wprowadzone do kodeksu cywilnego nowelą z 24 sierpnia 2007 r., która weszła w życie 2 października 2008 r. (Dz. U. Nr 181, poz. 1287).

być wszczęte, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono już sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie albo toczy się odpowiednie postępowanie cywilne. Jeżeli postępowanie zostało już wszczęte, podlega ono umorzeniu. Jednocześnie ulega ono zawieszeniu w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny. W razie zakończenia postępowania karnego lub postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych podejmuje się z urzędu.

Złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego obwarowane jest podwójnym terminem. Może być on złożony w terminie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne⁹. Termin trzyletni ma tzw. bezwzględny charakter, po jego upływie nie można już skutecznie dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego. W przypadku śmierci pacjenta termin ten nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego¹⁰. Złożenie

⁹ Podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może go w każdym czasie wycofać aż do dnia wydania orzeczenia w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

¹⁰ Na temat wątpliwości dotyczących określenia terminu dochodzenia roszczeń związanych z wystąpieniem zdarzenia medycznego

wniosku do wojewódzkiej komisji przerywa bieg przedawnienia roszczenia cywilnoprawnego. Ustawodawca wprowadza zatem w innym akcie prawnym niż kodeks cywilny kolejną – poza aktywnością wierzyciela (wystąpienie przed sądem, sądem polubownym lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju bezpośrednio w celu dochodzenia, ustalenia, zabezpieczenia lub zaspokojenia roszczenia), aktywnością dłużnika (uznanie właściwe oraz uznanie niewłaściwe) i mediacjami – okoliczność przerywającą bieg przedawnienia. Jednocześnie nie dokonuje żadnej zmiany art. 123 k.c., nie przewiduje też, jaki jest termin przedawnienia dla roszczeń stwierdzonych orzeczeniem wojewódzkich komisji.

3. Postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego

Pierwszym etapem rozpoczynającym postępowanie przed wojewódzką komisją jest ustalenie stanowiska wszystkich zainteresowanych. Dlatego z chwilą przyjęcia kompletnego i opłaconego wniosku wojewódzka komisja przekazuje go niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz jego ubezpieczycielowi. Osoby te przedstawiają swoje zdanie w terminie 30 dni od

zob. M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 3, s. 17 i nast.

otrzymania wniosku wraz z dowodami na jego poparcie. Nieprzedstawienie stanowiska we wskazanym terminie jest traktowane jako akceptacja treści wniosku zarówno w zakresie okoliczności w nim wskazanych, jak i proponowanej wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia. Ustawodawca nie rozstrzygnął kwestii, jak należy oceniać sytuacje, gdy uprawnione podmioty przedstawiać przeciwne zapatrywanie w tej sprawie. W szczególności, gdy ubezpieczyciel kwestionuje swoją odpowiedzialność, a więc prawdopodobne jest, że będzie w przyszłości odwoływał się od ewentualnego orzeczenia komisji o wystąpieniu zdarzenia medycznego lub związany takim orzeczeniem zaproponuje wnioskodawcy symboliczną kwotę. Natomiast szpital akceptuje swoją odpowiedzialność lub, przeciwnie, zachodzi sytuacja odwrotna. Poza tym, przy krótkim 4-miesięcznym terminie przyznanym wojewódzkim komisjom na rozpoznanie sprawy, wyjątkowo długi wydaje się okres oczekiwania na stanowisko szpitala i jego ubezpieczyciela, który może zająć nawet 1/4 całego ustawowego terminu.

W toku prowadzonego postępowania członkom wojewódzkich komisji przyznano wiele uprawnień. Przed wydaniem orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego lub jego braku, komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień wszystkie podmioty zainteresowane wynikiem sprawy: osobę, która złożyła wniosek; kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital; osoby, które wykonywały zawód medyczny w szpitalu oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób w nim związane w okresie, w którym miało miejsce zdarzenie medycz-

ne, jeśli tylko mogą posiadać informacje istotne dla toczącego się postępowania, a także samego ubezpieczyciela¹¹. Komisja rozpatrując przedstawione dowody, może ponadto przeprowadzić postępowanie wyjaśniające w szpitalu oraz żądać dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy, w szczególności dokumentacji medycznej. Dodatkowo komisja ma uprawnienie do wizytacji pomieszczeń i urządzeń placówki¹². Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, może też zasięgnąć opinii lekarza albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dyscyplinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia¹³. Istotnym mankamentem przyjętego rozwiązania jest niewprowadzenie odrębnego terminu na sporządzenie opinii oraz brak regulacji sytuacji, w której podmiot powołany do jej wydania zwleka z ekspertyzą lub nie ma możliwości szybkiego przeprowadzenia konsultacji, na skutek czego wojewódzka komisja nie jest w stanie wydać orzeczenia o zdarzeniu medycznym lub jego braku w ustawowym 4-miesięcznym terminie. Ustawodawca odwołuje się jedynie do art. 280–289 k.p.c. regulujących kwestie formy

¹¹ Wezwanie wręcza się tym podmiotom na co najmniej 7 dni przed terminem posiedzenia.

¹² Z przeprowadzonych czynności sporządza się odpowiedni protokół, który podpisują członkowie wojewódzkiej komisji oraz osoby uczestniczące w tych czynnościach.

¹³ Osoby, którym komisja zleciła sporządzenie odpowiedniej opinii mogą być wyłączone z konkretnego postępowania oraz składają oświadczenie o braku konfliktu interesów na tych samych zasadach i w tych samych przypadkach co członkowie komisji (art. 67g ust. 6).

opinii, dodatkowych ustnych wyjaśnień biegłego, odmowy zeznań przez biegłego, jego wyłączenia oraz konieczności złożenia odpowiedniego przyrzeczenia. Zasadnicze znaczenie należy jednak przyznać w tej mierze art. 287 k.p.c., który za nieusprawiedliwione niestawiennictwo, za nieuzasadnioną odmowę złożenia przyrzeczenia lub opinii albo za nieusprawiedliwione opóźnienie złożenia opinii pozwala na nałożenie na biegłego grzywny.

Postępowanie prowadzone przez komisję wojewódzką do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest jawne¹⁴. W jej posiedzeniach, z wyjątkiem narady i głosowania nad orzeczeniem, może uczestniczyć wnioskodawca oraz przedstawiciel podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, a także jego ubezpieczyciel¹⁵. Jednym z głównych założeń, które stanowiło podstawę wprowadzonych rozwiązań jest szybkość nowego trybu. Dlatego nie może ono toczyć się dłużej niż 4 miesiące od dnia złożenia wniosku. Po jego zakończeniu komisja wydaje w formie pisemnej orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku wraz z uzasadnieniem. Orzeczenie zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności całego składu orzekającego. Skład jest 4-osobowy, co oznacza, że dopuszczalne jest orzeczenie o zdarzeniu medycznym przy głosach 3:1.

¹⁴ Oświadczenia o braku konfliktu interesów, protokoły oraz orzeczenia wraz z uzasadnieniem są przechowywane przez właściwego wojewodę przez okres 10 lat.

¹⁵ W tym celu o terminie każdego posiedzenia zawiadamia się podmiot składający wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela. Zawiadomienie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.

Członek komisji, który nie zgadza się z większością może zgłosić zdanie odrębne, ale jest wówczas zobowiązany uzasadnić je na piśmie. Orzeczenie ogłaszane jest przez przewodniczącego składu wraz z podaniem głównych motywów rozstrzygnięcia. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem powinno być doręczone podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi nie później niż w terminie 7 dni.

Ustawodawca nie wskazał, jakie informacje powinno zawierać uzasadnienie orzeczenia wojewódzkiej komisji. Przewidział jedynie, że przewodniczący składu orzekającego na posiedzeniu, na którym wydano orzeczenie ogłasza jego treść, przytaczając główne motywy rozstrzygnięcia. W terminie 7 dni od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie (art. 67j ust. 5).

Należy jednak uznać, że w treści uzasadnienia powinno być zawarte określenie zdarzenia medycznego, konkretnego działania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną oraz faktu wystąpienia uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub śmierci pacjenta. Wydaje się, że komisja powinna też wskazać, na czym polegała przyjęta niezgodność postępowania danego podmiotu z aktualną wiedzą medyczną, ma ona bowiem istotne znaczenie dla przyjęcia odpowiedzialności szpitala. Nie musi natomiast odnosić się do wnioskowanej kwoty odszkodowania czy zadośćuczynienia.

W uchwalonych przez polskiego ustawodawcę przepisach brak jest jakichkolwiek regulacji normujących sytuację, w której komisja nie wyda orzeczenia w ustawowym terminie 4 miesięcy. Można się jednak zastanawiać, czy w takim przypadku nie mamy do czynienia z możliwością wniesienia skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Zgodnie z art. 67m ust. 1 pr.pacj. skargę można bowiem oprzeć na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją.

4. Koszty postępowania przed wojewódzką Komisją

Kontrowersyjny charakter ma możliwość obciążenia poszczególnych podmiotów kosztami postępowania przed wojewódzką komisją, która została uzależniona od wyniku sprawy. W przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym koszty te ponosi podmiot leczniczy prowadzący szpital, ale w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego – koszty obciążają podmiot składający wniosek. Rozwiązanie to jest o tyle zaskakujące, o ile wnioskodawca może złożyć wniosek w dobrej wierze, będąc przekonanym, że doszło do wystąpienia zdarzenia medycznego w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital. Przy tzw. szkodach medycznych, gdy niejednokrotnie mamy do czynienia z procesami biologicznymi, które są ściśle powiązane z konkretnym pacjentem, z jego wcze-

śniejszymi schorzeniami, uwarunkowaniami genetycznymi, trudno z góry wskazać, czy mamy do czynienia ze zdarzeniem medycznym. Dlatego też, w razie powstania wątpliwości (pomimo tego, że dwóch członków komisji to podmioty wykonujące zawód medyczny) komisja ma możliwość wniesienia o sporządzenie opinii w sprawie przez specjalistę w danej dziedzinie, a nawet konsultanta wojewódzkiego. Obciążenie w takim przypadku wnioskodawcy kosztami przeprowadzonego postępowania wydaje się nieprawidłowym rozwiązaniem. Może też spowodować, że pacjenci nie będą zainteresowani uproszczonym modelem dochodzenia swoich roszczeń. Konieczność pokrycia takich kosztów może być też podstawowym przedmiotem sporów i nieporozumień pomiędzy pacjentem, komisją oraz szpitalem. Ten ostatni podmiot, który z założenia miał nie ponosić ujemnych konsekwencji wprowadzanego systemu, będzie jednak zobowiązany do uwzględnienia w swoim budżecie obowiązku pokrycia kosztów przegranych spraw przed wojewódzką komisją, pomimo zawarcia odpowiedniej umowy ubezpieczenia obowiązkowego. Swoistego rodzaju wyjątkiem może być w przypadkach szczególnie uzasadnionych zasądzenie od strony przegrywającej tylko części kosztów albo jej nieobciążanie (art. 102 k.p.c.).

Co ciekawe, możliwe jest obciążenie kosztami przeprowadzonego postępowania także samego ubezpieczyciela, ale tylko wtedy, gdy nie przedstawi on wnioskodawcy w ustawowym terminie propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Koszty postępowania przed wojewódzką komisją rozumiane są dosyć szeroko. Składa się na nie opłata wstępna (200 zł), koszty podróży i noclegu oraz utraczonych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez komisję, a także wynagrodzenie za sporządzenie opinii¹⁶. Wysokość kosztów postępowania wojewódzka komisja ustala w orzeczeniu¹⁷.

Aby sumy te nie były nadmierne, minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, zryczałtowaną wysokość poszczególnych kwot, mając na celu zrównoważenie interesów pacjentów oraz szpitali. Zgodnie z brzmieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. zryczałtowane koszty mają wynosić:

- 83,58 zł – w przypadku kosztów podróży osób wezwanych przed wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- 34,50 zł – w przypadku kosztów noclegu;
- 153, 57 zł – w przypadku utraconych zarobków lub dochodów;
- 300 do 450 zł – w przypadku kosztów wynagrodzenia opinii.

¹⁶ Wydatki związane z doręczaniem wezwań i innych pism wojewódzkiej komisji oraz ze zwrotem opłat nie obciążają podmiotu składającego wniosek, podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela.

¹⁷ Kwotę stanowiącą równowartość kosztów uiszcza się na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego. Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

Nie zmienia to faktu, że osoba zobowiązana do pokrycia kosztów postępowania przed wojewódzką komisją nigdy nie będzie miała pewności, jaka suma będzie wskazana w konkretnym orzeczeniu. Poza tym powstają uzasadnione wątpliwości, czy określona osoba wezwana przed komisję może żądać większych kwot, jeśli wykaże, że poniosła większe wydatki lub utracone przez nią zarobki są inne niż te, które wynikają z postanowień projektowanego rozporządzenia.

Rozwiązanie ustawowe ma także jeszcze jeden mankament. Mianowicie, ustawodawca nie przewidział odrębnie, który podmiot powinien pokryć koszty postępowania przed wojewódzką komisją w sytuacji, gdy pacjent odrzuci ofertę wypłaty określonej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia przekazaną mu przez ubezpieczyciela, uznając ją za niewystarczającą. Pacjent nie ma bowiem obowiązku przyjęcia zaproponowanej mu kwoty, co wynika *expressis verbis* z brzmienia art. 67k ust. 5 pr.pacj. W takim przypadku koszty te pozostaną więc kosztami szpitala (lub ubezpieczyciela), pomimo niezaspokojenia roszczeń wnioskodawcy.

5. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia Komisji

Postępowanie przed wojewódzką komisją może być umorzone przed wydaniem orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego lub jego braku. Ma to miejsce

wtedy, gdy wnioskodawca wycofał swój wniosek, zmarł w toku postępowania lub cofnięte zostało pełnomocnictwo do reprezentowania wszystkich spadkobierców (art. 671 pr.pacj.).

Omawiane postępowanie ma też „dwuinstancyjny charakter”. Zarówno wnioskodawcy, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jak i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy¹⁸. Zostaje on przeanalizowany w terminie 30 dni od jego otrzymania. W rozpatrywaniu odwołania nie może uczestniczyć żaden członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Jeżeli żadna ze stron nie złoży wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wojewódzka komisja zawiadamia wszystkie podmioty o bezskutecznym upływie terminu do wniesienia takiego odwołania.

Podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą ponadto, w terminie 30 dni, wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Termin ten liczony jest od dnia bezskutecznego upływu terminu o ponowne rozpatrzenie sprawy lub od dnia otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę można oprzeć wyłącznie na

¹⁸ Uprawnienie to przysługuje w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Wojewódzka komisja zawiadamia podmioty uprawnione do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy o bezskutecznym upływie terminu.

naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w poszerzonym składzie 6-osobowym, co nie zmienia faktu, że jest w takim przypadku trochę „sędzią we własnej sprawie”.

6. Ubezpieczenie podmiotu leczniczego prowadzącego szpital

Surową odpowiedzialność szpitala ma zniwelować obowiązek posiadania odpowiedniego ubezpieczenia oraz fakt, że konieczność wypłaty określonego świadczenia nie powinna obciążać podmiotu leczniczego¹⁹. W zakresie odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego ubezpieczyciel jest bowiem związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji. Za jej pośrednictwem, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia o zdarzeniu medycznym,

¹⁹ Wprowadzenie nowego rodzaju ubezpieczenia spowodowało także zmiany w przepisach ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.). W przypadku orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody, prawomocnego orzeczenia sądu lub w sposób określony w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 13 ust. 1).

wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub od dnia otrzymania zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia takiego wniosku, ma obowiązek przedstawienia uprawnionemu propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia²⁰. Propozycja ta musi się mieścić w ustawowych granicach. Wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, wynosi bowiem 1 200 000 zł z tym, że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł, natomiast w razie śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł. W obu przypadkach wskazana kwota odnosi się do jednego pacjenta.

Problem polega jednak na tym, że ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych, które zostało przewidziane jako ubezpieczenie obowiązkowe, od połowy 2012 r. stało się ubezpieczeniem dobrowolnym, ale charakter ten traktowany jest jako przejściowy. Od 1 stycznia 2016 r. ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych ponownie ma się stać ubezpieczeniem obowiązkowym. Problematyce tej zostanie poświęcony kolejny fragment książki.

Zgodnie z brzmieniem art. 67k ust. 9 pr.pacj. przedstawienie przez ubezpieczyciela odpowiedniej propozycji lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia nie oznacza jednak uznania roszczenia dla celów

²⁰ Nawet zatem w takiej sytuacji, gdy żadna ze stron nie chce się odwoływać od orzeczenia komisji, termin 14 dni od wydania orzeczenia pozostaje w swoistego rodzaju zawieszeniu.

jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym. W konsekwencji złożenie omawianej propozycji przez ubezpieczyciela nie będzie stało na przeszkodzie, aby w postępowaniu sądowym podmiot ten w ogóle kwestionował swoją odpowiedzialność²¹. Takie ujęcie rodzi uzasadnione pytanie, jaki charakter ma złożona przez ubezpieczyciela i przyjęta przez uprawnionego propozycja wypłaty odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia lub odszkodowania, w szczególności, czy spełnia wymogi ugody w ujęciu kodeksu cywilnego.

Jeśli ubezpieczyciel nie przedstawi we wskazanym terminie propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia, będzie zobowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku. Zamiast stanowiska ubezpieczyciela wojewódzka komisja wystawia wówczas zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela. Jednym z najbardziej zaskakujących postanowień ustawy jest art. 67k ust. 4 pr.pacj., zgodnie z którym zaświadczenie takie stanowi tytuł wykonawczy. Stosuje się do niego przepisy działu II tytułu I części trzeciej kodeksu postępowania cywilnego.

Następnie oczekuje się odpowiedzi wnioskodawcy. Podmiot ten w terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji składa ubezpieczycielowi, za pośrednictwem woje-

²¹ Oczywiście w takiej sytuacji, gdy ten sam ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia OC oraz umowę ubezpieczenia na rzecz pacjenta z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital.

wódzkiej komisji, oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. W razie przyjęcia zaproponowanej kwoty składa kolejne oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku²².

Jak wynika z przeprowadzonej charakterystyki wprowadzonej regulacji, omówiony tryb postępowania, po stwierdzeniu przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniu medycznym, jest jednym z podstawowych wad ustawowego rozwiązania²³. Wnioskodawca może nie przyjąć sumy zaproponowanego mu świadczenia, w konsekwencji postępowanie przed wojewódzką komisją oraz ustalenie przez nią zdarzenia medycznego nie będą miały większego praktycznego znaczenia. Aby ubezpieczyciel nie proponował zbyt niskiej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia, ustawodawca – kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów pacjenta – przewidział delegację do wprowadzenia w drodze odpowiedniego rozporządzenia szczegółowych zasad zakresu i zasad ustalania wysokości świadczenia. Jego podstawowe postanowienia zostały już omówione

²² Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców będzie skuteczne wobec tych podmiotów.

²³ Nerozwiazane jest również, który podmiot w takim przypadku odrzucenia przez wnioskodawcę kwoty świadczenia zaproponowanej mu przez ubezpieczyciela powinien pokryć koszty postępowania przed wojewódzką komisją. Sytuacja ta nie mieści się bowiem w żadnym z przypadków określonych w hipotezie art. 671 ust. 3 pr.pacj.

7. Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Siedzibą wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego. W skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędnny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych. Kolejnych 8 członków to osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, które przez okres co najmniej 5 lat były zatrudnione na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych, a dodatkowo posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych. O ile w przypadku osób wykonujących zawód medyczny ustawowe wymagania nie są zbyt rygorystyczne, większość takich podmiotów ma bowiem wyższe wykształcenie oraz wykonuje zawód przez okres co najmniej 5 lat, o tyle kwalifikacje prawników muszą być znacznie wyższe, skoro 5-letni okres zatrudnienia dotyczy stanowisk związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa. Ostatnie sformułowanie budzi zresztą uzasadnione wątpliwości, jak należy interpretować pojęcie „stanowiska związanego z tworzeniem prawa”.

Członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej. Nie może być na nią nałożony zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania konkretnego zawodu lub prowadzenia oznaczonej działalności gospodarczej, a także zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi (art. 39 pkt 2 lub 2a kodeksu karnego)²⁴.

Członka wojewódzkiej komisji może odwołać przed upływem kadencji organ, który go powołał w sytuacjach wskazanych w art. 67e ust. 9 ustawy. Należą do nich przypadki złożenia rezygnacji ze stanowiska, choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie powierzonych zadań, niezłożenia oświadczenia o braku konfliktu interesów, uchYLENIA SIĘ od wykonywania obowiązków członka wojewódzkiej komisji albo ich nieprawidłowego wykony-

²⁴ Członkowie składu orzekającego, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej nie mogą być: (1) właścicielami, osobami zatrudnionymi lub współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital lub z ubezpieczycielem oraz członkami organów tego podmiotu lub ubezpieczyciela; (2) członkami organów oraz osobami zatrudnionymi w podmiocie tworzącym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jeżeli podmiot ten utworzył podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który prowadzi szpital; (3) posiadaczami akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego w spółkach handlowych będących podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital oraz ubezpieczyciela.

wania, a także w przypadku skazania za przestępstwa określonego rodzaju (art. 67e ust. 4 ustawy).

Konkretny członek składu orzekającego podlega ponadto wyłączeniu w sprawach, w których jest podmiotem składającym wniosek lub pozostaje z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym, że wynik postępowania przed wojewódzką komisją ma wpływ na jego prawa i obowiązki. Dodatkowo, gdy pozostaje z podmiotem składającym wniosek w takim stosunku osobistym, że wywołuje to wątpliwości co do jego bezstronności. Kolejny przypadek ma miejsce wtedy, gdy wnioskodawcą jest jego małżonek, krewny lub powinowaty w linii prostej, krewny boczny do czwartego stopnia i powinowaty boczny do drugiego stopnia. W końcu, podmiot składający wniosek nie może być związany z żadnym z członków komisji z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ani nie może być pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym takiej osoby²⁵.

Kandydatów na członków komisji zgłaszają samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, adwokatury oraz radców prawnych, a także organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Spośród kandydatów na członków wojewódzkiej komisji czternastu powołuje wojewoda, przy czym cztery osoby są powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgn-

²⁵ Powody wyłączenia członka składu orzekającego trwają także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

gniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa; cztery to podmioty powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy advokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa, w końcu – sześciu członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Poza wojewodą, po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta. Osoby te powinny zostać wyłonione nie później niż na 6 miesięcy przed upływem kadencji wojewódzkiej komisji, a w przypadku odwołania członka wojewódzkiej komisji przed upływem kadencji – w terminie wyznaczonym przez wojewodę²⁶. Wyjątek stanowiły w tej mierze komisje pierwszej kadencji, które musiały być wyłonione do 31 grudnia 2011 r.

W przypadku każdego odrębnego zdarzenia medycznego wojewódzkie komisje orzekają w składzie 4-osobowym. Konkretny skład wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji. Dwóch członków składu orzekającego musi spełniać wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 1 pr.pacj. (osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub rów-

²⁶ O powołaniu na członka wojewódzkiej komisji oraz o terminach jej posiedzeń informuje się pracodawcę tej osoby. Termin pierwszego posiedzenia wojewódzkiej komisji wyznacza wojewoda.

norzędny w dziedzinie nauk medycznych), natomiast dwóch członków składu orzekającego powinno spełniać wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 2 pr.pacj. (osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych). Odstępstwo od tej kolejności jest dopuszczalne tylko z przyczyn określonych w art. 67g ust. 2 n.pr.pacj., zgodnie z którym członek składu orzekającego podlega wyłączeniu w przypadkach w nim wskazanych. Komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, ale jej uchwały w każdym przypadku są podejmowane zwykłą większością głosów i żaden z członków komisji nie może wstrzymać się od głosu. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.

Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat. Wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej. Członkowie składu orzekającego są zobowiązani do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta, uzyskanych w toku postępowania przed komisją, w tym także po ustaniu członkostwa. Osobom tym przysługuje wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej 430 zł za udział w posiedzeniu²⁷, zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 kodeksu pracy oraz zwolnienie od pracy w dniu posiedze-

²⁷ Kwota ta podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej, przyjętego w ustawie budżetowej.

nia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia²⁸. Sama działalność wojewódzkiej komisji jest finansowana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody. Natomiast koszty postępowania przed wojewódzką komisją ponosi ubezpieczyciel, podmiot leczniczy prowadzący szpital lub pacjent w zależności od wyniku sprawy.

²⁸ Hipotetyczne wyliczenie tych kwot zawiera uzasadnienie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

III. Sytuacja prawna podmiotu wykonującego zawód medyczny w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

1. Wprowadzenie

Jak wynika z wcześniejszych rozważań odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego ponosi szpital w znaczeniu, jakie nadaje temu terminowi ustawa o działalności leczniczej lub jego ubezpieczyciel¹. W przeważającej większości przypadków bezpośrednim sprawcą szkody wyrządzonej pacjentowi jest jednak nie tyle podmiot leczniczy, ile lekarz, pielęgniarka, położna lub inna osoba wykonująca zawód medyczny. Co do zasady, bezpośredni sprawca szkody nie ponosi jednak odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych, chociaż może odpowiadać z tytułu odpowiedzialności cywilnej, jeżeli równocześnie

¹ Ustawa z 15 listopada 2011 r. definiuje szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (T.j. Dz.U. 2013, poz. 217).

zostaną spełnione jej przesłanki². W nauce prawa sporne jest, jaka jest wzajemna relacja pomiędzy oboma rodzajami odpowiedzialności³. W przypadkach szczególnych można też się zastanawiać nad możliwością wystąpienia odpowiedzialności pracowniczej⁴. Wina organizacyjna podmiotu leczniczego może natomiast wystąpić w przypadku zdarzenia medycznego w postaci zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub wystąpieniem określonego uszczerbku, a także w razie śmierci na skutek niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego⁵.

² Aby powstała odpowiedzialność cywilna lekarza, musi wystąpić wadliwe działanie lub zaniechanie lekarza, szkoda, wina oraz związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem lekarza a szkodą.

³ Zob. szerzej na ten temat: M. Nesterowicz, *Ubezpieczeniowe...*, s. 17; Por. M. Nesterowicz, *Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiP 2002, nr 3; M. Serwach: *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i w praktyce*, Prawo Asekuracyjne 2012 nr 4, s. 3 i nast. Por. *Kompensacja...* pod red. E. Kowalewskiego, *op. cit.*, Toruń 2011.

⁴ Zob. na ten temat: M. Serwach: *Sytuacja prawna lekarza odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego*, *Medycyna Praktyczna*, 2013, nr 4, s. 126 i nast.

M. Serwach, *Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce orzekających komisji, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli*, *Wiadomości Ubezpieczeniowe* 2012, nr 4, s. 12 i nast.

2. Wezwanie podmiotu wykonującego zawód medyczny do złożenia wyjaśnień przed Komisją a obowiązek zachowania tajemnicy

Zgodnie z art. 67 i ust 4 pr.pacj. w celu wydania orzeczenia Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych może wezwać do złożenia wyjaśnień: podmiot składający wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym oraz inne osoby w nim zatrudnione – lub w inny sposób z nim związane – w okresie, w którym miało miejsce zdarzenie medyczne. Osoby takie mogą być ponadto wskazane we wniosku jako te, które mogą posiadać informacje istotne dla postępowania prowadzonego w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego. Niezależnie od tego, podmiot leczniczy może wystąpić do Komisji o dopuszczenie dowodu z przesłuchania konkretnego lekarza – przeprowadzającego zabieg, stawiającego diagnozę, ordynatora oznaczonego oddziału lub inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczenia. Dodatkowo Komisja ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału (art. 233 § 1 k.p.c.). W konsekwencji inicjatywa wysłuchania stanowiska konkretnego lekarza może pochodzić od każdej ze stron⁶.

⁶ Strona może aż do zamknięcia rozprawy przytaczać okoliczności faktyczne i dowód na uzasadnienie swych wniosków lub dla odparcia wniosków i twierdzeń strony przeciwnej. Komisja pominie środki dowodowe, jeżeli okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyja-

Osoba wykonująca zawód medyczny wezwana na posiedzenie ma status świadka. Strona, która powołuje się na taki dowód, powinna nie tylko wskazać określone osoby jako potencjalnych świadków, ale też dokładnie oznaczyć fakty, które mają być stwierdzone odpowiednimi zeznaniami. Ustawodawca nie przewidział w tym zakresie szczególnych rozwiązań w odniesieniu do zasad postępowania przed Komisją, odwołał się natomiast do wybranych przepisów kodeksu postępowania cywilnego, wskazując na ich odpowiednie zastosowanie w nieuregulowanych kwestiach⁷.

Zgodnie z art. 14 pr. pacj. osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Powołany przepis wskazuje na kilka wyjątków zwalniających m.in. z tzw. *tajemnicy lekarskiej*. Nie stosuje się go m.in. do postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych⁸. W konsekwencji lekarz ma nie tylko prawo, ale

śnione lub jeżeli strona powołuje dowody jedynie dla zwłoki (odpowiednie zastosowanie art. 217 k.p.c.).

⁷ W zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a-67m do postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się odpowiednio przepisy art. 50, 51, 53¹, 102, 131, 133-143, 150, 156, 157-158, 162, 164-172, 173-174, art. 180 § 1 pkt 1 i 3, art. 181 pkt 2, art. 206 § 1, art. 207 § 1, art. 210-213, 216, 217, 224, 225, 227-237, 240-242, 244-257, 258-273, 277, 280-289, 299-300, 316, 350, 353, 424⁵ i 424⁸-424¹² k.p.c.

⁸ Lekarz zwolniony jest z obowiązku zachowania tajemnicy także wtedy, gdy:

- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, lub innych osób,

i obowiązek przekazania posiadanych przez siebie informacji o pacjencie i udzielonych mu świadczeniach, nie naruszając w ten sposób tajemnicy lekarskiej. Mając na uwadze fakt, że wezwana w charakterze świadka może być każda osoba wykonująca zawód medyczny dalsza część rozważań zostanie poświęcona sytuacji, w której udział w posiedzeniu bierze lekarz. Wybór ten podyktowany jest faktem, że zdarzenia medyczne najczęściej wynikają z niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną zachowania lekarza. Naczelna Rada Lekarska wystąpiła też o ustalenie zgodności z prawem przepisów pr.pacj., które nie przewidując obligatoryjnego udziału lekarza w postępowaniu w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego, mają – zdaniem NIL – ograniczać prawo lekarza do sądu oraz prawo do obrony⁹.

3. Osoba wykonująca zawód medyczny jako świadek

Osoba wykonująca zawód medyczny wezwana przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych ma, co do zasady, obowiązek stawienia się na

-
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
 - zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

⁹ Zob. na ten temat: M. Serwach, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r.*, Prawo Asekuracyjne 2014, nr 2.

jej żądanie. O dacie posiedzenia, w którym zostanie wysłuchana, podobnie jak w przypadku każdego innego posiedzenia, powinna być poinformowany na 7 dni przed terminem¹⁰. Lekarz ten nie może być jednak świadkiem, jeżeli jest niezdolny do spostrzegania lub komunikowania swych spostrzeżeń, a także jeśli jest wojskowym lub urzędnikiem niezwołnionym z zachowania w tajemnicy informacji niejawnych, gdy ich zeznanie miałoby być połączone z ich naruszeniem¹¹. Zgodnie z poglądem wyrażonym przez Sąd Najwyższy w wyroku z 7 września 2000 r. niezdolność do komunikowania się musi być faktyczna i aktualna w czasie. Jeśli ustąpi stan odurzenia, nie ma przeszkód do wysłuchania określonej osoby¹². W analizowanej przez Sąd Najwyższy sprawie zarzucono, że dopuszczony został dowód z przesłuchania świadka uzależnionego od narkotyków i środków odurzających. Uznano jednak, że może być wysłuchana w charakterze świadka osoba, która złożyła oświadczenie, że przed przesłuchaniem nie zażywała narkotyków.

¹⁰ Doręczenia dokonuje się w mieszkaniu, w miejscu pracy lub tam, gdzie się adresata zastanie. W dni ustawowo uznane za wolne od pracy oraz w porze nocnej doręczać można tylko w wyjątkowych wypadkach za uprzednim zarządzeniem. Jeżeli doręczający nie zastanie adresata w mieszkaniu, można doręczyć pismo dorosłemu domownikowi, a gdyby go nie było – administracji domu lub sołtysowi, jeżeli osoby te nie są przeciwnikami adresata w sprawie i podjęły się oddania mu pisma. Jeśli doręczający nie zastanie adresata w miejscu pracy, można doręczyć pismo osobie upoważnionej do odbioru pism.

¹¹ Zgodnie z treścią art. 259 k.p.c. świadkami nie mogą być ponadto przedstawiciele ustawowi stron oraz osoby, które mogą być przesłuchane w charakterze strony jako organy osoby prawnej lub innej organizacji mającej zdolność sądową.

¹² I KKN 872/00.

W charakterze świadka może być przesłuchanych kilka osób z tej samej placówki medycznej. W takim przypadku ich kolejność oznacza przewodniczący składu orzekającego. Świadkowie, którzy nie złożyli jeszcze zeznań, nie mogą być jednak obecni przy przesłuchaniu innych osób. Przed przesłuchaniem lekarza uprzedza się go o prawie odmowy zeznań i odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Przesłuchanie rozpoczyna się od zadania świadkowi pytań dotyczących jego osoby oraz stosunku do stron. Każdy lekarz składa zeznanie ustnie, zaczynając od odpowiedzi na pytania przewodniczącego, co i z jakiego źródła wiadomo mu w sprawie. Następnie pozostali członkowie składu orzekającego Komisji oraz strony mogą zadawać lekarzowi pytania. Lekarz jako świadek może się oddalić z miejsca posiedzenia Komisji nie wcześniej niż po uzyskaniu na to zezwolenia przewodniczącego. Zeznania świadka są protokolowane.

Świadkowie, których zeznania są wzajemnie sprzeczne, mogą być ze sobą konfrontowani¹³. Jak jednak zauważył Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z 24 listopada 2011 r., przeprowadzenia konfrontacji nie może uzasadniać sam fakt, że jeden świadek zeznaje w określonym sensie, a inny w sensie przeciwnym. W orzecznictwie sądów polskich wskazuje się ponadto, że nie można kwestionować przydatności dowodowej świadków, którzy mogą przedstawić jedynie spostrzeżenia usłyszane od innej osoby. W pierwszej kolejności powinno się korzystać

¹³ I ACa 740/11. Poza tym, mając jasność co do oceny dowodów, Sąd nie musi dokonywać konfrontacji świadków. Zgodnie z art. 272 k.p.c. zarządzenie takiej konfrontacji jest prawem, a nie obowiązkiem sądu (wyrok Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2012 r., II CKN 473/99).

z zeznań świadków, którzy będą relacjonować spostrzeżenia własne, ale w razie konieczności można dopuścić dowód z zeznań świadka, który przedstawi jedynie spostrzeżenia usłyszane od innej osoby. Ocena wiarygodności i mocy zeznań takiego świadka podlega wprowadzeniu ocenie, nie można jednak z góry przekreślać przydatności tego dowodu¹⁴. Wówczas zadaniem lekarza będzie jedynie zrelacjonowanie swojej wiedzy i swoich spostrzeżeń co do faktów, podmiot ten nie musi udowadniać czegokolwiek¹⁵.

Lekarz nie może odmówić zeznań w charakterze świadka, z wyjątkiem małżonka którejkolwiek ze stron, ich wstępnych (rodzice, dziadkowie), zstępnych (dzieci, wnuki) oraz rodzeństwa¹⁶. Podobnie w odniesieniu do osób pozostających ze sobą w stosunku przysposobienia (adoptujący i adoptowany) oraz tzw. powinowatych. Prawo odmowy zeznań trwa nawet po ustaniu małżeństwa lub rozwiązaniu stosunku przysposobienia. W nauce prawa przyjmuje się, że uprawnienie do odmowy składania zeznań nie przysługuje osobom pozostającym w wolnym związku (tzw. konkubinacie). Jak zauważył Sąd Najwyż-

¹⁴ Tak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 25 stycznia 2012 r., V CNP 114/11.

¹⁵ Tak stanowi teza wyroku Sądu Apelacyjnego z 29 lutego 2012 r., I ACa 1162/11. Dodatkowo zarzut, że świadek kłamał, mieści się w granicach dopuszczalnej obrony strony, o ile strona jest przekonana o nieprawdziwości zeznań i nie można jej zarzucić niedorzeczności, celowego poniżania świadka lub szykany. Zarzut nieprawdziwości zeznań świadka z powodu podania przez niego faktów, które nie miały miejsca, lub pominięcie faktów, które w istocie miejsce takie miały, mieści się w ramach porządku prawnego i służy interesowi strony (wyrok Sądu Najwyższego z 28 czerwca 2000 r., I ACa 353/00).

¹⁶ I CR 446/71.

szy w wyroku z 26 października 1971 r., motywy skłaniające osobę bliską do złożenia zeznań mogą być różne, postawa taka nie może zatem uprawniać do wyciągania wniosków niekorzystnych dla strony będącej osobą bliską takiego świadka.

Poza prawem odmowy zeznań lekarz jako świadek może w szczególnych przypadkach odmówić odpowiedzi na poszczególne zadane mu pytania. Sytuację tę reguluje art. 261 § 2 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem *świadek może odmówić odpowiedzi na zadane mu pytanie*, jeżeli mogłoby to narazić jego lub jego bliskich na odpowiedzialność karną, hańbę lub dotkliwą i bezpośrednią szkodę majątkową albo jeżeli zeznanie miałoby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. Zakres pojęcia osób bliskich, podlegających tej szczególnej ochronie, jest tożsamy z katalogiem podmiotów, które mogą odmówić złożenia zeznań. Pojęcie hańby nie zostało ustawowo zdefiniowane. W świetle orzecznictwa uprawnienie do odmowy odpowiedzi na zadane pytanie może uzasadniać tylko realna możliwość narażenia się świadka lub osoby mu bliskiej na odpowiedzialność karną, hańbę lub bezpośrednią i dotkliwą (a więc w znacznym rozmiarze) szkodę majątkową. Przesłanką powstania tegoż uprawnienia jest także możliwość pogwałcenia istotnej tajemnicy zawodowej¹⁷.

¹⁷ Obowiązek jej zachowania, według doktryny, musi wynikać z przepisów ustawowych i pozostawać w związku z faktami, których odpowiedź ma dotyczyć, a odnosi się do osób posiadających pewne informacje, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu, chociażby w chwili składania zeznań już go nie wykonywały.

Prawo odmowy zeznań i prawo odmowy odpowiedzi stanowią odrębne, niezależne od siebie uprawnienia świadków. Pomiędzy tymi uprawnieniami są jednak istotne różnice:

1) celem instytucji prawa odmowy zeznań jest ochrona stosunków rodzinnych, tj. więzi, które powinny istnieć pomiędzy członkami prawidłowo funkcjonującej rodziny. Przedmiotem ochrony, dla której ustanowiono prawo odmowy odpowiedzi, jest wolność osobista świadka i członków jego rodziny, ich cześć, wolność od narażania się na szkodę majątkową, swoboda wykonywania niektórych zawodów, a także wolność wykonywania praktyk religijnych.

2) do odmowy zeznań uprawnieni są tylko ci świadkowie, którzy pozostają w bliskich związkach rodzinnych ze stroną albo z uczestnikiem postępowania nieprocesowego. Świadkowie ci są wymienieni w art. 261 § 1 k.p.c. Natomiast do odmowy odpowiedzi na poszczególne pytania uprawniony jest każdy świadek, bez względu na jego związek ze stroną, jeżeli tylko w procesie wystąpi jedna z przesłanek wymienionych w art. 261 § 2 k.p.c.

3) jeżeli świadek zrezygnuje z przysługującego mu prawa odmowy zeznań i oświadczy, że chce zeznawać, nie oznacza to, że zrezygnuje też z prawa odmowy odpowiedzi.

Rezygnacja z prawa odmowy odpowiedzi mogłaby nastąpić jedynie z osobna przy każdym postawionym mu pytaniu. Innymi słowy, rezygnacja z prawa odmowy ze-

znań nie jest równoznaczna z rezygnacją z prawa odmowy odpowiedzi.

Biorąc powyższe pod uwagę należy zauważyć, że nie wszystkie przepisy kodeksu postępowania cywilnego odnoszące się do świadka mogą mieć zastosowanie do lekarza lub innego podmiotu przesłuchiwanego przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. W szczególności nie zostało zawarte odpowiednie odesłanie do postanowień umożliwiające nakładanie na świadków określonych sankcji. Tytułem przykładu zgodnie z art. 274 k.p.c. za nieusprawiedliwione niestawiennictwo sąd skazuje świadka na grzywnę, po czym wezwie go powtórnie, a w razie ponownego niestawiennictwa skazuje go na ponowną grzywnę i może zarządzić jego przymusowe sprowadzenie. Podobnie za nieuzasadnioną odmowę zeznań lub przyrzeczenia sąd, po wysłuchaniu obecnych stron co do zasadności odmowy, skazuje świadka na grzywnę (art. 276 k.p.c.)¹⁸. Brak odpowiedniego odesłania do powołanych przepisów oznacza w praktyce, że Komisja nie może zastosować tych środków, co może stanowić dużą niedogodność w razie uchylania się konkretnego podmiotu od wzięcia udziału w jej posiedzeniu.

¹⁸ Niezależnie od powyższej grzywny sąd może nakazać aresztowanie świadka na czas nieprzekraczający tygodnia. Sąd uchyli areszt, jeżeli świadek złoży zeznanie lub przyrzeczenie albo jeżeli sprawę ukończono w instancji, w której dowód w postaci zeznań tego świadka został dopuszczony.

4. Dowody z dokumentów należących do lekarza

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również w przypadkach wskazanych w art. 26 pr.pacj. Zgodnie z treścią dodanego pkt 9 i 10 art. 26 ustawy dokumentację udostępnia się także Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych¹⁹. Wątpliwości faktyczne może budzić pytanie, czy spadkobiercy mogą żądać wglądu do dokumentacji medycznej przed wszczęciem postępowania. Takie jest *ratio legis* przepisu. Natomiast literalna jego wykładnia mogłaby wskazywać na możliwość żądania odpowiedniej dokumentacji w toku prowadzonego postępowania, co znacznie utrudniałoby sytuację spadkobiercy, który nie został jednocześnie upoważniony za życia przez pacjenta do wglądu do jego dokumentacji medycznej.

Niezależnie od obowiązku przedstawienia dokumentacji, lekarz na żądanie Komisji powinien ponadto przedstawić każdy dokument znajdujący się w jego posiadaniu i stanowiący dowód faktu istotnego dla rozstrzygnięcia

¹⁹ W takim przypadku, zgodnie z art. 28 ust. 2a pr.pacj., nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Komisją.

sprawy, chyba że dokument zawiera informacje niejawne. Od powyższego obowiązku lekarz będzie mógł się uchylić tylko wtedy, gdy do tych samych okoliczności wskazanych w dokumencie będzie mógł odmówić zeznań. Za nieuzasadnioną odmowę przedstawienia dokumentu Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych po wysłuchaniu lekarza co do zasadności odmowy może nałożyć na niego grzywnę. Strona, która zaprzecza prawdziwości dokumentu urzędowego albo twierdzi, że zawarte w nim oświadczenia organu, od którego dokument pochodzi, są niezgodne z prawdą, powinna okoliczności te udowodnić. Jeżeli natomiast strona zaprzecza prawdziwości dokumentu prywatnego albo twierdzi, że zawarte w nim oświadczenie osoby, która je podpisała od niej nie pochodzi, obowiązana jest te okoliczności udowodnić. Dokument prywatny stanowi bowiem dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie.

Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych prowadząc swoje postępowanie, może też zarządzić sprawdzenie prawdziwości pisma (art. 254 k.p.c.), zwłaszcza przez porównanie pisma na zakwestionowanym dokumencie z pismem tej osoby na innym dokumencie²⁰. Na podstawie okoliczności każdego poszczególnego przypadku Komisji dokonuje też oceny, czy dokument zachowuje moc dowodową pomimo przekreśleń lub innych uszkodzeń.

²⁰ W tym celu Komisja może wezwać osobę, od której pismo pochodzi, na wyznaczony termin, w celu napisania podyktowanych jej wyrazów. Od obowiązku złożenia próby pisma zwolniony jest ten, kto na pytanie, czy pismo na dokumencie jest prawdziwe, mógłby jako świadek odmówić zeznań.

CZEŚĆ IV

UBEZPIECZENIA MEDYCZNE

*IURA NON IN SINGULAS PERSONAS SED
GENERALITER CONSTITUUNTUR*

I. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

1. Prawna odpowiedzialność za tzw. szkody medyczne

W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych podmiot leczniczy lub wykonujący zawód medyczny, jak każda osoba wykonująca określone czynności zawodowe, może ponosić różnego rodzaju odpowiedzialność prawną. Jedną z najistotniejszych jest odpowiedzialność cywilna, czyli odpowiedzialność za szkodę, jaką podmiot ten może wyrządzić pacjentowi w czasie wykonywania czynności medycznych, w szczególności w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Do powstania takiej odpowiedzialności konieczne jest wystąpienie trzech przesłanek, które poszkodowany musi wykazać:

1) uszczerbek, jaki powstał po jego stronie na skutek zawinionego działania lub zaniechania lekarza (uszczerbek ten nazywany jest szkodą);

2) adekwatny związek przyczynowy między zawinionym postępowaniem lekarza a szkodą pacjenta;

3) winę odpowiedzialnego pomiotu¹.

Wykazanie tych przesłanek powoduje, że pacjent jako bezpośrednio poszkodowany może dochodzić naprawienia wyrządzonej mu szkody², a w przypadku jego śmierci odpowiednie roszczenia zostają przyznane tzw. pośrednio poszkodowanym, czyli bliskim pacjenta lub najbliższym członkom jego rodziny³. Pacjentowi przysługuje zatem zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji; renta w sytuacji, gdy poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej, zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość; jednorazowe odszkodowanie oraz zadośćuczynienie (art. 444–445 k.c.). Pośrednio poszkodowanym, najczęściej najbliższym członkom rodziny pacjenta, będzie natomiast przysługiwał zwrot kosztów leczenia, rehabilitacji i pogrzebu zmarłego pacjenta należy temu, kto je faktycznie poniósł; renta obligatoryjna lub renta fakultatywna, jednorazowe odszkodowanie w razie znacznego pogorszenia się

¹ Na temat przesłanek odpowiedzialności cywilnej, rodzajów szkody oraz jej podziałów zobacz szerzej: M. Serwach, *Pojęcie błędu medycznego, szkody, związku przyczynowego oraz winy jako przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarza*, Medycyna Praktyczna 2010, nr 11. Por. M. Serwach (w:) E. Kowalewski, D. Fuchs, W. Mogilski, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*. Bydgoszcz - Toruń 2006, s. 365 i nast.

² Szczególnego znaczenia nabiera obecnie zadośćuczynienia jako suma pieniężna, który służy naprawieniu szkody niemajątkowej nazywanej krzywdą.

³ Należy podkreślić, że podmioty te mogą podnosić roszczenia odszkodowawcze dopiero z chwilą śmierci pacjenta jako bezpośrednio poszkodowanego.

sytuacji życiowej oraz wspomniane wcześniej zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (art. 446 k.c.).

Równolegle podmiot wykonujący zawód medyczny, wyrządzając pacjentowi szkodę, może także ponosić odpowiedzialność karną oraz odpowiedzialność zawodową, jeżeli naruszone zostały zasady deontologii⁴. Odrębny rodzaj odpowiedzialności stanowi odpowiedzialność pracownicza, która dotyczy jedynie osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Zgodnie z treścią art. 120 Kodeksu pracy (k.p.) w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu powierzonych mu obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej zobowiązany do jej naprawienia jest wyłącznie pracodawca. Przepis ten odnosi się do wszystkich pracodawców, także do podmiotów leczniczych.⁵ W konsekwencji podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność wobec pacjenta, jeżeli na skutek wadliwego leczenia, błędnej diagnozy lub innych zaniechań popełnionych przez lekarza lub inne osoby z personelu medycznego powstał określony uszczerbek na osobie. Wyjątek stanowi w tej mierze sytuacja, w której szkoda została wyrządzona przez lekarza (pielęgniarkę, położną) umyślnie. W każdym przypadku, gdy pacjent uzyskał odszkodowanie lub zadośćuczynienie, podmiotowi leczniczemu, który wypłacił świadczenie, przysługuje prawo

⁴ Zasady te zostały zamieszczone są m.in. w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL).

⁵ Należy przypomnieć, że zgodnie z postanowieniami ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, określone jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia i kościoły lub związki wyznaniowe, w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą. Problematyka ta została omówiona w I części pracy.

regresu, czyli żądania zwrotu kwoty wypłaconej pacjentowi przez odpowiedzialnego pracownika, ale jedynie do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia (art. 119 k.p.). Wynagrodzenie to ustala się na podstawie pobieranych przez niego zarobków w dniu wyrządzenia szkody⁶. W razie wyrządzenia szkody przez kilku lekarzy będących w jednym zespole, np. w zespole operacyjnym, każdy z nich ponosi odpowiedzialność regresową wobec swojego pracodawcy stosownie do stopnia przyczynienia się do powstania szkody oraz stopnia winy. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie stopnia winy i przyczynienia się poszczególnych lekarzy do powstania szkody, lecz każdemu z nich można przypisać winę, odpowiadają oni w częściach równych (art. 118 k.p.).

Najważniejszą odpowiedzialność z punktu widzenia podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawód medyczny, stanowi odpowiedzialność cywilna. Odpowiedzialność ta ma charakter majątkowy i odgrywa coraz większą rolę w praktyce, w szczególności w przypadku pewnych grup zawodowych, dla których ryzyko spowodowania określonego uszczerbku jest znaczne. Zasadnicze znaczenie dla ustalenia rozmiaru odpowiedzialności lekarza mają też względy praktyczne – przedmiotem działań i decyzji lekarza jest człowiek, a więc skutki popełnionego błędu mogą być nieodwracalne. Na zakres odpowiedzialności cywilnej podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej istotny wpływ wywierają także najnow-

⁶ Jeżeli zatem lekarz jest zatrudniony na kilku etatach, nie sumuje się wypłacanych mu wynagrodzeń.

sze zmiany przepisów kodeksowych⁷. W szczególności, należy zwrócić uwagę na przedłużony okres dochodzenia roszczeń z tytułu czynów niedozwolonych (art. 442¹ k.c.)⁸ oraz proponowany tryb tzw. pozwów zbiorowych. Im więcej wystąpi osób poszkodowanym w jednym zdarzeniu tym większe jest zagrożenie powstania szerokiej odpowiedzialności cywilnej (np. zakażenia szpitalne)⁹. Z tego rodzaju sytuacją możemy mieć do czynienia przy tzw. zakażeniach szpitalnych (wirus żółtaczkowy typu B, gronkowiec złocisty, wirus HIV).¹ Wówczas dodatkowo wyłaniają

⁷ Mam na myśli dokonane w ostatnim czasie zmiany przepisów kodeksu cywilnego, które wpłynęły na istotne rozszerzenie odpowiedzialności cywilnej wszystkich potencjalnych sprawców szkody, w szczególności tych podmiotów, którzy mogą spowodować określony uszczerbek na osobie. Do grona tych osób należą także lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni oraz inne podmioty występujące przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

⁸ Zgodnie z jego treścią termin podstawowy wynosi 3 lata od dnia, gdy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia, ale nie dłużej niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Jeżeli szkoda wynika ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia. W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia (§ 3). Termin ten może jednak ulec wydłużeniu ze względu na postanowienia § 4 proponowanego przepisu. Z jego brzmienia wynika, że przedawnienie roszczeń w stosunku do małoletnich – nie może skończyć się wcześniej niż 2 lata od uzyskania pełnoletniości.

⁹ Z tego względu można oczekiwać, że omawiana problematyka znacznie częściej będzie występować przy szkodach katastroficznych lub szkodach o charakterze masowym.

się utrudnienia dowodowe związane z faktem, że w razie szkody wyrządzonej podczas leczenia w grę wchodzi procesy biologiczne, mało uchwytnie i niepoddające się zewnętrznej obserwacji a powodujące zazwyczaj trwałe uszczerbek na zdrowiu.

Dla oceny zakresu odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą duże znaczenie mają także najnowsze tendencje w orzecznictwie sądów polskich, z którego wynika, że na rzecz pacjentów zasądzone są coraz większe kwoty¹⁰. Rośnie też świadomość poszkodowanych, którzy zgłaszają coraz wyższe roszczenia odszkodowawcze.

2. Ubezpieczenia OC – zasady ogólne

Przedmiotem ubezpieczenia OC jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody wyrządzone pacjentowi lub osobom bliskim w przypadku jego śmierci, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Chodzi o obowiązek naprawienia szkody, która zostanie wyrządzona w przyszłości, a więc o dług nieistniejący jeszcze w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia OC. Z góry nie można jednak ustalić, czy

¹⁰ Nie budzą już zdziwienia zasądzone kwoty zadośćuczynienia od 100 tys. do 1 mln. Do tego należy doliczyć kwoty comiesięcznych rent i innych świadczeń, np. zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych przez pacjenta.

zobowiązanie do naprawienia szkody w ogóle powstanie, a jeśli tak – nie sposób wskazać, kiedy i w jakiej wysokości. Prawidłowość ta jest jednym z elementów wpływających na istotę, ale też trudność wyboru odpowiedniego ubezpieczenia OC. Charakterystyczne dla ubezpieczeń OC jest także to, że ubezpieczyciel odpowiada tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony lekarz. Innymi słowy: jeśli nie ma podstaw do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczonego sprawcy (np. z powodu niepopelnienia przez niego błędu w sztuce), wyłączona jest również odpowiedzialność jego ubezpieczyciela, chociażby osoba trzecia faktycznie poniosła szkodę.¹¹ Ubezpieczenie OC nie obejmuje jednak mienia podmiotu leczniczego czy gabinetu lekarskiego. Aby objąć zakresem ochrony wyposażenie placówki, konieczne jest zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia mienia od kradzieży, ognia, pożaru, powodzi lub innych zdarzeń losowych.

W praktyce może się zdarzyć, że odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz odpowiedzialność ubezpieczyciela nie będą się pokrywać w pełnym zakresie. Różnice mogą się odnosić zarówno do zakresu przedmiotowego, kwotowego jak i czasowego udzielonej ochrony, przy czym niektóre wyłączenia zostały przewidziane przez samego ustawodawcę. Zastanawiając się nad odpowiedzialnością na pytanie, za co ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, należy

¹¹Tak brzmiał wyrok Sądu Najwyższego z 12 lutego 2004 r., Wo-kanda, 2004, Nr 7–8: 15.

wskazać, że w obowiązkowych ubezpieczeniach OC z zakresu ochrony ubezpieczeniowej generalnie wyłączone zostały szkody polegające na utracie, zniszczeniu lub uszkodzeniu mienia; zapłacie kar umownych; powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. W celu ochrony poszkodowanego przed dodatkowymi wyłączeniami ustawodawca zastrzegł jednocześnie brak możliwości umownego ograniczenia przez ubezpieczyciela wypłaty odszkodowań¹². Z jednej strony poszkodowanemu pacjentowi przekazane będą zatem świadczenia do wysokości poniesionej przez niego szkody, z drugiej zaś strony ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko do kwoty określonej w umowie ubezpieczenia nazywanej sumą gwarancyjną. Jej wysokość określona jest indywidualnie przez strony (ubezpieczenia OC dobrowolne) lub wskazana jest w oznaczonych przepisach wykonawczych (ubezpieczenia OC obowiązkowe)¹³. Wskazując na kwotowy zakres ochrony ubezpieczeniowej, trzeba też pamiętać o tym, że suma gwarancyjna to górna granica odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli w konkretnym przypadku zostanie zasądzone wyższe odszkodowanie za materialne skutki wyrządzonej szkody powyżej ustawowej lub umownej kwoty, lekarz będzie już odpowiadał samodzielnie. Oznaczenie sumy gwarancyjnej, poza samą wysokością, zawie-

¹²Obowiązkowe ubezpieczenie OC w każdym przypadku obejmuje zatem wszystkie szkody we wskazanym wcześniej zakresie.

¹³Uznano bowiem, że inaczej powinna się kształtować wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej w przypadku szkody na osobie oraz szkody na mieniu.

ra jeszcze jedną „pułapkę”. Mianowicie może być ona ustanowiona dla jednego lub wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia. Określenie konkretnej kwoty jako „*per one occurrence*” (na jedno zdarzenie) oznacza, że ubezpieczyciel odpowiada w granicach tej samej sumy gwarancyjnej z tytułu każdego wypadku oddzielnie; w przypadku „*in the annual aggregate*” (na wszystkie zdarzenia) prowadzi do tego, że świadczenie wypłacone przez ubezpieczyciela z tytułu kolejnego zdarzenia zmniejsza wysokość sumy ustalonej w umowie aż do całkowitego jej wyczerpania.¹⁴ W tym ostatnim przypadku materialne konsekwencje odpowiedzialności za szkodę po wyczerpaniu limitu sumy gwarancyjnej będzie ponosił już sam lekarz.

3. Ubezpieczenia obowiązkowe – aktualny stan prawny

Ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą w każdym przypadku powstają na podstawie umowy pomiędzy ubezpieczającym i wybranym przez niego ubezpieczycielem, przy czym mogą one mieć charakter ubezpieczeń obowiązkowych lub dobrowolnych. Do końca 2011 roku funkcjonowały równolegle trzy ubezpieczenia OC o charakterze obowiązkowym. Regulowane były w kilku aktach wykonawczych, pierwsze w rozporządze-

¹⁴ Zob. E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz-Toruń 2002, s. 275. Por.: M. Serwach. W: E. Kowalewski, D. Fuchs, W. Mogilski, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń...*, s. 405.

niu Ministra Finansów z 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne.¹⁵ Ubezpieczenie to obowiązywało od 1 stycznia 2005 r. Kolejne obowiązkowe ubezpieczenie OC zostało unormowane w rozporządzeniu Ministra Finansów z 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Weszło ono w życie 9 stycznia 2008 r. i odnosiło się do wszystkich lekarzy, dentystów, którzy zawierali tzw. kontrakty z oddziałami wojewódzkimi NFZ. Ostatnie ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obowiązywało od 12 czerwca 2010 r.¹⁶ i odnosiło się do wszystkich lekarzy, nawet do tych, którzy posiadali jedynie tzw. prywatne gabinety, czyli przeprowadzali świadczenia zdrowotne komercyjnie. Takie porozrzucanie różnych

¹⁵Dz.U. 2004, poz. 2825. Powołane rozporządzenie zastąpiło rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz.U.1998, poz. 921). Delegacja do wydania tego aktu wykonawczego wynika z art. 35 ust. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

¹⁶Do chwili wejścia w życie powołanego ubezpieczenia obowiązek zawarcia odpowiedniej umowy nie odnosił się do lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub na podstawie umów cywilnoprawnych, lekarzy wykonujących indywidualną praktykę oraz osób świadczących na własny rachunek usługi o charakterze medycznym. Obecnie wątpliwości co do obowiązku ubezpieczenia dotyczą pierwszej grupy podmiotów.

przepisów powodowało, że konkretny podmiot musiał mieć niekiedy jedno lub nawet dwa ubezpieczenia obowiązkowe w zależności od tego, czy udzielał świadczeń zdrowotnych komercyjnie, czy także w ramach publicznej służby zdrowia.

W 2011 roku uchwalone zostały nowe przepisy, które w sposób zasadniczy wpływają na kształt obowiązkowych ubezpieczeń OC kierowanych do lekarzy, pielęgniarek, położnych czy też samych podmiotów leczniczych. Nowe przepisy wprowadzone do ustawy o działalności leczniczej oraz wydane na jego podstawie rozporządzenie wykonawcze Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r.¹⁷ uchylają:

1) z dniem 1 lipca 2011 r. – obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne. Dotyczyło to tej grupy lekarzy dentyistów, którzy posiadali tzw. kontrakt z zakładem opieki zdrowotnej, nazywanych obecnie podmiotami leczniczymi będącymi przedsiębiorcami (NZOZ) lub podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami (publiczne ZOZ-y);

2) z dniem 1 stycznia 2012 r. obowiązkowe ubezpieczenie OC świadczeniodawcy z 28 grudnia 2007 r. udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz obowiązkowe ubezpieczenie OC lekarzy i lekarzy dentyistów z 26 kwietnia 2010 r.

Zgodnie z aktualnym stanem prawnym przewidziane są dwa rodzaje ubezpieczeń:

¹⁷Dz.U. 2011, poz. 1729.

1) odpowiedzialności cywilnej – obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Warunki tego ubezpieczenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r.¹⁸;

2) z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Obowiązek posiadania tego ubezpieczenia, tzw. ubezpieczenia na rzecz pacjenta, dotyczył tylko szpitali w znaczeniu, jakie nadaje temu terminowi ustawa o działalności leczniczej.

4. Obowiązkowe ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Z punktu widzenia podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawód medyczny decydujące znaczenie mają przepisy rozporządzenia Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Określają one szczegółowy zakres ochrony ubezpieczeniowej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

¹⁸ Dz.U. 2011, poz. 1729.

Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie ma charakteru bezwzględnego, ograniczona jest do określonych kwot, czyli sum gwarancyjnych. Wynoszą one w stosunku:

- do lekarzy oraz lekarzy dentystów 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna czy specjalistyczna oraz jako grupowa praktyka lekarska. Nie ma znaczenia, czy lekarz wykonuje działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, czy też specjalistyczna praktyka lekarska o podobnym charakterze. Analogiczne kwoty zostały przewidziane dla lekarzy dentystów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej bądź spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;

- analogiczne sumy gwarancyjne są przewidziane dla podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami (dawnie nzozy);

- minimalna suma gwarancyjna dla podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami wynosi 100 000 euro

na jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia;

- minimalna suma gwarancyjna dla pielęgniarek i położnych wynosi odpowiednio równowartość 30 000 i 150 000 euro.

Jeżeli dany podmiot wykonujący działalność leczniczą wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności albo wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej. Kwoty podanych sum gwarancyjnych ustalane są przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

Ubezpieczenie OC nie obejmuje wszystkich szkód. Poza zakresem ochrony pozostają szkody:

- 1) wyrządzone przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;

- 2) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;

- 3) polegające na zapłacie kar umownych;

- 4) powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Przepisy rozporządzenia Ministra Finansów w sposób szczególny regulują ponadto odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkody będące wynikiem świadczeń z zakresu chirurgii plastycznej lub estetycznej. Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych tylko wtedy, gdy są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Szkody takie może jedynie pokryć dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie OC.

Nowe przepisy stosuje się bowiem do umów ubezpieczenia OC zawartych od dnia wejścia w życie rozporządzenia, czyli 1 stycznia 2012 r. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, a okres, na który została zawarta, upływa po dniu wejścia w życie rozporządzenia, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

II. Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych

1. Wprowadzenie

Wprowadzenie przepisów określających zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych do polskiego systemu ochrony zdrowia, od samego początku ich obowiązywania spotkało się z dużym zainteresowaniem nauki prawa oraz praktyki¹. Niewątpliwie, aby „odciążyć” szpitale² i uchronić je przed roszczeniami pacjentów z tego tytułu, przewidziano ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych. Problem polega jednak na tym, że w razie niezawarcia przez szpital umowy ubezpieczenia lub wyczerpania sumy ubezpieczenia podmiot leczniczy ponosi materialne konsekwencje wyrządzonej pacjentowi szkody³.

¹ E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011; M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 3, 17 i n.

² Odciążenie szpitali polega bowiem na powstaniu nowego zobowiązania do zapłaty składki ubezpieczeniowej.

³ Zob. szerzej na ten temat: M. Serwach, *Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce orzekających komisji, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2012, nr 4.

Zastrzeżenia interpretacyjne potęguje fakt, że nie zostały wydane przepisy wykonawcze regulujące warunki omawianego ubezpieczenia. Jedynie w rozporządzeniu wydanym przez Ministra Zdrowia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, doprecyzowano sposób wyliczenia świadczenia należnego wnioskodawcy⁴. Przyjęte rozwiązanie powoduje, że w przypadku wydania przez Komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym ubezpieczyciel będzie zobowiązany do przeprowadzenia swoistego rodzaju postępowania wyjaśniającego, aby wyliczyć kwotę należnego świadczenia. Pacjent, składając wniosek, ma bowiem jedynie obowiązek podania wysokości zgłaszanego roszczenia (oscylującego zazwyczaj w górnych granicach ustawowych) oraz dołączenia dowodów uprawdopodobniających wystąpienie zdarzenia medycznego. Komisja dokonuje wprawdzie ustalenia zaistnienia tego zdarzenia, w tym faktu uszkodzenia ciała lub powstania rozstroju zdrowia, nie ma natomiast uprawnienia do wyliczenia wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia nawet w takiej sytuacji, gdy nie zostanie zgłoszona żadna propozycja przez zobowiązanego.

Dotychczasowa praktyka pokazała także inne problemy. Wbrew pierwotnym oczekiwaniom tylko jeden ubezpieczyciel na polskim rynku ubezpieczeniowym wprowadza

⁴ Dz.U. 2013, poz. 750.

dził do swojej oferty nowy rodzaj ubezpieczenia⁵. Brak konkurencji spowodował – zdaniem wielu kierowników podmiotów leczniczych – określenie wysokości należnej składki na bardzo wysokim poziomie. Prawdą jest, że trudno oszacować ryzyko dla nowego rodzaju ryzyka, a brak konkurencji może mieć wpływ na wysokość świadczenia przekazywanego ubezpieczycielom w zamian za udzieloną ochronę. Zarządzający podmiotami leczniczymi uznali zatem, że nie będą zawierać umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych ze względu na wysokość proponowanej składki oraz ograniczone możliwości finansowe wielu placówek medycznych⁶. W efekcie, w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego na terenie nieubezpieczonego podmiotu leczniczego, szpital będzie musiał samodzielnie pokryć wyrządzoną pacjentowi szkodę. W ten sposób nie został osiągnięty jeden z podstawowych celów wprowadzenia nowych przepisów, nie tylko bowiem nie ochroniono placówek przez ryzykiem ponoszenia dodatkowych kosztów związanych ze szkodami medycznymi, a wręcz przeciwnie – obarczono je w sposób pośredni nowymi zobowiązaniami finansowymi.

⁵ Natomiast zagraniczni ubezpieczyciele nie są zainteresowani ze względu na „nieprzewidywalność” polskiego rynku medycznego i ubezpieczeniowego.

⁶ Ustawodawca nałożył dodatkowy obowiązek na kierownika podmiotu leczniczego, w tym także na zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą – osobę uprawnioną do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz. Powinien on niezwłocznie (zatem tak szybko, jak to możliwe) nie później jednak niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia przekazać dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia, wystawione przez ubezpieczyciela organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. Nowelizacja przepisów odnoszących się do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych

Z dniem 30 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw⁷ zmieniająca kwalifikację ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w określonym czasie (do 31 grudnia 2013 r.)⁸. W ten sposób omawiane ubezpieczenie w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 29 czerwca 2012 r. miało charakter ubezpieczenia obowiązkowego, po to, aby od 30 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. stać się ubezpieczeniem dobrowolnym, a następnie od 1 stycznia 2014 r. ponownie nabrać obligatoryjnego charakteru. Kwalifikacja ta została jednak utrzymana, a ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych ma mieć obowiązkowy charakter dopiero od 1 stycznia 2016 r. Podjęte działania wyraźnie wskazują, że ustawodawca nie mając koncepcji, jakie rozwiązanie powinno być *de facto* przyjęte, stosuje metodę „odłożenia problemu na później”. Podstawowym motywem wprowadzenia omawianej nowelizacji był bowiem fakt, że większość szpitali nie zawierała umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, w konsekwencji istniało zagrożenie, że organ założycielski wystąpi z wnioskiem o wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru⁹. Ryzyko

⁷ Dz.U. 2012, poz. 742. Zmiana powyższa została wprowadzona do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013, poz. 654).

⁸ Termin ten został następnie przesunięty do 1 stycznia 2016 r.

⁹ Organami tymi są odpowiednio: wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego - w odniesieniu do

zastosowania niniejszej sankcji, a jednocześnie swoistego rodzaju niemożliwość jej zastosowania (trudno sobie wyobrazić sytuację, w której organ rejestrowy występowalby o wykreślenie szpitala jedyne go na terytorium danej gminy lub wysokospecjalistycznego z oddziałem SOR) prowadziły do powstania bardzo trudnej sytuacji faktycznej i prawnej¹⁰.

Przesunięcie w czasie konieczności rozstrzygnięcia zagadnienia związanego możliwością wystąpienia zdarzenia medycznego oraz obciążeniem szpitali koniecznością opłacenia dodatkowej składki nie tylko nie prowadzi do jego rozwikłania, ale wręcz przeciwnie stwarza kolejne wątpliwości. Pomijając kwestię, że kierownicy podmiotów leczniczych, którzy działali zgodnie z prawem zawierając umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych uznali, że zostali w ten sposób „ukarani”, powstaje uzasadnione pytanie, jaki charakter mają po 30 czerwca br. zawarte przez nich umowy ubezpieczenia. Czy zmiana kwalifikacji prawnej dotyczy wszystkich stosunków ubezpieczeniowych, w konsekwencji ich umowy ubezpieczenia mają również charakter dobrowolny i mogą być w każdym

podmiotów leczniczych. Na marginesie można dodać, że organami rejestrowymi są także: okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza - w odniesieniu do tych praktyk oraz okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk.

¹⁰ Z tego też powodu wszczęte przed dniem wejścia w życie nowelizacji postępowania w sprawie wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru z powodu niespełnienia wymogu posiadania umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych podlegają umorzeniu z mocy prawa (art. 11 ust. 4).

czasie rozwiązane na podstawie zgodnego porozumienia stron? Wydaje się bowiem, że dokonana w nowelizacji przepisów ustawy o działalności leczniczej zmiana ustawowej kwalifikacji przecięła spory, czy wprowadzone z dniem 1 stycznia 2012 r. ubezpieczenie miało – przynajmniej z założenia charakter obowiązkowy. Nieracjonalne byłoby dokonywanie nowelizacji zmieniającej ubezpieczenie „nieobowiązkowe” na dobrowolne¹¹.

3. Warunki ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych

Niezależnie od zasygnalizowanych zastrzeżeń, należy wskazać, że w praktyce mogą być dokonane trojako rodzaju warianty ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Rozwiązaniem podstawowym jest uzależnienie „sumy ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego”. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1000 zł. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochro-

¹¹ Zob. szerzej na ten temat: M. Serwach, *Dopuszczalność odstąpienia przez podmioty lecznicze od umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jej rozwiązania lub zmiany*, Prawo Asekuracyjne 2013, nr 1, s. 43 i nast.

nie zdrowia¹² w zakresie leczenia szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10%. Uzależnienie minimalnej sumy ubezpieczenia od równowartości iloczynu liczby łóżek w szpitalu pozwala na uznanie, że dopuszczalne jest także obniżenie wskazanej w konkretnej umowie ubezpieczenia kwoty; wysokość sumy ubezpieczenia nie może być jednak niższa niż 300 000 zł.

Innym możliwym rozwiązaniem jest wprowadzenie do umowy ubezpieczenia tzw. zagregowanej franszyzy integralnej w oznaczonej wysokości nie wyższej niż 50% sumy ubezpieczenia. Franszyza integralna oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. Ustawodawca przewidział jednocześnie rozłożenie ciężaru naprawienia szkody. Szpital jest bowiem „zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego” (art. 25 ust. 1e pkt 1 dz.lecz.). W razie przekazania odpowiedniej wypłaty podmiot leczniczy jest obowiązany powiadomić o tym fakcie ubezpieczyciela w terminie 14 dni od dnia jej dokonania. Natomiast ubezpieczyciel „jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku wypłaty przez podmiot leczniczy świadczeń z tytułu zdarzeń medycz-

¹² Dz. U. 2009, poz. 418 oraz Dz.U. 2011, poz. 654.

nych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, o łącznej wartości odpowiadającej wysokości zagregowanej franszyzy integralnej” (art. 25 ust. 1e pkt 2 dz.lecz.). Ostatnie sformułowanie jest nie tylko nieprecyzyjne, ale przede wszystkim niejasne i niezrozumiałe dla podmiotów, do których jest kierowane. Stanowi ono niesłychanie skomplikowany, nieznany dotychczas w stosunkach ubezpieczeniowych ustawowy system wyliczenia sumy ubezpieczenia, który oceniany łącznie z innymi regulacjami powoduje, że nie ma jeszcze na polskim rynku ubezpieczeniowym ani ogólnych warunków ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, ani dużego zainteresowania ubezpieczycieli omawianymi ubezpieczeniami.

Możliwe jest ponadto wprowadzenie do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych trzeciego rozwiązania, czyli proporcjonalnego udziału własnego podmiotu leczniczego w ustalonej wysokości nie wyższej niż 50% sumy ubezpieczenia. Zaproponowana przez ustawodawcę kwota udziału własnego jest bardzo wysoka, tym bardziej, że ma być ona liczona od sumy ubezpieczenia, a nie wysokości należnego świadczenia. Sformułowanie to należy chyba traktować jako lapsus ustawowy, inaczej mogłoby się okazać, że udział ubezpieczyciela wynosi w konkretnym stanie faktycznym znacznie więcej niż 50%. Pomijając wątpliwości związane z interpretacją tego postanowienia powstaje pytanie, jaki jest interes podmiotu leczniczego, aby zawierając umowę dobrowolnego ubezpieczenia, płacąc składki ubezpieczeniowe, w połowie ponosić ryzyko wystąpienia zdarzenia medycznego. Biorąc pod uwagę wysokość składek nie jest łatwo wykazać zasadność istnienia umowy ubezpieczenia, w której ryzy-

ko może być rozłożone po połowie pomiędzy podmiot, który zawodowo trudni się udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej i podmiot, którego zadaniem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewidziane rozwiązania budzą też wiele praktycznych zastrzeżeń. Jak wcześniej wskazano, niezrozumiały jest mechanizm określenia wysokości sumy ubezpieczenia, nawet ten, który przez ustawodawcę traktowany jest jako podstawowy. Trudno ustalić, z jakich powodów kryterium stanowi liczba łóżek, a nie liczba chorych hospitalizowanych w danym szpitalu. Możliwość wystąpienia zdarzenia w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub śmierci odnosi się do pacjenta, tylko on może bowiem ponieść szkodę na osobie¹³. Nie zostało ponadto doprecyzowane, w jakiej chwili należy „liczyć” łóżka. Po zawarciu umowy ubezpieczenia może dojść nie tylko do zmiany przyjętej wartości, ale też do likwidacji konkretnego oddziału lub przeciwnie – do powstania nowego. Czy w takim przypadku ubezpieczyciel będzie uprawniony do żądania podwyższenia składki ubezpieczeniowej i czy w ogóle dojdzie do zwiększenia jego odpowiedzialności? Osobną kwestię stanowi kontrola dokonanego wyliczenia (liczba łóżek może być zaniżona) oraz ocena skomplikowanego mechanizmu wyliczenia, który wydaje się wypaczać samą ideę wprowadzenia ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Jeszcze więcej za-

¹³ Przewrotnie mówiąc, jedno łóżko może być przez wiele dni, a nawet miesiący być „zajęte” przez jednego pacjenta, a na innych oddziałach może być już duża rotacja chorych.

strzeżeń budzą dwie kolejne możliwości modyfikacji umowy ubezpieczenia, które powodują przerzucenie na podmiot leczniczy części ryzyka. Nie sposób dopatrzeć się interesu szpitala w opłacaniu składki, a następnie partycypowaniu z podmiotem, który składkę otrzymał, w tak dużej części świadczenia. W praktyce może się okazać, że zaakceptowanie przez ubezpieczyciela franszyzy integralnej spowoduje, że przy małej liczbie zdarzeń medycznych lub przy niskich kwotach wypłaconego odszkodowania lub zadośćuczynienia szpital opłaci składkę ubezpieczeniową, a pomimo to będzie odpowiadał do wysokości „zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu”, w konsekwencji nie zostanie uruchomiona odpowiedzialność ubezpieczyciela. Jeżeli podmiot leczniczy posiada 1000 łóżek i zawrze umowę z ustalonym udziałem własnym w wysokości 50%, wysokość udziału własnego może też przekroczyć maksymalną sumę ubezpieczenia (300 000 zł).

Sytuację placówek medycznych komplikuje fakt, że skoro „nowe” ubezpieczenie ma charakter dobrowolny, mogą one nie uzyskać żadnej ochrony ubezpieczeniowej i w konsekwencji w pełnym zakresie ponosić będą odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych. Lektura nowych przepisów ustawy o działalności leczniczej prowadzi zatem do wniosku, że każda kolejna ingerencja ustawodawcy zamiast polepszyć sytuację szpitali (taki był, jak się wydaje, cel wprowadzanych przepisów), w znaczący sposób ją pogarsza.

III. Ubezpieczenia zdrowotne

1. Podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego

Tradycyjnie ubezpieczenia zdrowotne dzielimy na dwa rodzaje: na ubezpieczenia powszechne (obowiązkowe oraz dobrowolne) oraz prywatne¹. Powszechne ubezpieczenia zdrowotne oparte są na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej. Mają one zapewnić każdemu ubezpieczonemu równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz swobodny wybór świadczeniodawców spośród tych podmiotów, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo²:

¹ Przedmiotem niniejszych rozważań będą jedynie powszechne ubezpieczenia zdrowotne, które są pochodną świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

² Zakres świadczeń gwarantowanych oraz zasady ich udzielania, a także prawa i obowiązki świadczeniobiorców określają przepisy ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nazywanej w toku rozważań „ustawą”.

- osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (tzw. ubezpieczeni),

- inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe określone odrębnymi przepisami³ oraz

- osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18. roku życia lub posiadające miejsce zamieszkania na terenie Polski, które są w okresie ciąży, porodu lub pólgu (tzw. świadczeniobiorcy).

Ubezpieczonymi są, co do zasady, osoby posiadające obywatelstwo państwa Unii Europejskiej lub państwa Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) zamieszkujące na jednym z w/w terytorium, a także osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub EFTA, ale przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt stały lub czasowy, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt ze względów humanitarnych lub zgody na pobyt tolerowany. W analogicznej sytuacji znajdują się osoby, które uzyskały status uchodźcy lub korzystają z ochrony czasowej lub uzupełniającej na terytorium Polski. Osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego EFTA

³ Chodzi o ustawę z 12 marca 2004 r., Dz.U. 2008, poz. 728.

legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa Unii Europejskiej lub EFTA mogą być ubezpieczonymi, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie. Ubezpieczonymi są także studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów, osoby odbywające staż adaptacyjny lub kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, jeśli spełniają warunki określone w art. 3 ust. 2 ustawy.

Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem w/w warunków, cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urządach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych. Natomiast świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, leczenie finansuje, co do zasady, budżet państwa.

2. Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.⁴ Podmiotom tym przysługują świadczenia gwarantowane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia stomatologiczne, świadczenia wysokospecjalistyczne; opieka psychiatryczna oraz leczenia uzależnień, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie uzdrowiskowe, czynności z zakresu ratownictwa medycznego, a także programy zdrowotne. Do katalogu tego należy ponadto zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze, w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego⁵. Leczenie we wskazanym zakresie niekiedy nazywane jest koszykiem świadczeń gwarantowanych.

⁴ Zob. szerzej na ten temat rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2013, poz. 1248. Rozporządzenie zawiera wykaz oraz warunki świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego.

⁵ Wyczerpujący katalog tych świadczeń został określony w art. 15 ust 2 ustawy.

Świadczeniobiorcy⁶, poza świadczeniami niezakwalifikowanymi jakie gwarantowane, nie przysługuje uprawnienie do bezpłatnych orzeczeń i zaświadczeń. Nie chodzi jednak o wszystkie dokumenty, ale orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie pacjenta, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy czy kontynuowaniem nauki. Bezpłatnego charakteru nie mają też zaświadczenia lekarskie, jeżeli nie są one związane z uczestnictwem w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także w sytuacji, gdy nie są one wydawane dla celów pomocy społecznej, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie. Poza zakresem gwarantowanych świadczeń są też zaświadczenia lekarskie lub zaświadczenia wydawane przez położną na życzenie świadczeniobiorcy, a więc, gdy nie są sporządzane w celu uzyskania dodatku lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Koszty każdego badania lub orzeczenia czy zaświadczenia, dokonywanych na zlecenie prokuratury bądź sądu, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem, są pokrywane z części budżetu państwa⁷. Dodat-

⁶ Pojęcie „świadczeniobiorcy” w dalszej części rozważań nazywane będzie zamiennie z pojęciem „pacjent”.

⁷ Chodzi o tę część budżetu państwa, której dysponentem jest której dysponentem jest, odpowiednio, Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego.

kowo, gdy koszty te (badania, orzeczenia) są związane z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności lub ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostały przeprowadzone.

3. Lista oczekujących

Świadczenia wykonywane w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w ustalonych dniach i godzinach. Aby nie było wątpliwości co do kolejności udzielanych świadczeń każdy ze świadczeniodawców, który ma kontrakt z NFZ, ma obowiązek prowadzenia listy oczekujących. Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez placówkę medyczną.

Świadczeniodawca ma obowiązek ustalenia kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszenia świadczeniobiorcy. Następnie informuje pisemnie pacjenta o wyznaczonym terminie oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu. Wpisuje też, za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego określone dane⁸. W sytuacji skreślenia świadczeniobiorcy

⁸ Dane te zostały precyzyjnie określone w art. 20 ust 3 ustawy. Należą do nich między innymi: imię oraz nazwisko, adres pacjenta, jego numer PESEL, ale także rozpoznanie lub powód przyjęcia.

z prowadzonej przez siebie listy oczekujących powinien dokonać na ten temat stosownej adnotacji. Wykonanie przez świadczeniodawcę powyższych czynności jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.

Miejsce na liście oczekujących może ulec zmianie w dwóch przypadkach: leżących po stronie świadczeniodawcy lub samego pacjenta.

Po pierwsze, w razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia mu świadczenia, pacjent informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin i informuje niezwłocznie chorego o nowym terminie.

Po drugie, w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Zasada ta dotyczy każdej sytuacji, nawet wtedy, gdy termin zmieniany jest, na korzystniejszy dla pacjenta, czyli na termin wcześniejszy.

Przyjmuje się, że w przypadku, gdy pacjent nie może stawić się w terminie lub, gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, powinien niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę. Pacjent nie powinien ponadto wpisywać się na więcej niż jedną listę oczekujących.

Listy oczekujących na udzielane świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę⁹ w przypadku szpitali lub kierownika podmiotu – w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Dodatkowo, podmiot ten przekazuje dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczeń informację o prowadzonych listach oczekujących, liczbie oczekujących pacjentów i średnim czasie oczekiwania. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania wskazanych obowiązków dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić kontrolę.

Analogiczne zasady stosowane są w odniesieniu do podmiotów udzielających świadczeń wysokospecjalistycznych, z tym zastrzeżeniem, że lista oczekujących co najmniej raz w miesiącu przekazywana jest do NFZ oraz ministra do spraw zdrowia, który prowadzi nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem¹⁰.

Informacje o listach prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców, liczbie oczekujących oraz możliwości udzielenia świadczenia u innego podmiotu, u którego okres oczekiwania jest krótszy publikuje na

⁹ W skład zespołu wchodzi lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej oraz pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku inna pielęgniarka lub położna. Zadania te może także wykonywać zespół zarządzania jakością, jeżeli został w danej placówce powołany.

¹⁰ Nadzór obejmuje w szczególności zmiany terminu, zmiany kolejności i ich przyczyny.

stronie internetowej każdy oddział NFZ, aktualizując te dane co najmniej raz w miesiącu. Dodatkowo, NFZ opracowuje centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach, co ma umożliwić pacjentom uzyskanie wiedzy, w którym ośrodku mogą wcześniej uzyskać dane świadczenie.

Wskazanych powyżej zasad nie stosuje się natomiast do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Podobnie, w odniesieniu do uprawnionego żołnierza lub pracownika, a także weterana w zakresie urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa. Podmioty te mają prawo do leczenia poza kolejnością (oczywiście w zakresie urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa).

Niezależnie od domowionego obowiązku prowadzenia listy oczekujących, świadczeniodawca ma obowiązek umożliwić pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

4. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udzielane doraźnie, a w braku takiej możliwości, w kolejności wynikającej z omówionej powyżej listy oczekujących. Wyjątek

stanowią w tej mierze stany nagłe oraz świadczenia udzielane kobietom w związku z porodem i położeniem.

W stanach nagłych, świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W razie braku możliwości przeprowadzenia leczenia na zasadach określonych w kontrakcie z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, podmiot ten zapewnia wykonanie tych obowiązków przez inną placówkę. W przypadku, gdy w stanie nagłym świadczenia są udzielane przez podmiot leczniczy, który nie zawarł odpowiedniego kontraktu z NFZ, pacjent ma również prawo do leczenia, ale w niezbędnym zakresie. Podmiot, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, może żądać wynagrodzenia za leczenie świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń. W celu jego uzyskania podmiot leczniczy powinien złożyć stosowny wniosek wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń i ich kosztów wraz z pisemnym przedstawieniem okoliczności uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

Niezależnie od sytuacji tzw. stanu nagłego, Narodowy Fundusz Zdrowia może sfinansować koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji lub na wniosek konkretnego pacjenta, jego przedstawiciela lub określonego członka rodziny. Wniosek o przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych,

których nie dokonuje się w kraju może złożyć pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub jego małżonek. Problem polega jednak na tym, że Prezes NFZ wydaje uprawnionemu zgodę na wskazane leczenie, jeżeli wnioskowane świadczenie jest niezbędne w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta. Powoduje to ciągły konflikt pomiędzy wnioskodawcami a pracownikami NFZ, którzy mają możliwość dysponowania jedynie określonymi środkami finansowymi. Wraz z wydaniem stosownej zgody, pacjent ponadto może uzyskać na swój umotywowany wniosek, pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń najtańszym środkiem komunikacji, możliwym do zastosowania w aktualnym jego stanie zdrowia. Decyzje Prezesa NFZ w tym zakresie są ostateczne i podlegają zaskarżeniu jedynie do sądu administracyjnego.

Ustawodawca nie wprowadził, jak ma to miejsce w niektórych ustawodawstwach europejskich, częściowej płatności za leczenie. Wyjątek stanowi w tej mierze leczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub rehabilitacyjnym oraz tzw. leczenie sanatoryjne. W przypadku leczenia uzdrowiskowego pacjent ponosi bowiem koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i/z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym.

Natomiast świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia

i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, opłata nie może być jednak wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie. W przypadku dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej opłata ta wynosi 200% najniższej emerytury. W tym ostatni przypadku opłatę ponosi jednak starosta, a w razie tzw. instytucjonalnej pieczy zastępczej – odpowiednio placówka opiekuńczo-wychowawcza lub interwencyjny ośrodek preadopcyjny.

5. Prawa pacjentów jako świadczeniobiorców

Ustawodawca przyznaje świadczeniobiorcom szereg uprawnień. W szczególności każdy pacjent ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród świadczeniodawców, którzy zawarli kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Może to uczynić nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym,

a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.

Wybór świadczeniodawcy pacjent potwierdza pisemnym oświadczeniem nazywanym deklaracją. Dokonanie wyboru nie wiąże go jednak w zakresie świątecznej oraz nocnej opieki zdrowotnej. Przed przyjęciem deklaracji świadczeniodawca powinien sprawdzić poprawność wypełnionego dokumentu oraz uprawnienia pacjenta do bezpłatnego leczenia. Ma on ponadto obowiązek przechowywania deklaracji z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹¹.

Podmiot udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek zapewnienia pacjentom dostępu do opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego oraz badań diagnostycznych. Na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera odrębną umowę. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ma jednak obowiązek poinformowania swoich pacjentów o zasadach oraz organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej poprzez umieszczenie odpowiedniego ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń oraz w swojej siedzibie.

¹¹ T. j. Dz.U. 2002, poz. 926 z późn. zm.

Pacjent ma również prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz prawo wyboru szpitala spośród tych placówek, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest jednak wymagane do kilku specjalistów lub też dla określonej grupy pacjentów. W szczególności nie jest potrzebne do lekarza ginekologa i położnika, dermatologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dentysty czy wenerologa. Skierowanie nie jest też wymagane do realizacji świadczeń na rzecz osób chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojskowych i wojennych, osób represjonowanych oraz kombatanów. Te same założenia przyjmuje się w przypadku osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych w zakresie leczenia odwykowego. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne mogą być wykonywane w poradni przyszpitalnej.

Niezależnie od tego, pacjent ma prawo wyboru lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy wykonują świadczenia na podstawie kontraktu oraz prawo do materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane. Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.

Świadczeniobiorca ma też uprawnienie do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane. Analogiczna sytuacja ma miejsce, w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie. Jak wcześniej wskazano, pacjent ponosi jednak koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym.

Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Świadczeniobiorcom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabywania leku, innego niż przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku. Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie.

Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego podmiotu przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Pa-

cientowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje ponadto bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższej placówki udzielającej świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach: konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej; wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w razie konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia lub w przypadkach wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia. Świadczeniobiorcy, na podstawie wskazanego zlecenia przysługuje ponadto bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem. W innych przypadkach, świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

6. Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Ustawodawca przewidział kilka grup podmiotów, którym przysługują szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej. Należą do nich honorowi dawcy krwi oraz honorowi dawcy przeszczepu, żołnierze, weterani

wojenni, inwalidzi wojenni raz osoby represjonowane, a także świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu.

Pacjentowi, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki wskazane w przepisach ustawy o refundacji do wysokości limitu oraz leki, które zasłużony honorowy dawca krwi może stosować w związku z oddawaniem krwi, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zasady te stosuje się odpowiednio do świadczeniobiorców, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawia legitymację „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”.

Niezależnie od tego, osobom, które są inwalidami wojskowymi lub które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin¹², i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte odpowiednim wykazem, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych.

Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki spełniające łącznie następujące warunki: oznaczone są

¹² T.j.Dz.U.2010, poz. 648 z późn. zm.

symbolem „Rp” lub „Rpz” oraz środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji. Inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego¹³.

Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁴ ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat. Podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu przekazuje niezwłocznie wyniki badań do rejestru żywych dawców.

¹³ Analogicznie w odniesieniu do żołnierza oraz pracownika w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz weteranów.

¹⁴ Dz.U. 2005, poz. 169 z późn. zm.

Zakończenie

Nie ulega wątpliwości, że prawo medyczne jest jedną z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin prawa. Przyczyną takiego stanu rzeczy są nie tylko systemowe przekształcenia polskiego systemu ochrony zdrowia, ale także zmiany w zakresie wiedzy medycznej. Co ciekawe, na rozwój tej gałęzi prawa istotny wpływ ma też wzrastająca sukcesywnie ilość roszczeń pacjentów oraz poszukiwanie skutecznego modelu ich zaspokojenia (ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych), a jednocześnie praktycznego sposobu wyeliminowania błędów medycznych (rejstry zdarzeń niepożądanych, procedury i standardy). Jednocześnie niewystarczająca ilość środków finansowych skłania do sukcesywnego ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w konsekwencji do rozwoju ubezpieczeń medycznych, w szczególności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Z drugiej strony, prawo nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą wiele obowiązków poczynwszy od konieczności uzyskania zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, poprzez przekazanie mu wyczerpującej informacji o stanie zdrowia, konieczności zachowania tajemnicy oraz intymności i godności aż po ochro-

nę jego danych osobowych. Odrębne obowiązki powstają także wobec określonych organów i instytucji (NFZ, podmiotów prowadzących rejestry podmiotów wykonujących działalność leczniczą), które mogą przeprowadzać kontrolę i nakładać ustawowe lub umowne kary.

Wszystko to powoduje, że prawo medyczne jest coraz bardziej skomplikowane i w zasadzie trudno wyobrazić sobie prawidłowe prowadzenie i funkcjonowanie placówki medycznej bez uzyskania podstawowej wiedzy w tym zakresie. Jest to o tyle trudne, że proces reformy systemu ochrony zdrowia nie został jeszcze zakończony. Czas pokaże, w jakim kierunku zmierzamy i dokąd nas to zaprowadzi.