



Halina Olendzka

Uwagi do projektu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy 3488).

Uwagi

1. nierówne traktowanie pacjentów - projekt ustawy zakłada, iż będzie ona miała zastosowanie wyłącznie do błędów medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w **szpitalach**. Tymczasem świadczenia medyczne udzielane są również w innych zakładach opieki zdrowotnej, takich jak, np. zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, przychodnia, ośrodek zdrowia, ambulatorium, pogotowie ratunkowe, gdzie prawdopodobieństwo popełnienia błędu medycznego, jest porównywalne. założenie, że błędy medyczne najczęściej występują w trakcie leczenia w szpitalach nie może stanowić uzasadnienia dla ograniczania stosowania przepisów ustawy wyłącznie do pacjentów poszkodowanych w wyniku leczenia w warunkach szpitalnych; ponadto odniesienie do pojęcia „szpitala” z art. 20 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) może rodzić problemy natury interpretacyjnej z uwagi na nieprecyzyjne regulacje w tym zakresie (nie określają zakresu i warunków udzielanych tam świadczeń).

propozycja: projektem ustawy powinni zostać objęci pacjenci wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz.417 z późn. zm.)

2. ograniczanie kręgu osób, które w przypadku śmierci pacjenta mogą złożyć wniosek o ustalenie błędu medycznego, wyłącznie do spadkobierców w projektowanym (art. 67b ust. 1 pkt 2); w przypadku roszczeń określonych w art. 446 § 3 i 4 kodeksu cywilnego przysługują one **najbliższym członkom rodziny**, czyli znacznie szerszemu kręgowi osób, niż przewiduje to przedmiotowy projekt.

3. termin na złożenie wniosku niekorespondujący z terminami przedawnienia roszczeń z czynów niedozwolonych; projektowany art. 67c ust. 2 określający termin na złożenie wniosku o ustalenie błędu medycznego powinien współgrać z terminami przedawnienia roszczeń o naprawienie szkód deliktowych z art. 442¹ k.c.

Przepis art. 442¹ § 1 k.c. stanowi, iż roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

W przypadku szkód na osobie, zgodnie z art. 442¹ § 3 k.c. przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Oznacza to, iż niezależnie od tego, kiedy miało miejsce zdarzenie wyrządzające szkodę, roszczenie o naprawienie tej szkody osobowej poszkodowany może kierować do jej sprawcy – a więc i do zakładu ubezpieczeń – przez okres trzech lat od ujawnienia się tej szkody.

Jeszcze inny termin przedawnienia roszczeń dla szkód wynikłych ze zbrodni lub występku przewiduje regulacja zawarta w art. 442¹ § 2 k.c. Roszczenie o naprawienie takich szkód ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Wypada tutaj zaznaczyć, iż termin ten ma zastosowanie do niestety nierzadkich szkód na osobie powstałych w wyniku wypadków drogowych (por. przypadki określone w art. 177 § 1 i § 2 k.k.).

W art. 442¹ § 4 k.c. znajduje się również uregulowanie w myśl, którego przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej, niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności. Norma ta ma na celu umożliwienie osobom, które osiągnęły pełnoletność dochodzenia roszczeń o odszkodowanie w przypadku, gdy opiekun prawny nienależycie wykonywał swe obowiązki, przez co pozbawił małoletniego możliwości zaspokojenia roszczenia o naprawienie szkody.

4. zbyt krótki termin na wydanie orzeczenia o błędzie medycznym - projekt zakłada, iż wojewódzka komisja wydaje orzeczenie o błędzie medycznym nie później niż w terminie **3 miesięcy od dnia złożenia wniosku**. Trudno jest zatem sobie wyobrazić jak w tak krótkim terminie, komisja ma w sposób rzetelny przeprowadzić postępowanie celem ustalenia, czy był błąd medyczny (np. błędna diagnoza i jej konsekwencje); należy zaznaczyć,

że sprawy dotyczące błędów medycznych są jednymi z najtrudniejszych spraw o odszkodowania, jeśli chodzi o ustalenie stanu faktycznego; projektodawca zakłada, iż w ciągu 3 miesięcy od dnia złożenia wniosku, wybrana czteroosobowa komisja (w której 2 osoby nie będą miały wykształcenie medycznego) nie tylko zabezpieczy potrzebną dokumentację medyczną w szpitalu, dokona jej przeglądu i analizy, ale również zasięgnie opinii lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny, po czym wyda orzeczenie, zaś w terminie 7 dni od dnia jego wydania sporządzi uzasadnienie.

5. związanie szpitala i zakładu ubezpieczeń, z którym szpital zawarł obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, orzeczeniem wojewódzkiej komisji; zakład ubezpieczeń oraz szpital mogą co prawda złożyć do wojewódzkiej komisji umotywowany wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Powstaje jednak uzasadniona wątpliwość, czy powyższe normy są zgodne z art. 45 Konstytucji, zgodnie z którym każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd, zaś sam projekt nie przewiduje poza wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy do samej komisji innego trybu odwoławczego oraz kontroli sądowej orzeczeń wydanych przez wojewódzką komisję. Wydaje się, że w wielu przypadkach nie da się uniknąć personalizowania, czyli ustalenia osób winnych popełniania błędu, zaś samo orzeczenie komisji wojewódzkiej, w którym zostanie uznana winą błędu medycznego będzie miało niewątpliwie bardzo negatywne konsekwencje w środowisku lokalnym albo zawodowym, pomimo **braku wyroku sądowego**. Ponadto, jeżeli w związku z tym samym zdarzeniem, będzie toczyło się już postępowanie karne lub postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny, wówczas postępowanie takie zawiesza się, co w praktyce oznacza iż we wszystkich sprawach, w których zostało narażone na niebezpieczeństwo życie lub zdrowie pacjenta i tak nie będzie można skorzystać z szybszego trybu administracyjnego przewidziane w ustawie.

6. kwestia przedstawienia przez zakład ubezpieczeń pacjentowi bądź też jego spadkobiercom propozycji wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia; zgodnie z projektem komisja miałaby jedynie stwierdzić fakt zaistnienia błędu medycznego, propozycję świadczenia składa zaś ubezpieczyciel; powstaje zatem pytanie, co będzie w sytuacji kiedy propozycja wysokości odszkodowania przedstawiona przez zakład ubezpieczeń będzie rażąco niska bądź też symboliczna i takie sytuacje mogą powtarzać się w sposób nagminny - wnioskodawcy pozostanie dochodzenie swoich roszczeń na drodze postępowania cywilnego. O zasadności propozycji wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia zawartej we

wniosku o ustalenie błędu medycznego (art. 1 pkt 6 projektu – art. 67d ust.1 pkt 7) powinna rozstrzygać wojewódzka komisja.

7. zbyt krótki terminy (7 dni) przedstawienia propozycji odszkodowania przez zakład ubezpieczeń oraz dla złożenia przez wnioskodawcę oświadczenia o przyjęciu lub odrzuceniu tej propozycji.

8. wyznaczenie składu orzekającego wojewódzkiej komisji (projektowany art. 67f) - wskazane wydaje się wprowadzenie wymogu, aby w składzie tym znalazł się reprezentant każdej z grup określonych w projektowanym art. 67e ust. 5; nie powinno być sytuacji, w której w składzie orzekającym zabraknie przedstawiciela organizacji reprezentującej interesy pacjenta - niestety przy proponowanym brzmieniu przepisu może się tak w praktyce zdarzać;

Ponadto w projektowanym art. 67g ust. 1 wydaje się, że dla zapewnienia bezstronności członków składu orzekającego, ale także z uwagi na zasady prawidłowej legislacji należy zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych użyte w tym przepisie pojęcie „szpital” zastąpić zdefiniowanym w art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz.417 z późn. zm.) pojęciem „podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych”.

Niezbędne, aby w posiedzeniach wojewódzkiej komisji, o których mowa w projektowanym art. 67i ust. 2, obok przedstawiciela szpitala oraz zakładu ubezpieczeń uczestniczył przedstawiciel organizacji reprezentującej interesy pacjenta.

9. wprowadzanie sztywnego limitu wysokości odszkodowania; takie rozwiązanie stoi w sprzeczności z normą art. 361 kodeksu cywilnego. Analogicznie nie do przyjęcia jest zawarte w projekcie rozwiązanie, zgodnie z którym przyjęcie propozycji odszkodowania ma pociągać za sobą zrzeczenie się wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez komisję za błąd medyczny. Jest to norma rażąco niekorzystna dla poszkodowanych, naruszająca zasady pełnej kompensaty szkody deliktowej, gdyż zamyka drogę do dochodzenia na drodze cywilnoprawnej nie tylko wyższych świadczeń, ale również, np. podwyższenia renty w przyszłości, czy też zadośćuczynienia w przypadku ujawnienia się nowej krzywdy tj. innego rozstroju zdrowia lub nowego stanu chorobowego wywołanego uprzednim błędem medycznym. Rozwiązanie takie nie zostało uzasadnione przez twórców projektu.

10. zdecydowanie za niskie maksymalne kwoty wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia; projektowane kwoty są nieadekwatne do sum zasądzanych w procesach

cywilnych, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę okoliczność, iż przyjęcie kwoty odszkodowania, czyli przyjęcie propozycji przedstawionej przez zakład ubezpieczeń oznacza zamknięcie możliwości dalszego dochodzenia roszczeń na drodze sądowej; projekt zakłada, iż wraz ze złożeniem oświadczenia o przyjęciu propozycji odszkodowania, podmiot składający wniosek o odszkodowanie jest zobowiązany złożyć oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za błąd medyczny w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Taka sytuacja stawia pacjenta w zdecydowanie gorszej sytuacji niż obecnie, gdzie szpital czy też zakład ubezpieczeń wypłaca bezsporną kwotę odszkodowania, zaś o spornej kwocie roszczeń, rozstrzyga sąd w postępowaniu cywilnym.

Projekt przewiduje, że maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku:

- a) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – ma wynosić 100 000 zł,
- b) śmierci pacjenta 300 000 zł.

Nie znajdujemy uzasadnienia dlaczego maksymalne roszczenia spadkobierców zmarłego są określone na trzykrotnie wyższym poziomie niż roszczenia samego pacjenta, który konsekwencje błędu medycznego będzie ponosił do końca życia, zaś otrzymana kwota ma zapewnić leczenie, dalszą egzystencję oraz odpowiednie warunki życia. Zatem zaproponowana maksymalna kwota odszkodowania w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, która ma wynosić 100 000 zł, może okazać się, np. w przypadku, gdy błąd będzie dotyczył młodego człowieka, kwotą niewystarczającą.

Przykłady wyroków sądowych

- w dniu 10 listopada 2009 roku, wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Lublinie, sąd zasądził od jednego ze szpitali oraz jego ubezpieczyciela łącznie ponad **1.000.000 zł** (w tym 600.000 zł wynosiło zadośćuczynienie) małoletniemu, który został kaleką z powodu błędu popełnionego przy porodzie.
- w wyroku z dnia 8 lutego 2006 roku (sygn. akt I ACa 1131/05) Sąd Apelacyjny w Poznaniu przyznał kwotę odszkodowania w wysokości **477.000 zł** (w tym zadośćuczynienie w wysokości 300.000 zł) oraz comiesięczną rentę w wysokości 2800 zł na rzecz małoletniego powoda, który w związku z wadliwie

przeprowadzonym porodem doznał ciężkiego czterokończynowego porażenia mózgowego,

- wyrokiem z dnia 12 grudnia 2003 r. (sygn. akt II C 911/01/05; PiM 2005, nr 2, s. 122), Sąd Okręgowy w Katowicach ostatecznie zasądził na rzecz 34-letniego powoda zadośćuczynienie w wysokości **300.000 zł** z tytułu krzywdy doznanej w następstwie zawinonego przez szpital i lekarza, lecz zbędnego odjęcia jelita. Sąd uznał 300.000 zł za kwotę adekwatną do rozmiaru krzywdy zaznaczając jednocześnie, że w połączeniu z rentą, zadośćuczynienie należyście zabezpieczy powoda na przyszłość przy odpowiednim, zainwestowaniu.

Reasumując, z uwagi na przyjęte błędne założenia oraz zaproponowane rozwiązania przedstawione w projekcie, przedmiotowa ustawa jeżeli wejdzie w życie, może pozostać martwą regulacją, bowiem pacjenci chcąc w sposób należyty zabezpieczyć swoje roszczenia będą kierować roszczenia na drogę postępowania cywilnego.

Propozycje.

1) sąd polubowny z domniemaną zgodą podmiotów udzielających świadczeń medycznych;

Sądownictwo polubowne jest coraz bardziej popularnym w Europie, szybszym i tańszym alternatywnym sposobem rozstrzygania sporów powstałych w ramach gałęzi prawa cywilnego. Sady arbitrażowe są sadami niepaństwowymi, jednak wydane przez nie orzeczenia mają moc prawną na równi z orzeczeniami sądów powszechnych, po ich uznaniu bądź stwierdzeniu ich wykonalności przez sąd powszechny. W Polsce działa m.in. arbiter bankowy przy ZBP, Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych.

2) odpowiedzialność na zasadzie ryzyka

Głównymi problemami w dochodzeniu roszczeń przez poszkodowanych pacjentów jest po pierwsze: długotrwałość procesów sądowych zarówno w ramach pierwszej jak i drugiej instancji oraz konstrukcja przesłanek odpowiedzialności osób i podmiotów świadczących usługi medyczne opartych o kodeksową **zasadę winy** (art. 415 k.c.) poprzez stwierdzenie, że obowiązany do naprawienia szkody jest ten, kto wyrządził szkodę ze swojej winy innej osobie na skutek swojego działania lub zaniechania.

Konstrukcja odpowiedzialności na zasadzie winy oznacza, iż obowiązek naprawienia szkody powstaje jedynie w razie takiego działania lub zaniechania (zaniedbania w wykonaniu swoich obowiązków) zobowiązanego podmiotu, które noszą znamiona winy, czyli naruszenia

określonych obowiązków poprzez niedopełnienie swoich powinności. W praktyce więc to poszkodowany, dochodząc swoich roszczeń będzie musiał wskazać, kto w rzeczywistości ponosi winę oraz jakich dopuścił się on zaniedbań.

Tym samym do stwierdzenia istnienia odpowiedzialności konieczne będzie łączne wystąpienie następujących przesłanek:

- powstanie szkody,
- szkoda taka musi być spowodowana zawinionym działaniem lub zaniechaniem, z którym ustawa, a także przyjęte zasady wiążą obowiązek odszkodowawczy,
- musi istnieć związek przyczynowy pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem, z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy.

Te wszystkie łączne trzy przesłanki musi przed sądem udowodnić poszkodowany pacjent chcący dochodzić swoich praw przed sądem.

Powstaje zatem zasadnicze pytanie, dlaczego pacjenci w przypadków błędów medycznych są w gorszej sytuacji niż osoby poszkodowane w związku z ruchem pojazdu mechanicznego lub konsumenci produktów niebezpiecznych, a nawet są w sytuacji gorszej niż właściciele uszkodzonego w związku z ruchem pojazdu mechanicznego -mienia, którym należyta ochronę prawną zapewniają reguły odpowiedzialności opartej na **zasadzie ryzyka**.

Dla przykładu zgodnie z art. 435 § 1 k.c., prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody (pary, gazu, elektryczności, paliw płynnych itp.) ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu, **chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności**. Odpowiedzialność takiego przedsiębiorca opiera się zatem na **zasadzie ryzyka**. W przypadku odpowiedzialności na zasadzie ryzyka odpowiedzialność istnieje bez względu na to, czy sprawca ponosi winę, czy nie. Sam fakt wystąpienia szkody oraz istnienie związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą są wystarczającymi przesłankami do stwierdzenia tej odpowiedzialności. Przedsiębiorstwo lub też jego ubezpieczyciel może uwolnić się od odpowiedzialności na zasadzie ryzyka **jedynie wtedy**, kiedy wystąpią **tzw. okoliczności egzoneracyjne**, czyli wówczas kiedy szkoda powstała na skutek: **siły wyższej, wyłącznej winy poszkodowanego albo wyłącznej winy osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności**.

Dlatego najtrafniejszym rozwiązaniem, które w sposób zdecydowany wpłynęłoby na poprawę sytuacji prawnej poszkodowanych pacjentów, byłaby zmiana rozkładu ciężaru

dowodu w trakcie postępowań cywilnych o odszkodowania za błędy medyczne, poprzez **przyjęcie konstrukcji odpowiedzialności cywilnoprawnej zakładów opieki zdrowotnej na zasadzie ryzyka** bądź też zmiana ciężaru dowodu i przerzucenie obowiązku **wykazania braku winy** na szpital oraz inne zakłady opieki zdrowotnej.