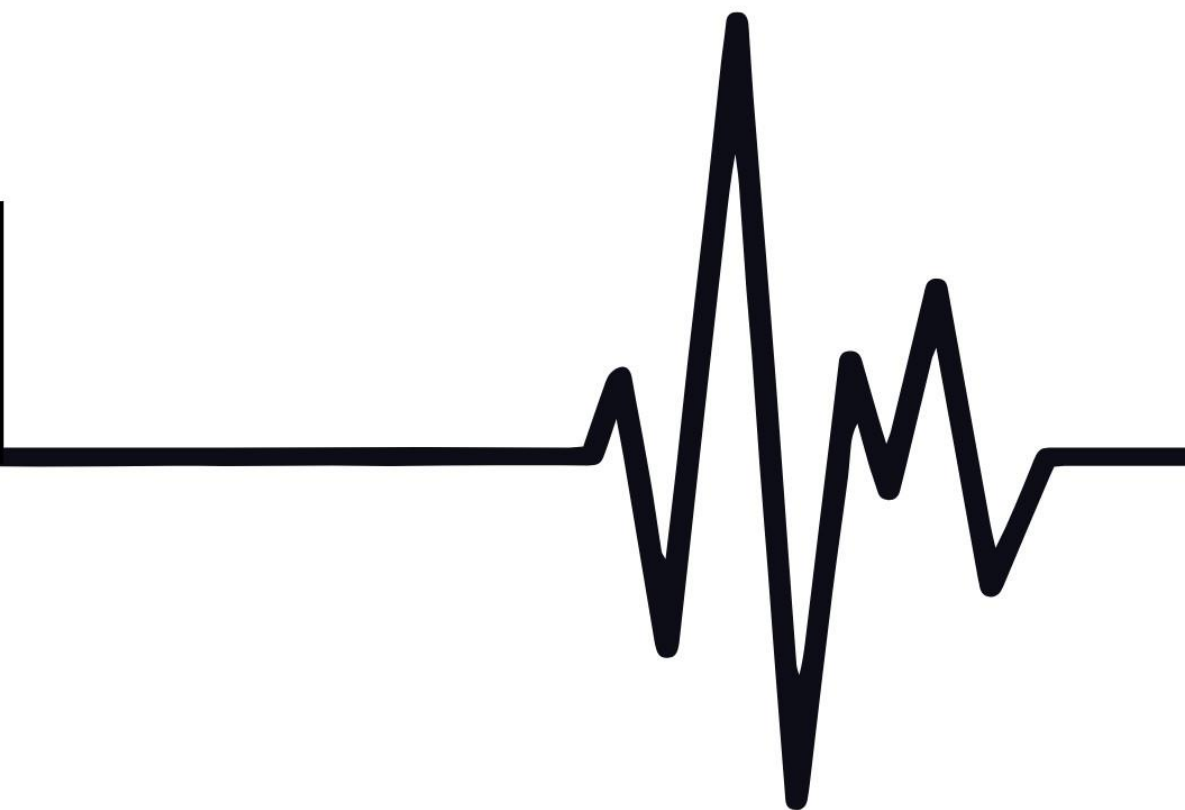




Wybrane aspekty postępowania w sprawach o **błędy medyczne**

Praca zbiorowa

Poznań
2024

Wybrane aspekty postępowania w sprawach o błędy medyczne

radca prawny Magdalena Cieślińska-Dopierała

radca prawny Ewelina Jeglikowska

radca prawny Anna Piotrowska-Musioł

adwokat Aneta Fornalik

radca prawny Marta Fredrych

adwokat Michał Górski

adwokat Paulina Kozłowska

radca prawny Mateusz Niewiński

adwokat Jakub Wieczerzak

radca prawny Joanna Zielińska

Publikacja powstała pod patronatem
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu



Poznań 2024

Redakcja:

Aneta Fornalik
Paulina Kozłowska
Jakub Wieczerek

Stan prawny na dzień:

6 marca 2024 roku

Autorzy poszczególnych części:

Radca prawny Magdalena Cieślińska-Dopierała
Radca prawny Ewelina Jeglikowska
Radca prawny Anna Piotrowska-Musioł
Adwokat Aneta Fornalik
Radca prawny Marta Fredrych
Adwokat Michał Górski
Adwokat Paulina Kozłowska
Radca prawny Mateusz Niewiński
Adwokat Jakub Wieczerek
Radca prawny Joanna Zielińska

Skład i łamanie:

Ada Kukurowska
Jakub Wieczerek

Projekt okładki i layoutu:

Ada Kukurowska
Apolonia Sołtysiak
Jakub Wieczerek

Wydanie I, Poznań 2024

© Copyright SOWISŁO TOPOLEWSKI KANCELARIA ADWOKATÓW I RADCÓW PRAWNYCH
S.K.A. 2024

ISBN 978-83-967421-5-5 (PDF)

Wydawnictwo:

Sowisło Topolewski Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych S.K.A.

Biuro Poznań:

ul. Fabryczna 9, 61-524 Poznań
e-mail: kancelaria@sowislo.com.pl tel.: +48 61 835 23 73

Biuro Warszawa:

ul. Chłodna 64/430, 00-867 Warszawa
e-mail: kancelaria.warszawa@sowislo.com.pl tel.: +48 22 251 79 75

Przedstawicielstwo Berlin: Wichertstraße 33, D-1043 Berlin

e-mail: kanzlei@sowislo.com.de tel.: +49 177 590 77 68

1.	Wykaz aktów prawnych.....	7
2.	Wprowadzenie	9
3.	Postępowania przedsądowe	10
3.1.	Postępowanie likwidacyjne	11
3.2.	Postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego	13
3.2.1.	Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych	13
3.2.2.	Postępowanie w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego	18
3.2.3.	Podsumowanie	23
3.3.	Postępowanie w sprawie naruszenia praw pacjenta.....	24
3.3.1.	Wniosek	25
3.3.2.	Podjęcie sprawy.....	26
3.3.3.	Rozstrzygnięcie.....	27
4.	Postępowanie cywilne.....	30
4.1.	Członkowie personelu medycznego jako świadkowie w postępowaniu cywilnym	31
4.1.1.	Tajemnica medyczna.....	31
4.1.2.	Obowiązek udzielania odpowiedzi na pytania oraz odmowa udzielania odpowiedzi	34
4.1.3.	Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy	35
4.1.4.	Składanie zeznań na wniosek pacjenta (dysponenta).....	36
4.1.5.	Składanie zeznań na wniosek przeciwnika procesowego pacjenta	37
4.1.6.	Ujawnienie tajemnicy w postępowaniu, którego nie wszczynał pacjent	39
4.1.7.	Treść zeznań	39
4.1.8.	Podsumowanie	40
4.2.	Opinie biegłych w postępowaniu cywilnym	41
4.2.1.	Powołanie biegłego	41
4.2.2.	Wymogi formalnoprawne opinii sporządzonej przez biegłego	43
4.2.3.	Wyłączenie biegłego.....	45
4.2.4.	Dowód z opinii biegłego sporządzonej w innym postępowaniu	46
4.2.5.	Podsumowanie	48
4.3.	Dokumentacja medyczna jako dowód w postępowaniu cywilnym	48
4.3.1.	Wzajemna korelacja praw pacjenta i obowiązków lekarza	49
4.3.2.	Konsekwencje uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej – przykłady z orzecznictwa	50
4.3.3.	Podsumowanie	53

5.	Postępowanie karne	54
5.1.	Członkowie personelu medycznego jako świadkowie w postępowaniu karnym.....	55
5.1.1.	Obowiązek zachowania tajemnicy i jego uchylenie	55
5.1.2.	Zakazy dowodowe	56
5.1.3.	Odmowa składania zeznań.....	57
5.1.4.	Podsumowanie	58
5.2.	Opinie biegłych w postępowaniu karnym.....	58
5.2.1.	Rodzaje opinii	59
5.2.2.	Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego	60
5.2.3.	Forma i treść opinii.....	61
5.2.4.	Ocena opinii biegłego.....	62
5.2.5.	Opinia biegłego w postępowaniu przygotowawczym.....	63
5.2.6.	Opinia prywatna jako dowód w postępowaniu karnym	65
5.2.7.	Podsumowanie	66
5.3.	Dokumentacja medyczna jako dowód w postępowaniu karnym.....	66
5.3.1.	Podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej.....	67
5.3.2.	Oświadczenia pacjentów obejmujące przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary	67
5.3.3.	Podsumowanie	68
6.	Postępowania ugodowe	69
6.1.	Ugody sądowe i pozasądowe	70
6.1.1.	Kiedy warto rozważyć ugodę	70
6.1.2.	Treść ugody	71
6.1.3.	Uгода pozasądowa	72
6.1.4.	Zawezwanie do próby ugodowej.....	72
6.1.5.	Uгода po wszczęciu postępowania sądowego.....	73
6.1.6.	Koszty postępowania	74
6.1.7.	Roszczenie regresowe	74
6.1.8.	Podsumowanie	75
6.2.	Warunki zawierania ugód przez publiczne podmioty lecznicze	75
6.2.1.	Ugody z art. 54a u.f.p.	76
6.2.2.	Ulgi w spłacie zobowiązań cywilnoprawnych	78
6.2.3.	Uzasadnienie dla art. 54a u.f.p.	79
6.2.4.	Należność cywilnoprawna	80
6.2.5.	Wierzyciel i dłużnik	81
6.2.6.	Korzyści z ugody.....	81

6.2.7.	Ocena skutków ugody.....	82
6.2.8.	Sporność żądań.....	83
6.2.9.	Zaspokojenie roszczeń.....	83
6.2.10.	Czas trwania postępowania.....	84
6.2.11.	Koszty postępowania	84
6.2.12.	Postulaty <i>de lege ferenda</i>	85
7.	Zakończenie	86
8.	Bibliografia	88
9.	Orzecznictwo.....	90
10.	O autorach	92
11.	Inne e- booki.....	95

1. Wykaz aktów prawnych

Opracowanie jest aktualne na dzień jego sporządzenia. Podstawę sporządzenia opracowania stanowią:

- 1) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku - Kodeks cywilny (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1610 ze zmianami, zwana dalej **k.c.** lub **kodeksem cywilnym**);
- 2) ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku - Kodeks postępowania cywilnego (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1550 ze zmianami, zwana dalej **k.p.c.** lub **kodeksem postępowania cywilnego**);
- 3) ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny (tekst jednolity Dz. U. z 2024 roku, poz. 17 ze zmianami, zwana dalej **k.k.** lub **kodeksem karnym**);
- 4) ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks postępowania karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 roku, poz. 37 ze zmianami, zwana dalej **k.p.k.** lub **kodeksem postępowania karnego**);
- 5) ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji (tekst jednolity Dz. U. z 2024 roku, poz. 145 ze zmianami, zwana dalej **ustawą o Policji**);
- 6) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. z 2022 roku, poz. 2123 ze zmianami, zwana dalej **u.o.z.p.** lub **ustawą o ochronie zdrowia psychicznego**);
- 7) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1516 ze zmianami, zwanej dalej **u.z.l.** lub **ustawą o zawodzie lekarza**);
- 8) ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1545 ze zmianami, zwana dalej **u.p.p.** lub **ustawą o prawach pacjenta**);
- 9) ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1270 ze zmianami, zwana dalej **u.f.p.**);
- 10) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 991 ze zmianami, zwana dalej **u.d.l.** lub **ustawą o działalności leczniczej**);
- 11) ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 742 ze zmianami, zwana dalej **prawem o szkolnictwie wyższym**);
- 12) ustawa z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 656 ze zmianami, zwana dalej **u.d.u.r.**);
- 13) rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 24 stycznia 2005 roku w sprawie biegłych sądowych (tekst jednolity Dz. U. z 2005 roku, nr 15, poz. 133 ze zmianami, zwane dalej **r.b.s.**);
- 14) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jednolity Dz. U. z 2022 roku, poz. 1304 ze zmianami, zwane dalej **r.d.m.**);

- 15) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 roku w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz. U. z 2020 roku, poz. 784, zwane dalej: **r.i.u.z.u.**);
- 16) rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 roku - Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1115 ze zmianami, zwany dalej **Regulaminem wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury**).

2. Wprowadzenie

r. pr. Ewelina Jeglikowska

” *Ślachtetne zdrowie,
Nikt się nie dowie,
Jako smakujesz,
Aż się zepsujesz...*

a potem...

a potem następuje proces diagnostyczno-terapeutyczny, w toku którego może dojść do błędu medycznego, zaś pacjent obarczy personel medyczny odpowiedzialnością za jego powstanie.

Problematyka błędów w sztuce medycznej była i będzie przedmiotem rozlicznych analiz. Z roku na rok obserwujemy wzrastającą liczbę procesów sądowych w tego typu sprawach. Zjawisko to nie jest jednak niczym szczególnym, albowiem formułowanie roszczeń cywilnoprawnych przez pacjentów względem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jest immanentnie związane z prowadzeniem działalności leczniczej.

Osoby wykonujące zawód medyczny powinny zatem mieć na względzie, że spotkają się z rozmaitymi zastrzeżeniami co do prawidłowości wdrażanej diagnostyki czy leczenia. Niekiedy zastrzeżenia takie sformułuje sam pacjent, w gorszych przypadkach już jego rodzina. Z reguły zastrzeżenia przekształcą się w zarzuty, te zaś w roszczenie lub akt oskarżenia. Niezależnie od przyczyn, większość pacjentów darzy osoby udzielające im świadczeń zdrowotnych szczególnym zaufaniem, co z kolei zobowiązuje tych drugich do poświęcenia całej swojej uwagi, wykorzystania wiedzy oraz umiejętności dla dobra chorych. Gdy jednak efekty leczenia odbiegają od oczekiwań pacjentów należy być czujnym i przygotowanym na często nierówną walkę.

Z perspektywy dwudziestu pięciu lat doświadczenia w zakresie obsługi prawnej podmiotów leczniczych i osób wykonujących zawody medyczne mamy pełną świadomość, że obrona ich interesów jest zadaniem trudnym. Nie ułatwia go (ujmując tę kwestię ogólnie) permanentny i postępujący chaos legislacyjny w służbie zdrowia. Stąd w ramach niniejszej publikacji chcemy zaoferować Państwu wsparcie na wypadek pojawienia się problemów prawnych, których nie ma czasu roztrząsać, gdy kolejka pacjentów czeka pod drzwiami.

Mamy nadzieję, że udało się nam w sposób przystępny przybliżyć procedury i przedstawić czynności, które należy podejmować w postępowaniach karnych, cywilnych czy też odszkodowawczych, związanych z wykonywaniem zawodu medycznego.

Naszą ideą jako autorów niniejszego e-booka było omówienie całego spektrum zagadnień związanych z postępowaniami w sprawach błędów medycznych w możliwie klarowny i zwięzły sposób. Niniejsze opracowanie jest wynikiem naszych obserwacji, pracy na rzecz Podmiotów Leczniczych, Lekarzy i Pielęgniarek, ale przede wszystkim jest publikacją, przez którą chcielibyśmy podziękować Tym, którzy szlachetne zdrowie, gdy się zepsuje – ratują!

3. Postępowania przedsądowe

r. pr. Joanna Zielińska

Trzy rodzaje postępowań przedsądowych omówionych w niniejszym rozdziale ogółem scharakteryzować należałoby jako zbiór całkowicie od siebie odrębnych i niezależnych działań, które pozostają bez wzajemnego wpływu (i związku) jednych na drugie. Łączy je jednakże jeden wspólny cel: próba zaspokojenia roszczeń strony poszkodowanej bez konieczności składania powództwa w sprawie przed sądem powszechnym.

Pierwsza z procedur to postępowanie likwidacyjne prowadzone na skutek zgłoszenia roszczenia do ubezpieczyciela podmiotu leczniczego bądź osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, która swoim działaniem bądź zaniechaniem doprowadzić miała do powstania szkody.

Druga, dotycząca zdarzeń medycznych i świadczeń kompensacyjnych, to chyba obecnie najbardziej skomplikowana i zawiła procedura. W aktualnym stanie prawnym możliwa do przeprowadzenia dwojako: bądź przez istniejące (do końca czerwca 2024 roku) Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, bądź na podstawie nowych przepisów – na drodze postępowań o przyznanie świadczeń kompensacyjnych.

Trzecia natomiast, dotycząca naruszeń szczególnego rodzaju, prowadzona przed Rzecznikiem Praw Pacjenta (zwanego dalej również **Rzecznikiem**), ma na celu zweryfikowanie, czy stawiany przez pacjenta zarzut naruszenia jego praw uznać należy za trafny i zasadny, a także w jakim zakresie postępowanie podmiotu, w którym się go dopuszczono, winno ulec zmianie lub poprawie.

Całkowicie odmienne reguły obowiązujące w każdym z powyższych postępowań, odrębne podstawy prawne dochodzonych należności oraz zupełnie różne podmioty podejmujące decyzje w zakresie uznania bądź odrzucenia przedstawionych roszczeń powodują, że niejednokrotnie poszkodowani decydują się na podjęcie każdej z nich, w dowolnie wybranej przez siebie kolejności bądź wszystkich naraz – bywa, że i na podstawie jednego zgłoszenia, łączącego w sobie całość roszczeń (jakby dla pewności osiągnięcia gdziekolwiek pozytywnego rezultatu).

Co należy podkreślić: z punktu widzenia strony „obwinianej” za popełnienie błędu, niezwykle istotne wydaje się podejmowanie bardzo aktywnych działań (w ramach możliwości dopuszczanych przez przepisy), zmierzających do jak najdokładniejszego wyjaśnienia powstałego problemu. Zaniechanie wyrażenia swojej opinii na etapie przedsądowym w którejkolwiek z ww. procedur, wynikające czy to z lekceważenia, czy też z braku świadomości jej istoty, może okazać się bowiem później niezwykle kosztowne, o czym szerzej poniżej.

3.1. Postępowanie likwidacyjne

r.pr. Marta Fredrych

Szpitala i osoby wykonujące działalność leczniczą (m.in. lekarz, pielęgniarka lub fizjoterapeuta wykonujący zawód, prowadząc praktykę zawodową) objęci są obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szkada może zostać zgłoszona ubezpieczycielowi zarówno przez te podmioty, jak i przez pacjenta.

Pacjent w pierwszej kolejności występuje do szpitala lub lekarza z pismem wzywającym do wskazania numeru polisy oraz danych ubezpieczyciela. Informacji tych oczywiście należy pacjentowi udzielić. Najczęściej wezwanie pacjenta zawiera również krótki opis z jakim zdarzeniem wiąże on swoją szkodę. Już wówczas należy zweryfikować czy roszczenie pacjenta jest zasadne, ponieważ otrzymawszy takie pismo należy spodziewać się, że kolejnym krokiem wykonanym przez pacjenta będzie zgłoszenie szkody ubezpieczycielowi.

Kiedy dojdzie do zgłoszenia szkody ubezpieczycielowi, uruchomionych zostaje przez ubezpieczyciela szereg czynności mających na celu jej likwidację. Postępowanie likwidacyjne polega przede wszystkim na ustaleniu okoliczności, które towarzyszyły powstaniu szkody, zebraniu dokumentów oraz ustaleniu czy, a jeśli tak to w jakiej wysokości przyznać odszkodowanie lub zadośćuczynienie poszkodowanemu.

Od ubezpieczyciela oczekuje się, że jako profesjonalista dochowa należytej staranności przy rozpoznawaniu zgłoszeń osób poszkodowanych i dokona tego bez zbędnej zwłoki¹.

Ubezpieczyciel, za pośrednictwem upoważnionego przez zakład lekarza może zwrócić się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą z prośbą o udzielenie informacji potrzebnych do likwidacji szkody, w tym o stanie zdrowia ubezpieczonego. Informacje te zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie.

Zasady udzielania zakładowi ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego określone zostały w art. 38 u.d.u.r. oraz wydanego na podstawie art. 38 ust. 9 tej ustawy r.i.u.z.u. (rozporządzenie to weszło w życie w dniu 4 maja 2020 roku).

Aby zakład ubezpieczeń mógł wystąpić do podmiotu wykonującego działalność leczniczą o informacje, związane ze stanem zdrowia musi posiadać zgodę ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego. O tym fakcie dowiemy się ze złożonego przez ubezpieczyciela oświadczenia. Każdorazowo należy zweryfikować, czy wniosek o udostępnienie danych takie oświadczenie zawiera. Pamiętać przy tym należy, że zakład ubezpieczeń nie musi załączać do wniosku kopii zgody.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą winien przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc

¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 13 sierpnia 2014 roku, sygn. akt: I ACa 233/14, LEX nr 1498958.

od dnia otrzymania wystąpienia o przekazanie informacji (art. 38 ust. 7 u.d.u.r.). Należy jednak zweryfikować, czy szpital (lekarz) dysponuje tego rodzaju informacjami i jest w stanie udzielić odpowiedzi na przedstawione pytania. Nie należy bowiem udzielać informacji, które nie zostały objęte zapytaniem ubezpieczyciela.

Pismo z informacją o stanie zdrowia pacjenta powinna z ramienia szpitala podpisać osoba wykonująca zawód medyczny, upoważniona przez kierownictwo Szpitala (może to być np. lekarz lub pielęgniarka).

O tym w jakiej wysokości naliczyć opłatę za udzielenie informacji decyduje podmiot wykonujący działalność leczniczą, który informacji udziela, z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ten podmiot niezbędnych do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji (§ 3 r.i.u.z.u.).

Ponadto ubezpieczyciel w toku postępowania likwidacyjnego powinien zwrócić się do niezależnego lekarza posiadającego adekwatną specjalizację, z prośbą o wydanie opinii w sprawie zgłoszonego roszczenia. Lekarz ten wydaje opinię na podstawie dokumentacji medycznej, a gdy zajdzie taka potrzeba również na podstawie badania poszkodowanego. Opinia bez wątpienia będzie mieć kluczowe znaczenie dla decyzji ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie przyznania odszkodowania. W praktyce niestety dość często zdarza się, że opinie sporządzane przez lekarzy dla ubezpieczycieli są krótkie, lakoniczne i nie uwzględniają wielu aspektów stanu zdrowia poszkodowanego, które powinny być wzięte pod uwagę. Merytoryczna jakość opinii przekłada się na bezpośrednio na decyzję jaką wydaje ubezpieczyciel.

Po zebraniu wszystkich informacji ubezpieczyciel podejmuje decyzję czy, a jeśli tak to w jakiej wysokości wypłacić odszkodowanie lub odszkodowanie.

To, w jaki sposób zakończy się postępowanie likwidacyjne będzie miało znaczenie dla ewentualnego sporu sądowego zainicjowanego przez poszkodowanego. Jeśli bowiem ubezpieczyciel stwierdzi odpowiedzialność za szkodę, wówczas nie dość, że polisa ubezpieczonego podmiotu zostanie obciążona, to poszkodowany zyska w postępowaniu sądowym dodatkowy argument, w postaci uznania odpowiedzialności przez ubezpieczyciela i przesądzenia jej zasady. W takiej sytuacji niezwykle trudno będzie pozwanemu podmiotowi uzyskać korzystne rozstrzygnięcie sądu.

Ponadto warto pamiętać, że odpowiedzialność ubezpieczyciela sięga tak daleko jak sięga ochrona ubezpieczeniowa ubezpieczonego. Ma to istotne znaczenie również w przypadku ewentualnego postępowania sądowego, gdy poszkodowany na drodze sądowej domaga się kwot czy to odszkodowania czy zadośćuczynienia dużo wyższych aniżeli wartość polisy. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani wyższej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia, ani też łącznej ich kwoty wyższej aniżeli polisa jaką objęty jest ubezpieczony podmiot.

Warto przy tym podkreślić, że zgodnie z przeważającym obecnie w orzecnictwie stanowiskiem, sytuacja w której ubezpieczyciel nie zapłaci odszkodowania lub zadośćuczynienia w terminie wynikającym z art. 455 *in fine* k.c. (wskazany w wezwaniu do zapłaty), skutkuje tym, że poszkodowany nie ma możliwości czerpania korzyści z tych świadczeń, a zatem odsetki za opóźnienie w zapłacie należnych poszkodowanemu kwot należy liczyć od momentu upływu terminu wskazanego w tym przepisie².

² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2018 roku, sygn. akt: V CSK 142/17, LEX nr 2455743.

Podsumowując, postępowanie likwidacyjne jest najczęściej pierwszym etapem dochodzenia przez poszkodowanych pacjentów swoich roszczeń. Dlatego właśnie już w tym momencie ważny jest czynny udział ubezpieczonego podmiotu w postępowaniu likwidacyjnym i kontakt z ubezpieczycielem, zwłaszcza na etapie wydania opinii, jej uzupełnienia czy składania zastrzeżeń.

3.2. Postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego

r.pr. Joanna Zielińska

Przystępując do próby przybliżenia regulacji związanych z problematyką zdarzeń medycznych, w pierwszej kolejności podkreślić należy, że na obecnym etapie znajdujemy się w przejściowym trybie obowiązywania przepisów, zmierzającym z jednej strony do wygaszenia działalności Wojewódzkich Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (zwanym dalej **Komisjami**), a z drugiej do skutecznego wdrożenia postępowań w zakresie świadczeń kompensacyjnych realizowanych przez zespoły działające przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jest to stan trudny i zawily do omówienia, gdyż część regulacji została już z treści przepisów wykreślona, choć obowiązuje nadal (zob. uchylony 6 września 2023 roku rozdział 13a u.p.p., którego treść regulująca działalność Komisji zostanie omówiona poniżej), a część, chociaż już wprowadzona, to nie zostały wydane odpowiednie akty wykonawcze umożliwiające ich pełne zastosowanie (regulacje dotyczące przyznawania świadczeń kompensacyjnych).

3.2.1. Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Działanie Komisji na gruncie prawa polskiego zostało zapoczątkowane ustawą o zmianie u.p.p. – poprzez wprowadzenie rozdziału 13a (art. 67a – 67o) do u.p.p. Przepisy wprowadzające działanie Komisji weszły w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku i będą obowiązywały do dnia 30 czerwca 2024 roku. **Komisje rozpoznają wnioski składane do dnia 6 grudnia 2023 roku.**

Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy o zmianie u.p.p.: (...) *na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie dochodzenia przez pacjentów odszkodowań za szkody spowodowane błędami medycznymi wskazywał już w 2003 r. VII Krajowy Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy, zgodnie ze stanowiskiem którego „wzorem innych państw (zwł. skandynawskich) uznaje się za konieczne wprowadzenie systemu odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej, dającego prawo uzyskiwania przez pacjentów rekompensaty za szkody zdrowotne poniesione w związku z leczeniem na drodze pozasądowej bez konieczności udowodnienia winy pracowników opieki zdrowotnej. Przedstawiony projekt zmierza do realizacji idei ułatwienia uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia osobom poszkodowanym na skutek stwierdzonego błędu medycznego w oznaczonych w projekcie przypadkach, według zasad określonych w rozdziale 13a. Nie zmienia to jednak zasad ogólnych, według których postępowanie przed komisją dotyczy spraw cywilnych, a zatem takich, odnośnie których wyłączenie możliwości dochodzenia roszczeń przed sądem powszechnym może nastąpić jedynie wyjątkowo, nie może zaś nastąpić jedynie z uwagi na fakt,*

że w przypadku niektórych błędów medycznych orzekać może Wojewódzka Komisja do spraw Orzekania o Błędach Medycznych. Potrzeba podjęcia prac nad ustawą umożliwiającą każdemu pacjentowi dochodzenie odszkodowania z tytułu błędu medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową wynika także z rosnącej świadomości obywateli polskich w zakresie dochodzenia ich praw jako pacjentów³.

Postępowanie przed Komisją jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego.

3.2.1.1. Tworzenie i skład Komisji

Komisje mają wojewódzki charakter – były tworzone i obsługiwane w ramach działalności poszczególnych Urzędów Wojewódzkich. Orzekają w składzie 4-osobowym. Skład ten jest wyznaczany przez przewodniczącego Komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków Komisji, przy czym 2 członków składu orzekającego ma spełniać wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 1 u.p.p. (wiedza z dziedziny nauk medycznych), a 2 członków składu orzekającego ma spełniać wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 2 u.p.p. (wiedza z dziedziny nauk prawnych).

Legitymowanymi do dochodzenia odszkodowania w ramach działalności Komisji byli: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy oraz spadkobiercy pacjenta. Podkreślenia wymaga iż za pacjenta w tym zakresie nie była uznawana osoba, która uczestniczyła w eksperymencie medycznym oraz w badaniach klinicznych.

3.2.1.2. Termin na złożenie wniosku

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego mógł zostać złożony do Komisji w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek (pacjent lub jego spadkobiercy) dowiedział się o zaistnieniu zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie mógł być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia pacjenta albo śmiercią pacjenta.

Złożenie wniosku podlegało opłacie w wysokości 200 zł, która była zwracana w przypadku wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego.

Złożenie wniosku rozpoczynało postępowanie przed Komisją, w ramach którego w kolejnym kroku ów wniosek był przesyłany przez Komisję wraz z całością złożonych załączników do podmiotu leczniczego, w którym w ramach udzielanych świadczeń miało dojść do zdarzenia medycznego wraz z zakreśleniem temu podmiotowi terminu 30 dni na ustosunkowanie się do treści podnoszonych zarzutów.

³ Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta, druk nr 3488, źródło elektroniczne: <https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3488>.

Etap ten jest jednym z dwóch niezwykle istotnych w całym postępowaniu, w którym od podjęcia stosownych działań przez podmiot leczniczy zależała jego dalsza sytuacja. Podkreślenia wymaga, iż brak zajęcia stanowiska w określonym przez Komisję 30-dniowym terminie był na gruncie obowiązujących w rozdziale 13a u.p.p. przepisów, *równoznaczny z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia* (art. 67d pkt. 6 *in fine* u.p.p. w brzmieniu do dnia 6 września 2023 roku).

Natomiast przedstawienie przez podmiot leczniczy stosownej argumentacji i przedłożenie dokumentacji medycznej pacjenta skutkowało wszczęciem merytorycznego postępowania przed Komisją.

W tym miejscu wskazać należy na jeden niezwykle istotny aspekt przywoływanych regulacji. Rozdział 13a u.p.p. w wielu miejscach odnosił się równoległe do dwóch podmiotów (art. 67i ust. 2 pkt 2 u.p.p.):

- 1) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek,
- 2) ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital określony w pkt 1 zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej.

Obowiązek posiadania stosownego, odrębnego od polisy OC, ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych istniał jako zapis w treści art. 17 ust. 4 lit. b u.d.l. od dnia 1 lipca 2011 roku do dnia 15 lipca 2016 roku.

W praktyce ubezpieczenie to (poza krótkim okresem od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 29 czerwca 2012 roku) nie było obowiązkowe. Ustawodawca kilkakrotnie odsuwał w czasie moment wejścia w życie przepisu nakładającego na podmiot leczniczy obowiązek zawarcia takiego ubezpieczenia, który ostatecznie został uchylony.

Powyższe spowodowało, że w realiach stosowania niniejszych przepisów wyłącznie pojedyncze podmioty lecznicze decydowały się na zawarcie dodatkowego (dość drogiego) ubezpieczenia. W pozostałym zakresie zastosowanie znalazła regulacja przewidziana w art. 67k ust. 10 pkt 1 u.p.p., zgodnie z którą: *Przepisy ust. 1-9 oraz przepisy wydane na podstawie ust. 11, w zakresie w jakim dotyczą ubezpieczyciela, stosuje się do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w przypadku: 1) wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2, albo niezawarcia tej umowy.*

Podsumowując, w sytuacji, w której podmiot leczniczy nie wykupił odrębnego ubezpieczenia w zakresie zdarzeń medycznych, był on zobowiązany do podejmowania wszystkich działań w postępowaniu przed Komisją samodzielnie, we własnym imieniu, tak jak działałby na gruncie tych przepisów ubezpieczyciel.

3.2.1.3. Definicja zdarzenia medycznego

Wracając do kwestii merytorycznego rozpoznania spraw przez Komisję, wskazać należy, iż do jej zadania, po zapoznaniu się z całością przedstawionego przez strony materiału dowodowego,

należało (i do dnia 30 czerwca 2024 roku nadal należy) wyłącznie ustalenie czy prowadzone leczenie i podjęte przez podmiot leczniczy działania były bądź też nie były zdarzeniem medycznym.

Definicja samego zdarzenia medycznego została wprost określona w art. 67a u.p.p. i odnosi się do: *zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:*

- a) *diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,*
- b) *leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,*
- c) *zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z 5.4.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EEG i 93/42/EEG, lub wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z 5.4.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylecia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz. Urz. UE L 117 z 5.5.2017, str. 176, ze zm.).*

Warto w tym miejscu podkreślić, iż rolą Komisji nie jest ustalanie wysokości odszkodowania albo zadośćuczynienia.

Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia przez Komisję wymaga wiadomości specjalnych, Komisja może zasięgać opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2 u.p.p., tj. konsultantów wojewódzkich.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym bądź jego braku kończy postępowanie w pierwszym etapie.

3.2.1.4. Orzeczenie w sprawie – i co dalej?

Dalsze działanie zależy od decyzji stron – ta niezadowolona z podjętego rozstrzygnięcia miała prawo, w terminie 14 dni od otrzymania orzeczenia Komisji wraz z uzasadnieniem (sporządzanego z urzędu), złożyć wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy – przez inny skład Komisji. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy Komisja miała za zadanie rozpoznać w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W posiedzeniu w tej sprawie nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.

Na etapie wydania rozstrzygnięcia Komisji – czy to w pierwszej czy w drugiej instancji, w zależności od decyzji podmiotu leczniczego – aktualizował się drugi istotny obowiązek.

W przypadku wydania przez Komisję orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego, w terminie 30 dni od otrzymania: zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy albo doręczenia orzeczenia Komisji o zdarzeniu medycznym, wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, ubezpieczyciel

(a w przypadku jego braku podmiot leczniczy) ma obowiązek przedstawienia wnioskodawcy propozycji odszkodowania – do wysokości kwoty żądanej przez niego we wniosku.

Obowiązujące przepisy nie wskazują minimalnej kwoty zadośćuczynienia i odszkodowania, która powinna zostać zaproponowana przez ubezpieczyciela (a w przypadku jego braku – przez podmiot leczniczy). Wskazane akty prawne wskazują natomiast wyłącznie kwoty maksymalne. Powyższe powoduje, iż decyzja o wysokości przedstawionej propozycji pozostaje wyłącznie w gestii podmiotu leczniczego.

Podkreślenia jednakże wymaga, iż bezskuteczny upływ powyższego terminu (tj. brak przedstawienia jakiegokolwiek propozycji) oznaczał, iż podmiot leczniczy akceptuje w całości kwotę żadaną w złożonym wniosku.

Ustawa przewiduje maksymalne wysokości świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta i wynoszą one, w przypadku:

- 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – 100 000 zł;
- 2) śmierci pacjenta – 300 000 zł.

W sytuacji braku przedstawienia propozycji Komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji. Zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy.

Podkreślić trzeba, że przedstawienie przez ubezpieczyciela (podmiot leczniczy) propozycji lub wypłata odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza (wbrew nadziejom i twierdzeniom podnoszonym przez wielu pełnomocników) uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.

Jednocześnie, po przedstawieniu propozycji, ostateczna decyzja należały do wnioskodawcy. W terminie 7 dni, za pośrednictwem Komisji, składa on bowiem oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji podmiot wnioskujący składa również oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez Komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców było skuteczne wobec pozostałych.

Na tym etapie postępowanie przed Komisją w zakresie merytorycznego rozpoznania wniosku ulegał zakończeniu.

Przepisy rozdziału 13a u.p.p. przewidują jeszcze dodatkowe postępowanie w zakresie możliwości wniesienia na tym etapie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia Komisji, jednakże mając na uwadze fakt, iż skargę tę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed Komisją, jej złożenie nie może już mieć żadnego wpływu na ostateczny wynik postępowania.

3.2.1.5. Likwidacja Komisji

Jak już wskazano, z dniem 1 lipca 2024 roku zlikwidowane zostaną działające dotychczas Komisje. Aktualne kadencje Komisji, które upływały w 2023 roku, uległy przedłużeniu do czasu ich likwidacji.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, który dotyczy zdarzenia medycznego mającego miejsce przed dniem wejścia w życie ustawy o zmianie u.p.p. (tj. przed dniem 6 września 2023 roku), jest rozpatrywany, jeżeli został złożony do Komisji do dnia 6 grudnia 2023 roku.

Postępowania w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego, wszczęte i niezakończone przed dniem 6 września 2023 roku, a także w sprawach rozpoznania wniosków składanych we wskazanym powyżej trybie, są prowadzone przez Komisje na zasadach dotychczasowych.

Komisje nie będą wydawać postanowień o zawieszeniu postępowań w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo.

Znowelizowane przepisy zobowiązały ww. Komisje do niezwłocznego podjęcia postępowań, które zostały zawieszone w związku z wystąpieniem wskazanych powyżej przeszkód. Postępowania te zostały podjęte, a złożone wnioski – procedowane.

Ustawodawca skrócił termin rozpoznawania spraw przez Komisje. Orzeczenia w postępowaniach w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego mają być obowiązkowo wydawane nie później niż w terminie dwóch miesięcy od dnia złożenia wniosku. Dwumiesięczny termin wydania orzeczeń przyjęty został także w odniesieniu do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie nowej ustawy, z tym zastrzeżeniem, że orzeczenia w takich przypadkach mają zostać wydane nie później niż w terminie dwóch miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Postępowania przed Komisjami, które nie zostaną zakończone do dnia 30 czerwca 2024 roku przejmie do prowadzenia Rzecznik Praw Pacjenta, a do spraw tych odpowiednie zastosowanie znajdzie część przepisów regulujących dotychczasowe postępowanie.

3.2.2. Postępowanie w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego

Jak już wskazano, dnia 6 września 2023 roku weszły w życie kolejne zmiany w u.p.p. Usunięto m.in. rozdział 13a, który regulował funkcjonowanie Komisji, dodany natomiast po nim został rozdział 13b, który wprowadził nową regulację w postaci świadczeń kompensacyjnych.

3.2.2.1. Nowa definicja zdarzenia medycznego

Ustawa o zmianie u.p.p. wprowadziła nową definicję zdarzenia medycznego, zgodnie z którą pod tym pojęciem należy rozumieć: *zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:*

a) *zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,*

- b) *uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo*
- c) *śmierć pacjenta*

– *którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.*

Przepisy dotyczące kompensacji szkód znajdują zastosowanie wyłącznie do zdarzeń medycznych zaistniałych w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szpitalu. Oznacza to, że nowy mechanizm nie obejmuje sytuacji, w których świadczenia udzielane są np. w trybie ambulatoryjnym lub komercyjnie – zawężone zatem zostaje grono podmiotów objętych przepisami ustawy.

W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, świadczenie kompensacyjne przysługuje pacjentowi, a w przypadku jego śmierci: krewnemu pierwszego stopnia, niepozostającemu w separacji małżonkowi, osobie pozostającej w stosunku przysposobienia lub osobie pozostającej z pacjentem we wspólnym pożyciu.

Na gruncie nowych przepisów zmianie uległa wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy, które wynosi w przypadku:

- 1) zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – od 2 000 zł do 200 000 zł;
- 2) uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2 000 zł do 200 000 zł;
- 3) śmierci pacjenta – od 20 000 zł do 100 000 zł.

Wysokość świadczenia kompensacyjnego jest podlegała corocznej waloryzacji.

Przy ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego uwzględniane będzie w szczególności:

- 1) przy zakażeniu biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wynikających z zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;
- 2) przy uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia – charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wynikających ze zdarzenia medycznego, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;
- 3) przy śmierci pacjenta – pozostawanie w związku małżeńskim w chwili śmierci pacjenta, pokrewieństwo, pozostawanie w stosunku przysposobienia, pozostawanie we wspólnym pożyciu oraz wiek wnioskodawcy i wiek zmarłego pacjenta.

Sposób ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego określi Minister Zdrowia, po zaciągnięciu opinii Rzecznika Praw Pacjenta, w drodze rozporządzenia – przy czym akt wykonawczy w tym zakresie nie został jeszcze wydany.

3.2.2.2. Przebieg postępowania

Osoby uprawnione do uzyskania świadczenia kompensacyjnego mogą złożyć do Rzecznika Praw Pacjenta wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. Kompletny wniosek powinien zawierać określone ustawowo dane oraz załączniki i oświadczenia.

Wniosek może być złożony w terminie roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o zakażeniu biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 300 zł, która zostanie zwrócona w przypadku przyznania świadczenia kompensacyjnego. Opłata będzie podlegała corocznej waloryzacji.

Postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego nie wszczyna się, a wszczęte umarza, w przypadku, gdy w związku z tym zdarzeniem medycznym:

- 1) prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie;
- 2) toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie;
- 3) wnioskodawca uzyskał odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 4) sąd orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub obowiązek zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązkę.

Przez czas trwania postępowania bieg przedawnienia roszczeń o naprawienie szkody wynikłej ze zdarzenia medycznego, którego dotyczy wniosek, nie rozpoczyna się, a rozpoczęty ulega zawieszeniu.

Stroną postępowania jest wyłącznie wnioskodawca – podmiot leczniczy nie uczestniczy w postępowaniu na prawach strony, tj. nie przysługuje mu prawo do przedstawienia stanowiska w sprawie tak, jak to miało miejsce dotychczas podczas postępowania prowadzonego w przedmiocie ustalenia zdarzenia medycznego przed Komisją.

W toku postępowania wydawana jest opinia w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków. Opinię wydaje Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (zwany dalej **Zespołem**), działający przy Rzeczniku Praw Pacjenta – w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku, w składzie nie więcej niż 3 członków. Wśród członków tego Zespołu są w większości osoby wykonujące zawód lekarza (15 z 20 członków), powołane przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Regulamin pracy Zespołu zostanie określony przez Ministra Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rzecznika, w drodze rozporządzenia – na dzień wydania niniejszego e-booka nie został on jeszcze opublikowany.

Rzecznik Praw Pacjenta na gruncie wprowadzonych przepisów będzie miał dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej osoby, której dotyczy zgłoszone zdarzenie medyczne, w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku. Ponadto Rzecznikowi Praw Pacjenta, prowadzącemu postępowanie, przysługuje prawo:

- 1) wezwania wnioskodawcy do udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia sprawy,
- 2) żądania udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia posiadanych dokumentów przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który udzielił świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy zdarzenie medyczne,

– w wyznaczonym przez Rzecznika Praw Pacjenta terminie, nie krótszym niż 14 dni od dnia doręczenia wezwania.

Podkreślenia wymaga, iż dla podmiotu leczniczego jest to najważniejszy etap postępowania i **jedyna** szansa na przedstawienie własnego stanowiska i argumentacji w odniesieniu zastrzeżeń kierowanych przez pacjenta – o ile zostaną mu one udostępnione, bo obowiązujące przepisy nie ustalają takiej możliwości wprost, milcząc w tym zakresie.

Nieprzekazanie przez podmiot leczniczy na żądanie Rzecznika Praw Pacjenta ww. dokumentów oraz informacji będzie skutkowało nałożeniem, w drodze decyzji, kary pieniężnej w wysokości do 50 000 zł.

Rzecznik, po uzyskaniu opinii Zespołu, wyda decyzję administracyjną w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego. W decyzji tej określone zostanie, na wniosek pacjenta, czy zdarzenie medyczne spowodowało poważne następstwa zdrowotne, oraz zostanie wskazany okres ich przewidywanego trwania, nie dłuższy jednak niż 5 lat. Jeżeli w dniu wydania decyzji zgodnie z wiedzą medyczną poważne następstwa zdrowotne nie ustąpią przed upływem 5 lat, okres ich przewidywanego trwania nie zostanie wskazany w decyzji.

Decyzja ma zostać wydana przez Rzecznika w terminie 3 miesięcy od dnia złożenia kompletnego i prawidłowego opłaconego wniosku.

Z chwilą, gdy decyzja w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego stanie się prawomocna, pacjentowi doręczone zostanie niezwłocznie zaświadczenie potwierdzające, że zdarzenie medyczne spowodowało poważne następstwa zdrowotne i ewentualnie przewidywany okres ich trwania (nie dłuższy niż 5 lat). Zaświadczenie to będzie stanowiło podstawę do korzystania poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych oraz usług farmaceutycznych.

3.2.2.3. Oświadczenie

W terminie 30 dni od dnia, gdy decyzja, w której przyznano świadczenie kompensacyjne i ustalono jego wysokość, stała się prawomocna, wnioskodawca zobowiązany jest złożyć Rzecznikowi Praw Pacjenta oświadczenie o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego lub o rezygnacji z tego świadczenia.

Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne, mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Złożenie oświadczenia o rezygnacji ze świadczenia

kompensacyjnego lub niezłożenie żadnego oświadczenia jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę świadczenia kompensacyjnego.

Świadczenie kompensacyjne będzie wypłacane w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego wynikającego z prawomocnej decyzji.

Rzecznik Praw Pacjenta poinformuje podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którego działalnością wiąże się wniosek, o wypłacie świadczenia kompensacyjnego.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, który zostanie poinformowany przez Rzecznika Praw Pacjenta o wypłacie świadczenia kompensacyjnego, zobowiązany będzie do dokonania analizy przyczyn źródłowych zdarzenia medycznego oraz sformułowania i wdrożenia zalecenia podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia medycznego, chyba że w tym zakresie analiza taka została uprzednio przeprowadzona.

Od decyzji Rzecznika Praw Pacjenta, wnioskodawcy przysługuje odwołanie do Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, w skład której wchodzi 9 członków posiadających wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania tej funkcji, powołanych przez Ministra Zdrowia, na wniosek określonych organów. Członkowie pierwszej kadencji Komisji zostali powołani w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie nowych przepisów.

Organizację Komisji określać ma Regulamin.

Aktualnie przepisy w ogóle nie regulują trybu postępowania Komisji – nie jest wiadome, w jakim terminie, w jakim składzie oraz jakie rozstrzygnięcie będzie przez nią wydawane i jaki ono będzie miało wpływ na dotychczasową decyzję Rzecznika.

Wniesienie odwołania będzie podlegało opłacie w wysokości 200 zł.

Powołany zostanie Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, będący państwowym funduszem celowym tworzoną w celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych, którego dysponentem będzie Rzecznik Praw Pacjenta.

Przychody Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych będą pochodziły z:

- 1) odpisu w wysokości do 0,04% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne i jego zwiększenia,
- 2) opłat uiszczanych w toku postępowania o przyznanie świadczenia kompensacyjnego,
- 3) odsetek od zgromadzonych środków,
- 4) innych źródeł, w szczególności ze spadków, zapisów i darowizn.

Świadczenia kompensacyjne będą przyznawane jedynie w odniesieniu do zdarzeń medycznych zaistniałych po dniu 6 września 2023 roku i spełniających nową, wskazaną wcześniej definicję.

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego może zostać złożony także wtedy, gdy zdarzenie medyczne miało miejsce przed dniem 6 września 2023 roku, jeżeli wnioskodawca dowiedział się o zakażeniu biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo o śmierci pacjenta po tym dniu. Wnioski takie będą rozpoznawane na nowych zasadach.

3.2.3. Podsumowanie

Zmierzając do dokonania zwięzłego podsumowania obu przedstawionych w powyższych podrozdziałach postępowań, w pierwszej kolejności wskazać należy, iż już wstępna analiza treści przepisów pozwala stwierdzić, iż niestety żadne z nich nie zostało dopracowane i przemyślane.

Niewątpliwie zaletą obu tych postępowań jest niewielka wysokość opłat – 200 lub 300 zł, która pozwala na ich podjęcie również przez osoby nieposiadające znacznych zasobów finansowych (w odróżnieniu od postępowania przed sądami powszechnymi, gdzie przy kwotach powyżej 20 000 zł konieczne jest już wniesienie opłaty w wysokości 5% żądanej kwoty). Zaletą (ale również i wadą) przy tak niewielkim koszcie postępowania, może być to, że przedmiotem rozpoznania będą również pretensje oczywiście nieuzasadnione, które nigdy nie powinny być w jego toku rozpoznawane.

Dotychczas obowiązujące regulacje w zakresie postępowania przed Komisjami, chociaż o wiele bardziej precyzyjne i szczegółowe, pozostawały całkowicie niewykonalne z uwagi na brak obowiązku przedstawienia przez podmiot leczniczy konkretnej minimalnej kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia. W praktyce prowadziło to do sytuacji, w których podmioty proponowały kwoty rzędu kilkuset złotych (lub nawet mniej), uznając że tak dalece nie zgadzają się z rozstrzygnięciem wydanym przez Komisję, iż nie ma możliwości przedstawić propozycji w wyższej kwocie.

Dodatkowo brak jakiegokolwiek przełożenia orzeczeń wydawanych przez Komisję na późniejszy ewentualny proces cywilny bądź karny (który musiał być prowadzony niejako od początku) oraz brak związania sądu jakimkolwiek rozstrzygnięciami powodował, że orzeczenia Komisji nie rozwiązywały w rzeczywistości sporu między uczestnikami postępowania, nie mając wpływu na dalsze etapy dochodzenia roszczeń.

Na marginesie już można tylko dodać, wobec nadchodzącego zmięczenia tej koncepcji, że również skład Komisji i jej kompetencje do wydawania orzeczeń niejednokrotnie pozostawiały wiele wątpliwości, jak na przykład w sytuacji, w której w sprawach z zakresu ginekologii i położnictwa w wydaniu orzeczenia brali udział nefrolog, ortopeda lub laryngolog.

Analizując natomiast nową koncepcję świadczeń kompensacyjnych jako pierwsze słabe ogniwo w oczy rzuca się centralizacja podejmowania w tym zakresie rozstrzygnięć – oto sprawy weryfikowane dotychczas przez Komisje z 16 województw (przy każdym Urzędzie Wojewódzkim) zostały przekazane do jednego podmiotu – Rzecznika Praw Pacjenta.

Założenia przyjmują, iż sprawy będą analizowane przez specjalny Zespół (którego członkowie zostali w połowie października 2023 roku imiennie powołani), jednakże przyjęcie że wnioski z całego kraju będą rozpatrywane wyłącznie w jednym miejscu (przy Rzeczniku), nie pozwala na podtrzymanie optymistycznych założeń o szybkim podejmowaniu decyzji. Powyższe pozostaje o tyle uzasadnione, gdyż nawet obecnie, przy założeniu, że dotychczas funkcjonujące Komisje miały wydawać rozstrzygnięcia maksymalnie w 4 miesiące, zdarzało się, iż i po 3 latach sprawa nadal nie „dojrzała do orzekania”.

Dodatkowo całkowicie pominięty zostaje w nowym postępowaniu podmiot leczniczy, który oprócz etapu złożenia wyjaśnień – o ile zostanie o nie poproszony – nie ma żadnej możliwości uzyskania informacji ani obrony swojego stanowiska do czasu podjęcia przez Rzecznika decyzji o wypłacie świadczenia kompensacyjnego – bo tylko wówczas zostanie zawiadomiony o decyzji.

Z założenia przepisy obu tych regulacji przewidywały, że mają one skrócić czas oczekiwania na rozpoznanie zgłoszonego przez pacjenta żądania, nie przesądzając o winie podmiotu i pozwalając na ugodowe zakończenie sporu dodatkowo połączone z uzyskaniem przez pacjenta świadczenia rekompensującego.

Praktyka niemalże 10 lat funkcjonowania Komisji pokazała, iż nic z tego nie wyszło, a postępowania zakończone wypłatą jakiegokolwiek świadczenia to raczej pojedyncze i wyjątkowe przypadki niż reguła. W efekcie mniej więcej połowa spraw w których Komisje wydały orzeczenia o zdarzeniach medycznych i tak kończyła się w sądzie, gdzie całość postępowania prowadzona była od samego początku raz jeszcze, a powołani w sprawie biegli sądowi (już z adekwatnej dziedziny w odniesieniu do przedmiotu sprawy) potrafili niejednokrotnie wydać opinie całkowicie odmienne od ustalonych przez Komisję zdarzeń medycznych, co wprost przekładało się na wyroki oddalające powództwa.

Również na gruncie znowelizowanych przepisów nie jest trudno wyobrazić sobie sytuację, w której Rzecznik wydaje decyzję o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego, jednakże pacjent nie zgadzając się z jego wysokością, decyduje się odmówić i rozpocząć od nowa postępowanie przed sądem – oczywiście już w treści samego powództwa wskazując, iż Rzecznik świadczenie przyznał, tylko w zbyt małej wysokości.

Niewątpliwie minusem nowych regulacji jest na obecnym etapie ich nieprecyzyjność, a wręcz ogólnikowe podejście do szeregu elementów postępowań.

Brak rozporządzeń wykonawczych (a zauważyć należy, iż nawet w przypadku Komisji przez 10 lat jej funkcjonowania nie udało się wydać wszystkich zaplanowanych) już na obecnym etapie uniemożliwia precyzyjną ocenę planowanej procedury, a wręcz każe mieć znaczące wątpliwości co do prawidłowości jej funkcjonowania.

Jednocześnie, wobec tak enigmatycznych zapisów i przy braku możliwości dokładnego prześledzenia przebiegu prowadzonego postępowania (podmiot leczniczy nie będzie jego stroną), nie jest możliwe dokonanie oceny czy będzie ono na gruncie planowanych regulacji prowadzone rzetelnie i z uwzględnieniem również stanowiska podmiotu, a nie tylko w celu zaspokojenia roszczeń zgłaszanych przez pacjenta.

Niewątpliwie na obecnym etapie nie jest możliwa precyzyjna ocena wprowadzonych regulacji i ich założeń. Dopiero praktyka pozwoli na udzielenie odpowiedzi, czy była to zmiana na lepsze.

3.3. Postępowanie w sprawie naruszenia praw pacjenta

r. pr. Mateusz Niewiński

Do kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta należy też prowadzenie postępowań wyjaśniających w indywidualnych sprawach.

Pacjent, którego prawa zostały naruszone, może zwrócić się do Rzecznika o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego. Postępowanie takie jest wszczynane jeżeli Rzecznik poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta. Stosowny wniosek winien przy tym zawierać oznaczenie wnioskodawcy, oznaczenie pacjenta, którego sprawa

dotyczy oraz zwięzły opis stanu faktycznego (art. 50 ust. 1 u.p.p.). Wniosek kierowany do Rzecznika jest wolny od wszelkich opłat (art. 50 ust. 2 u.p.p.), a wspomniane postępowanie może zostać przez Rzecznika wszczęte również z jego inicjatywy, gdy tylko poweźmie on informacje co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta (art. 50 ust. 3 u.p.p.).

Z powyższego wynika, że wnioskodawcą może być każdy, również osoba, której prawa nie zostały wprawdzie naruszone, ale występuje ona w interesie innej osoby.

Powołane przepisy określają jedynie minimum formalne, które jest niezbędne dla rozpatrzenia sprawy przez Rzecznika, tj. oznaczenie wnioskodawcy (imię i nazwisko oraz dane kontaktowe), oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy (przynajmniej imię i nazwisko) oraz zwięzły opis stanu faktycznego w sprawie⁴.

3.3.1. Wniosek

Złożenie wniosku do Rzecznika jest łatwe, a dostęp do niego swobodny. Nie jest wymagane zachowanie jakichkolwiek form proceduralnych. Formalne wymagania stawiane wnioskowi inicjującemu postępowanie sprowadzone są do minimum. Wniosek może być złożony w formie pisemnej, elektronicznej czy chociażby ustnej (wówczas sporządza się tylko protokół przyjęcia wniosku). Unormowania nie wymagają nawet tego, aby wniosek był podpisany, szczególnie jeśli z jego treści wynika, kto jest wnioskodawcą i w czyjej sprawie występuje. W złożeniu wniosku nie jest konieczna też ani potrzebna pomoc adwokata czy radcy prawnego. Obojętne w przypadku działania z urzędu przez Rzecznika są zarówno forma, jak i źródło informacji. Przyjmuje się bowiem, że mogą to być ustalenia własne, informacje telefoniczne, pisemne, zawiadomienia osób postronnych, posłów, senatorów, instytucji i organizacji państwowych, społecznych i samorządowych, osób prawnych, a także doniesienia medialne. Podjęcie przez Rzecznika postępowania następuje w przypadku, gdy zebrane materiały wskazują na co najmniej uprawdopodobnione naruszenie praw pacjenta, zaś samo uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta jest przesłanką obligatoryjną, warunkującą wszczęcie postępowania. W przypadku braku dowodów zgłoszony wniosek powinien dać Rzecznikowi co najmniej przekonanie, że nastąpiło naruszenie, a więc musi ono zachować walory wiarygodności, aby w świetle reguł logiki i doświadczenia życiowego można je było uznać za prawdziwe. W uzasadnieniu pisma kierowanego do Rzecznika wnioskodawca powinien więc przedstawić i należycie uzasadnić twierdzenia, które stanowią podstawę faktyczną i prawną do wszczęcia postępowania wyjaśniającego⁵.

Instytucję uprawdopodobnienia, o której mowa jest powyżej, należy odróżnić od instytucji udowodnienia. Ta pierwsza odnosi się do sytuacji, w których ustawa procesowa nie wymaga ustalenia twierdzeń o faktach przy pomocy dowodów, lecz zadawała się mniejszym stopniem pewności. Uprawdopodobnienie, w odróżnieniu od dowodu, nie daje zatem pewności co do prawdziwości twierdzenia o istnieniu konkretnego zdarzenia, ale sprawia, że twierdzenie to staje się prawdopodobne⁶. Uprawdopodobnienie oznacza uzasadnienie zgłoszonych twierdzeń,

⁴ L. Bosek (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020.

⁵ D. Karkowska, G. Błażewicz [w:] E. Bielak-Jomaa, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmiecik, A. Nowak, D. Karkowska, G. Błażewicz, Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2021, art. 50.

⁶ Postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 8 lipca 2021 roku, sygn. akt: XXVIII C 8434/21 (niepubl.).

dające takie przekonanie o ich prawdopodobieństwie, a nawet pewność, będące wynikiem postępowania, zmierzającego do poznania rzeczywistości, ale bez zachowania szczegółowych przepisów o postępowaniu dowodowym⁷. W miejscu tym należy tylko dodać, że omawiane uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta obliuguje Rzecznika do wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

3.3.2. Podjęcie sprawy

Rzecznik, po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem, może podjąć sprawę (art. 51 pkt 1 u.p.p.), poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych (pkt 2), przekazać sprawę według właściwości (pkt 3) albo nie podjąć danej sprawy (pkt 4). O swojej decyzji Rzecznik każdorazowo zawiadamia wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy.

Rzecznik podejmując sprawę może albo samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające (art. 52 ust. 1 pkt 1) albo też zwrócić się o zbadanie sprawy lub jej części do właściwych organów, w szczególności organów nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej, zgodnie z ich kompetencjami (pkt 2).

W doktrynie przyjmuje się, że do swobodnego uznania Rzecznika należy wybór, czy będzie on prowadził postępowanie wyjaśniające samodzielnie, czy też przekaze sprawę lub jej część do innego organu władzy publicznej. Z zasady subsydiarności wynika jednak, że powinien on interweniować osobiście tylko w takiej sytuacji, w których odpowiednich działań nie może podjąć właściwy organ państwa⁸.

Prowadząc samodzielnie postępowanie wyjaśniające Rzecznik ma prawo (zgodnie z art. 52 ust. 2 u.p.p.):

- 1) zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu (pkt 1);
- 2) żądać złożenia wyjaśnień oraz zapewnienia dostępu do dokumentów, przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (pkt 1a);
- 3) żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez naczelne i centralne organy administracji państwowej, organy administracji rządowej, organy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych, oraz organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych oraz samorządów zawodów medycznych (pkt 2);
- 4) żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez sądy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz żądać do wglądu w biurze akt sądowych i prokuratorskich oraz akt innych organów ścigania, po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia (pkt 3);
- 5) zlecać sporządzanie ekspertyz i opinii (pkt 4).

⁷ Postanowienie Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 13 lutego 2012 roku, sygn. akt: I ACz 270/12, LEX nr 1111997.

⁸ L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020.

Trafnie zauważa się, że określona powyżej kompetencja do żądania wyjaśnień została uregulowana w sposób raczej szczątkowy. Nie jest bowiem jasne, czy adresat żądania (np. lekarz podejrzewany o naruszenie praw pacjenta) ma obowiązek złożenia wyjaśnień, a jeśli tak, to czy może ponieść jakieś konsekwencje za odmowę współpracy. Sam fakt posłużenia się przez ustawodawcę pojęciem „wyjaśnień” nasuwa skojarzenie z wyjaśnieniami oskarżonego w postępowaniu karnym. Osoba składająca fałszywe wyjaśnienia przed Rzecznikiem nie podlega jednak odpowiedzialności karnej – prawo karne należy interpretować ściśle, a ono przewiduje karę wyłącznie za składanie fałszywych zeznań w postępowaniu sądowym lub innych postępowaniach prowadzonych na podstawie ustawy. Trzymając się analogii z prawa karnego, należy domniemywać, że podobnie jak oskarżony może odmówić składania wyjaśnień, tak również osoba wezwana do wyjaśnień przez Rzecznika będzie mogła odmówić współpracy. Jedyną sankcją za odmowę lub składanie fałszywych wyjaśnień przed Rzecznikiem może być odpowiedzialność dyscyplinarna, która dotyczy zawodów zaufania publicznego, w tym lekarzy. Świadome okłamywanie Rzecznika może przy tym stanowić delikt dyscyplinarny jako zachowanie podważające zaufanie do zawodu. Z kolei w przypadku organów administracji publicznej (państwowej i samorządowej), organów samorządów zawodów medycznych, a nawet organów organizacji pozarządowych Rzecznik może żądać przedstawienia akt sprawy. Natomiast w przypadku sądów, prokuratury oraz innych organów ścigania jego kompetencja ogranicza się zasadniczo do żądania przedłożenia samej informacji na temat prowadzonej sprawy. Dopiero po zakończeniu postępowania i wydaniu rozstrzygnięcia Rzecznik może żądać wglądu do akt sądowych i prokuratorskich na miejscu. Chociaż komentowany przepis nie przewiduje żadnych ograniczeń co do zakresu żądanych informacji, to należy go interpretować z poszanowaniem przepisów odrębnych, zwłaszcza o ochronie informacji niejawnych. Przepis ten nie określa również zakresu spraw, wobec których Rzecznik może korzystać z kompetencji określonej w art. 52 ust. 2 u.p.p., ale należy przyjąć, że powinny one wiązać się przynajmniej w luźnym stopniu z ochroną praw pacjenta określonych w u.p.p. lub przepisach odrębnych⁹.

3.3.3. Rozstrzygnięcie

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, Rzecznik może podjąć trojaki rodzaj działania.

Po pierwsze, Rzecznik może wyjaśnić wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, że nie stwierdził naruszenia praw pacjenta (art. 53 ust. 1 pkt 1 u.p.p.). W takim przypadku Rzecznik o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta informuje także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego zarzut naruszenia tych praw dotyczył (art. 53 ust. 2 u.p.p.). W tej sytuacji wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy (art. 53 ust. 3 u.p.p.), zaś w przypadku utrzymania w mocy rozstrzygnięcia Rzecznika wydanego po rozpatrzeniu tego wniosku, wnioskodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 53 ust. 3a u.p.p.).

W miejscu tym należy podkreślić, że przysługujący stronie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy został określony w k.p.a., do którego zresztą w art. 54 odsyła u.p.p. Przepisy komentowanej ustawy stanowią *lex specialis* w stosunku do przepisów tego kodeksu. Mając na względzie zatem zasadę *lex specialis derogat legi generali* trzeba podkreślić, że ustawa

⁹ *Ibidem*.

ta ogranicza możliwość złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy tylko do rozstrzygnięć, w których nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta i to tylko przez podmiot będący stroną postępowania wyjaśniającego, czyli pacjenta lub działającego w jego imieniu wnioskodawcy¹⁰. Konsekwencją prawną odpowiedniego tylko stosowania przepisów k.p.a. do postępowań wyjaśniających uregulowanych w komentowanej ustawie, jest pierwszeństwo regulacji tego postępowania u.p.p.¹¹.

Po drugie, Rzecznik (w przypadku stwierdzenia uchybień) może skierować wystąpienie do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta, jednak wystąpienie takie nie może naruszać niezawisłości sędziowskiej (art. 53 ust. 1 pkt 2 u.p.p.).

Po trzecie, Rzecznik może w końcu zwrócić się do organu nadrzędnego nad jednostką, do której zostało skierowane wyżej wspomniane wystąpienie, z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa (art. 53 ust. 1 pkt 3 u.p.p.).

W swoim wystąpieniu Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych (art. 53 ust. 4 u.p.p.). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku. W przypadku gdy Rzecznik nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa (art. 53 ust. 5 u.p.p.).

W orzecznictwie przyjmuje się przy tym, że nawet w przypadku stwierdzenia przez Rzecznika naruszenia praw pacjenta jego wystąpienia, zgodnie z art. 53 ust. 1 pkt 2 i 3 u.p.p., do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta, czy też do organu nadzorczego nad tymi jednostkami, nie ma charakteru władczego rozstrzygnięcia, decydującego o prawach i obowiązkach zindywidualizowanego podmiotu. Ustawa w zakresie prowadzonego w trybie przepisów art. 50-53 postępowania wyjaśniającego co do naruszenia praw pacjenta nie przewiduje bowiem w żadnym przypadku wydania stosownych aktów administracyjnych o charakterze władczym, w przeciwieństwie do prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów uregulowanego w rozdziale 13 u.p.p. Zgodnie z przepisami tego rozdziału Rzecznik Praw Pacjenta wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania w tych sprawach, a także określone decyzje, tak co do kwestii proceduralnych, jak i merytorycznych¹².

Tymczasem stanowisko Rzecznika (art. 53 ust. 1 pkt 2 u.p.p.) nie jest decyzją administracyjną ani zaskarżalnym postanowieniem administracyjnym. Podstawa prawna wydania przedmiotowego stanowiska nie przewiduje wydania aktu administracyjnego o charakterze władczym. Przedmiotowe pismo jest pismem wyłącznie informującym o stwierdzeniu naruszeniu praw pacjenta, które nie posiada jednak cech charakterystycznych dla decyzji administracyjnej¹³.

¹⁰ D. Karkowska, G. Błażewicz [w:] E. Bielak-Jomaa, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmiecik, A. Nowak, D. Karkowska, G. Błażewicz, Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2021, art. 53

¹¹ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2019 roku, sygn. akt: II OSK 2989/19, LEX nr 2774697.

¹² Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 grudnia 2013 roku, sygn. akt: I OSK 1161/12, LEX nr 1460784.

¹³ Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 maja 2018 roku, sygn. akt: II OSK 1258/18, LEX nr 2525797.

Jak podnosi się w doktrynie i judykaturze wystąpienie Rzecznika ma charakter postulatywny, nie powoduje automatycznego wdrożenia odpowiednich procedur, ale może je przyspieszyć¹⁴.

Co do zasady wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 53 ust. 1 pkt 2 u.p.p., nie zawiera rozstrzygnięcia o prawach i obowiązkach adresata wystąpienia, lecz ma jedynie charakter opiniodawczo-wnioskujący. Ustrojowa pozycja Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie spraw indywidualnych sprowadza się do występowania do określonych organów i instytucji z wnioskami lub żądaniem podjęcia określonych czynności lub przeprowadzenia odpowiedniego postępowania w celu ochrony praw pacjentów. Czynności te mają zasadniczo charakter postulatywny i nie stanowią aktów lub czynności rozstrzygających o prawach i obowiązkach indywidualnych podmiotów. Dopiero postępowania zainicjowane tymi wnioskami i żądaniem mogą zakończyć się rozstrzygnięciem innych organów, które mogą podlegać zaskarżeniu na zasadach określonych w odrębnych przepisach (w przypadku chociażby sankcji służbowych lub postępowania dyscyplinarnego). Dlatego też tego rodzaju, niewiążące inicjatywy procesowe Rzecznika nie podlegają kognicji sądów administracyjnych, co nie oznacza, że przepisy ustawy nie przewidują możliwości złożenia skargi w określonych postępowaniach prowadzonych przez ten organ (co ma miejsce w przypadku prowadzenia postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów)¹⁵.

W tym kontekście należy wskazać, że odpowiednie stosowanie do omawianego postępowania wyjaśniającego, prowadzonego przed Rzecznikiem w trybie art. 50-53 u.p.p., przepisów k.p.a. nie oznacza jeszcze, że aktywności Rzecznika w postaci wystąpień i wniosków (art. 53 ust. 1 pkt 2 i 3 u.p.p.) podlegają kognicji sądów administracyjnych. Co do zasady bowiem w toku prowadzonego przed Rzecznikiem postępowania wyjaśniającego zaskarżalne jest jedynie jego stanowisko o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta (wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy i skarga do sądu administracyjnego), a sam wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przysługuje jedynie pacjentowi lub działającemu w jego imieniu wnioskodawcy.

Znamienne jest przy tym, że o ile wspomniane wystąpienia i wnioski (w sytuacji stwierdzenia naruszenia praw pacjenta) oraz formułowane wraz z nimi postulaty czy zalecenia, mogą co do zasady przybierać postać kategorięcznych i daleko idących oczekiwań Rzecznika, o tyle już w praktyce nie został on wyposażony w narzędzia pozwalające mu na egzekwowanie postulowanych przezeń działań względem adresatów jego wystąpień i wniosków.

¹⁴ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 7 grudnia 2021 roku, sygn. akt: II GSK 2224/21, LEX nr 3291058.

¹⁵ Postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 1 marca 2013 roku, sygn. akt: VII SA/Wa 2759/12, LEX nr 1451337.

4. Postępowanie cywilne

r. pr. Magdalena Cieślińska-Dopierała

adw. Jakub Wiczerzak

W sytuacji nieuzyskania przez osobę poszkodowaną satysfakcjonującego ją rozstrzygnięcia na etapie postępowania przedsądowego, przysługuje jej uprawnienie skierowania sprawy na drogę sądową.

Postępowania cywilne stanowią najczęstszy sposób dochodzenia przez pacjentów roszczeń z tytułu błędów medycznych. Choć w ujęciu formalnym są one kwalifikowane jako zwykłe postępowania o zapłatę, w praktyce cechują się daleko idącymi odmiennościami od typowej sprawy o zapłatę należności z faktury.

Na gruncie praktyki sądowej utarł się model postępowania cywilnego w sprawie błędu medycznego, w którym w pierwszej kolejności dochodzi do zebrania dokumentów, w tym w szczególności dokumentacji medycznej oraz ustalenia, gdzie i w jakich okolicznościach pacjent uzyskiwał świadczenia zdrowotne. W drugiej kolejności sąd przesłuchuje zawnioskowanych przez strony świadków. W trzeciej natomiast, w oparciu o cały, zgromadzony już materiał dowodowy, prowadzone są ewentualne dowody z opinii biegłych odpowiednich specjalności.

Niewątpliwą wadą spraw o błędy medyczne jest czas trwania postępowania. Sprawy te niejednokrotnie – i to wyłącznie na etapie postępowania przed sądem pierwszej instancji – potrafią bowiem toczyć się wiele lat.

W toku postępowań o błędy medyczne szczególnie doniosła jest rola personelu medycznego, który udzielał pacjentowi świadczeń zdrowotnych, dokumentował przebieg leczenia w dokumentacji medycznej, a w toku samego postępowania zeznaje w charakterze świadków. Treść zeznań personelu medycznego może mieć przy tym znaczny wpływ na merytoryczną ocenę prawidłowości prowadzonego procesu leczenia.

Warto zauważyć, iż skierowanie sprawy na drogę sądową, w przeciwieństwie do działań podejmowanych w ramach postępowania przedsądowego, związane jest z koniecznością ponoszenia wysokich kosztów sądowych, w tym kosztów opłaty sądowej od pozwu (której wysokość uzależniona jest od wartości przedmiotu sporu), kosztów stawienia świadków, kosztów opinii biegłych czy też kosztów zastępstwa procesowego, gdy pozwanego reprezentuje profesjonalny pełnomocnik.

4.1. Członkowie personelu medycznego jako świadkowie w postępowaniu cywilnym

adw. Jakub Wiczerzak

Rozpatrując kwestię składania przez osoby wykonujące zawody medyczne zeznań w postępowaniu cywilnym, w pierwszej kolejności zwrócić należy uwagę na zagadnienie najistotniejsze, czyli na tajemnicę medyczną. Zasadniczym bowiem ogranicznikiem w zakresie składania zeznań przed sądem pozostaje to, czy wolno jest daną informację ujawnić, czy też pozostaje to niedopuszczalne. Dopiero przez pryzmat prawa pacjenta do tajemnicy i korespondującego z nim obowiązku jej zachowania, można zatem rozstrzygnąć zakres i samą dopuszczalność zeznań, a w konsekwencji prawa i obowiązki lekarza jako świadka. W dalszej kolejności można rozpatrywać zasady w zakresie odpowiadania na pytania oraz zasady odmowy udzielenia odpowiedzi, jak też szczególne przypadki zachowania w określonych sytuacjach procesowych.

4.1.1. Tajemnica medyczna

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.

Zachowanie tajemnicy medycznej stanowi fundament dla zaufania między pacjentem a sprawującym nad nim opiekę personelem medycznym. Brak takiego zaufania może prowadzić do zebrania niekompletnego wywiadu albo wręcz uzyskania informacji nieprawdziwych, co z kolei będzie przekładało się na nietrafną diagnozę, a w konsekwencji może prowadzić do wdrożenia nieadekwatnego leczenia. Kwestia tajemnicy medycznej ma zatem charakter nie tyle nawet doniosły, co fundamentalny przy wykonywaniu zawodu medycznego.

O jej roli świadczy nie tylko ujęcie jej już w treści przysięgi Hipokratesa, ale również stosunkowo wczesne wprowadzenie jej jako normy ustawowej do polskiego porządku prawnego. Już w art. 11 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 roku w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim (Dz. U. nr 105, poz. 762) czytamy: *Lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu*. Trzeba tu zauważyć, że ustawa ta liczyła jedynie 26 artykułów, zaś regulacja tajemnicy stanowiła w istocie jedyną regulację, która pełniła tego rodzaju gwarancyjną funkcję dla pacjentów. Ustawa nie przewidywała bowiem obowiązku realizowania praw pacjentów, uznawanych obecnie za fundamentalne, czyli prawa do informacji, czy też prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Uchylenie ustawy z 1921 roku nastąpiło mocą rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 roku o wykonywaniu praktyki lekarskiej (rozporządzenie z mocą ustawy, Dz. U. nr 81, poz. 712), jednak regulacja w przedmiocie obowiązku zachowania tajemnicy zachowała

w niej swoją istotę, bowiem stosownie do art. 15 ust. 1 rozporządzenia: *Lekarz obowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powyżmie wiadomość podczas i wskutek wykonywania swego zawodu*. Również na gruncie tego rozporządzenia po raz pierwszy wprowadzono załączek prawa pacjenta do wyrażenia zgody – zaraz obok prawnego uregulowania zabiegów spędzania płodu.

Trzeba w tym miejscu odnotować, że już w okresie międzywojennym dostrzeżono też rolę obowiązku zachowania tajemnicy przez pielęgniarki. Już bowiem na gruncie ustawy z dnia 21 lutego 1935 roku o pielęgniarstwie (Dz. U. nr 27, poz. 199) przyjęto, że: *Pielęgniarka obowiązana jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym się dowie w związku z wykonywaniem praktyki pielęgniarstwa*. Regulacja ta przetrwała bez zmian przez 61 lat obowiązywania ustawy. Na marginesie (i z pewną dozą nostalgii) trzeba odnotować, że powyższa ustawa o pielęgniarstwie była nowelizowana jedynie dwukrotnie. Dla porównania można wskazać, że obecnie obowiązująca ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej podlega nowelizacjom i zmianom od dwóch do siedmiu razy w ciągu każdego roku obowiązywania.

Co ciekawe, uregulowanie działalności zawodowej położnych, dokonane rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku o położnych (rozporządzenie z mocą ustawy, Dz. U. z 1934 roku, nr 5, poz. 41) nie przewidywało, aby obowiązkiem zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie były objęte położne.

Po zakończeniu wojny, nowa władza nie poświęciła jednak uwagi pielęgniarkom i położnym i pozostawiła regulacje wykonywania tych zawodów w zasadzie bez zmian. Natomiast rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 1932 roku utrzymało się w mocy do roku 1950, kiedy to uchwalona została ustawa z dnia 28 października 1950 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. nr 50, poz. 458). Zgodnie z treścią art. 14 ust. 1 tego aktu prawnego: *Lekarz obowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powyżmie wiadomość w związku z wykonywaniem zawodu*. Pomimo zmiany ustroju, diametralnej zmianie nie uległa treść przepisów, regulujących dopuszczalne przypadki ujawnienia tajemnicy lekarskiej. Ówczesny ustawodawca nie przewidział również tego, aby pacjentom przysługiwały prawa wykraczające poza prawo do wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu operacyjnego, prawo do zachowania informacji w tajemnicy i ograniczone prawo do przerwania ciąży. Przez 47 lat obowiązywania ustawy regulacja tajemnicy lekarskiej poddana została jedynie kosmetycznym zmianom, i to nie co do samej jej istoty, ale jedynie co do przesłanek jej ewentualnego ujawnienia.

Uchwalenie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 roku, nr 28 poz. 152), która obowiązuje do dnia dzisiejszego pod zmienionym tytułem, nie doprowadziło do zmiany fundamentalnej treści tajemnicy lekarskiej – stosownie do art. 40 ustawy nadal: *Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu*. Pomimo kilkudziesięciu nowelizacji ustawy, dokonanych na przestrzeni 25 lat jej obowiązywania, istota prawa do zachowania w tajemnicy nie uległa zmianie. A trzeba zaznaczyć, że (inaczej niż omawiane wcześniej akty prawne) ustawa o zawodzie lekarza, obecnie nazywana ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, doznawała częstych i głębokich zmian, zaś jej objętość wzrosła **pięciokrotnie** przez cały okres jej obowiązywania. Nie jest przedmiotem niniejszej publikacji ocena zmian techniki prawodawczej na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat, wszelako nie sposób nie dostrzec, że postępujące skomplikowanie i wzrost obszerności obowiązujących przepisów nie ułatwia ich stosowania – i to nawet osobom, zajmującym się tym zawodowo.

Niezależnie od utrwalonej regulacji tajemnicy lekarskiej, stopniowo do porządku prawnego wprowadzano obowiązki zachowania tajemnicy przez osoby wykonujące inne zawody medyczne. Zauważyć można prawidłowość, zgodnie z którą wraz z wyodrębnianiem i usamodzielnianiem się poszczególnych zawodów medycznych, w odniesieniu do każdego z nich tworząco przynajmniej zręby odrębnych zasad zachowania w tajemnicy informacji, dotyczących pacjenta. Nadto, w roku 2008, wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (wówczas Dz. U. z 2009 roku, nr 52, poz. 417), wprowadzono odrębne prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy dotyczących go informacji, skorelowane z obowiązkiem zachowania tej tajemnicy przez wszystkie osoby, wykonujące zawody medyczne.

Obecnie zatem istnieją równoległe regulacje, dotyczące:

- 1) prawa pacjenta do tajemnicy **medycznej** i obowiązku jej zachowania, uregulowane w art. 13 i 14 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2023, poz. 1545 ze zmianami),
- 2) tajemnicy **lekarskiej**, uregulowanej w art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1516 ze zmianami),
- 3) tajemnicy **pielęgniarskiej**, uregulowanej obecnie w art. 17 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2022 roku, poz. 2702 ze zmianami), obejmującej obecnie również położne,
- 4) tajemnicy **fizjoterapeuty**, wynikającej z art. 9 ustawy z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 1213 ze zmianami),
- 5) tajemnicy **diagnostycznej**, uregulowana w art. 24 ustawy z dnia 15 września 2022 roku o medycynie laboratoryjnej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 2125 ze zmianami),
- 6) szczególnej tajemnicy **w zakresie ochrony zdrowia psychicznego**, uregulowanej w przepisach art. 50-52 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. z 2022 roku, poz. 2123 ze zmianami);
- 7) tajemnicy **psychologicznej**, wynikająca z art. 14 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (tekst jednolity Dz. U. z 2019 roku, poz. 1026 ze zmianami), przy czym zauważyć należy, że psychologia nie jest kwalifikowana w ogóle jako nauka medyczna, a jako jedna z dyscyplin nauk społecznych, obok zarządzania, ekonomii czy prawa¹⁶.

Odrębnej regulacji tajemnicy nie znajdziemy natomiast w odniesieniu do **ratowników medycznych**. Okoliczność ta budzi zaskoczenie o tyle, że ustawa z dnia 1 grudnia 2022 roku o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 roku, poz. 2187 ze zmianami) została uchwalona jedynie w trzy miesiące po ustawie o medycynie laboratoryjnej, w której ujęty został obowiązek zachowania tajemnicy diagnostycznej. Być może stanowi to pewną niekonsekwencję po stronie Ustawodawcy. Nie ma jednak wątpliwości co do tego, że również ratownicy medyczni są obowiązani do zachowania tajemnicy – i to na mocy samej ustawy o prawach pacjenta. W konsekwencji zakwestionować wypada racjonalność

¹⁶ Nie oceniając poprawności takiego zakwalifikowania psychologii na gruncie rozporządzenia Ministra Edukacji i nauki z dnia 11 października 2022 roku w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz. U. poz. 2202) trzeba jednak zauważyć, że psychologów można kwalifikować jako osoby wykonujące zawody medyczne, bowiem wykonywanie przez nich zawodu może mieścić się w definicji art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zaś same usługi psychologiczne często będą mieścić się w pojęciu świadczeń zdrowotnych w rozumieniu pkt 10 powyższego przepisu. Niestety, jest to kolejny przejaw niejedności polskiego systemu prawnego, którego opracowanie, stosownie do doniosłości, wykracza jednak poza ramy niniejszego opracowania.

wyodrębniania obowiązku zachowania tajemnicy przez reprezentantów poszczególnych grup zawodowych.

Na powyższe regulacje ogólne nakłada się gąszcz przepisów odrębnych przyznających różnym podmiotom i w różnych okolicznościach uprawnienia do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjentów bez ich zgody i spoza dokumentacji medycznej.

Pomimo wszystko, od roku 1921 **nie zmieniła się jednak istota samego obowiązku zachowania tajemnicy**, i to pomimo głębokich przemian społecznych, wojny czy też kolejnych zmian ustroju państwa. Można by zatem twierdzić, że instytucja tajemnicy medycznej jest instytucją tradycyjną, zaś jej wykładnia nie powinna nastroczać daleko idących trudności. Tak jednak nie jest, i to w szczególności w zakresie ujawniania tajemnicy w realiach postępowań sądowych.

4.1.2. Obowiązek udzielania odpowiedzi na pytania oraz odmowa udzielania odpowiedzi

Zasadą w postępowaniu cywilnym jest obowiązek składania zeznań. Jak bowiem wynika z art. 261 § 1 k.p.c., co do zasady nikt nie ma prawa odmówić zeznań w charakterze świadka. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo do sądu, celem złożenia takich zeznań może skutkować nałożeniem na świadka kary porządkowej, a nawet jego przymusowym doprowadzeniem na salę rozpraw. Nawet w przypadku stawiennictwa w sądzie, świadek bezpodstawnie odmawiający składania zeznań może zostać skazany na karę grzywny, a nawet aresztu, który jednak nie może być dłuższy niż jeden tydzień.

W konsekwencji obowiązek składania zgodnych z prawdą zeznań oraz odpowiadania na pytania sądu i stron postępowania **stanowi regułę w postępowaniu cywilnym**. Reguła ta oczywiście może kolidować z fundamentalną regułą prawa medycznego, którą jest obowiązek zachowania w tajemnicy informacji, dotyczących pacjenta. Bezspornie bowiem zachowanie w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta stanowi obowiązek osoby wykonującej zawód medyczny, a co więcej, naruszenie tego obowiązku może skutkować sankcjami finansowymi czy też dyscyplinarnymi.

Reakcją na kolizję powyższych reguł jest przepis art. 261 § 2 k.p.c., w którym czytamy, że świadek może odmówić odpowiedzi na zadane mu pytanie między innymi wówczas, gdy zeznanie miałoby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. Nie oznacza to uprawnienia do ogólnej odmowy składania zeznań. Świadek musi stawiać się na wezwanie sądu, a ewentualnie w toku trwających już zeznań może odmawiać odpowiedzi na poszczególne pytania, powołując się na to, że jej udzielenie narazi na szwank tajemnicę medyczną. Nie będzie w tym zakresie wystarczającym klasyczne już stwierdzenie, że „w odpowiedzi na pytanie odmawia się udzielenia odpowiedzi”, bowiem taka odmowa nastąpi bez powołania się na ryzyko naruszenia tajemnicy.

Odmowa udzielenia odpowiedzi na pytanie zamyka co do zasady możliwość uzyskania informacji objętych tajemnicą przez sąd. W postępowaniu cywilnym nie przewidziano bowiem możliwości zwolnienia świadka przez sąd z obowiązku zachowania tajemnicy. W konsekwencji, sąd nie ma prawa do domagania się udzielenia odpowiedzi od świadka, który odmówił już odpowiedzi na pytanie. Co więcej, w zasadzie sąd powinien pouczyć świadka przed rozpoczęciem

przesłuchania o uprawnieniu do odmowy udzielenia odpowiedzi na pytanie. Praktyka pokazuje jednak, że takie pouczenia są udzielane bardzo rzadko.

Trzeba w tym miejscu mieć na względzie, że omawiana w poprzednim podrozdziale tajemnica medyczna obejmuje wszystkie informacje dotyczące pacjenta, które pozyskane zostały w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Oznacza to, że tajemnicą jest objęty już sam fakt leczenia określonego pacjenta. W konsekwencji, odmowa udzielenia odpowiedzi z powołaniem na istotną tajemnicę zawodową – tajemnicę medyczną – powinna zostać dokonana już w przypadku zadania pytania o to, czy danemu pacjentowi udzielano świadczeń zdrowotnych.

W tym zakresie wyczerpuje się droga przewidziana procedurą cywilną, a otwierają zasady zwolnienia od obowiązku zachowania tajemnicy medycznej, celem umożliwienia osobie wykonującej zawód medyczny złożenie stosownych zeznań.

Nie można oczywiście wykluczyć, że osoba zobowiązana do zachowania tajemnicy medycznej nie powoła się na tę okoliczność i jednak udzieli odpowiedzi na zadane jej pytanie. Takie działanie może zostać uznane za bezprawne i narażać ją jednak na odpowiedzialność odszkodowawczą (i to choćby z tytułu naruszenia dóbr osobistych) jak też odpowiedzialność zawodową.

4.1.3. Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy

Jak wynika z art. 14 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, osoby wykonujące zawód medyczny nie są zobowiązane do zachowania w tajemnicy dotyczących go informacji wówczas, gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Tożsame regulacje zawiera ustawa o zawodzie lekarza. Art. 40 ust. 2 tej ustawy przewiduje jeszcze dodatkowe możliwości ujawnienia tajemnicy, gdy:

- 1) 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;
- 2) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu.

Żadna z przytoczonych powyżej przesłanek nie przewiduje wprost zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy w związku z przesłuchaniem w charakterze świadka w postępowaniu cywilnym. Nie oznacza to jednak, że dowód z zeznań osoby wykonującej zawód medyczny na okoliczności objęte tajemnicą jest w ogóle niemożliwy do przeprowadzenia.

Jak bowiem wynika z przytoczonych regulacji, zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy może zostać dokonane przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, będących przecież dysponentami tajemnicy.

Należy przy tym stanowczo zaznaczyć, że sam fakt wszczęcia postępowania przeciwko podmiotowi leczniczemu (lub nawet osobie wykonującej zawód medyczny) automatycznie zwalnia z obowiązku zachowania tajemnicy.

Wprawdzie w sytuacji sporu z pacjentem trudno jest mówić o istnieniu, czy też potrzebie utrzymania jakiegokolwiek stosunku zaufania. Pozornie odpada w takiej sytuacji aksjologiczne uzasadnienie tajemnicy medycznej. W konsekwencji można niekiedy spotkać pogląd, że sam fakt wszczęcia przez pacjenta postępowania cywilnego przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny zwalnia ją z obowiązku zachowania tajemnicy. Trudno jednak taki pogląd podzielić, bowiem po pierwsze brak jest podstawy ustawowej do jego przyjęcia, po drugie zaś, niewłaściwe i nieuprawnione ujawnienie tajemnicy medycznej w toku postępowania sądowego może doprowadzić do obniżenia zaufania do samej instytucji. W konsekwencji pacjent, poszukując w przyszłości pomocy medycznej może ukrywać istotne z punktu widzenia procesu diagnostycznego okoliczności, co z kolei będzie rzutowało na ewentualną diagnozę i skuteczność prowadzenia procesu leczenia.

W konsekwencji rozpatrzyć należy najbardziej typowe układy procesowe, w których może zachodzić potrzeba przeprowadzenia dowodu z zeznań, mogącego godzić w tajemnice medyczną, a następnie wskazanie najwłaściwszej podstawy zwolnienia z obowiązku jej zachowania.

4.1.4. Składanie zeznań na wniosek pacjenta (dysponenta)

Pierwszym z nich jest wariant, w którym to pacjent wniósł o przeprowadzenie dowodu z zeznań lekarza. Obowiązujące przepisy nie przewidują, w jakiej formie powinno nastąpić zwolnienie depozytariusza z obowiązku zachowania tajemnicy. W konsekwencji należy przyjąć, że czynność taka może dokonać się przez każde zachowanie dysponenta, które w dostateczny sposób ujawnia jego wolę. Bezspornie, złożenie w postępowaniu cywilnym wniosku o przesłuchanie osoby wykonującej zawód medyczny celem wykazania faktów związanych z przebiegiem leczenia dobitnie wskazuje na to, że pacjent rzeczywiście chce, aby dana osoba wykonująca zawód medyczny w istocie ujawniła informacje dotyczące jego stanu zdrowia.

W takim przypadku należy przyjmować, że wniosek pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego), czyli dysponenta tajemnicy medycznej, zwalnia osobę wykonującą zawód medyczny, jako depozytariusza tej tajemnicy, od obowiązku jej zachowania. Konsekwentnie, osoba wykonująca zawód medyczny może w takim przypadku powołać się na obowiązek zachowania tajemnicy medycznej i usiłować uchylić się w taki sposób od odpowiedzi na pytanie, wszelako taka odmowa udzielenia odpowiedzi na pytanie może zostać uznana za nieuzasadnioną w rozumieniu art. 276 § 1 k.p.c. i doprowadzić do nałożenia na świadka stosownej grzywny.

W ocenie autora, jeżeli osoba wykonująca zawód medyczny poweźmie wątpliwość co do tego, czy wnioskujący o przeprowadzenie dowodu z jej zeznań pacjent w istocie zwalnia ją z obowiązku zachowania tajemnicy, winna zwrócić się do pacjenta z zapytaniem, czy rzeczywiście życzy on sobie ujawniania informacji dotyczących jego stanu zdrowia.

Na gruncie obowiązujących przepisów osoba wykonująca zawód medyczny winna baczyć, aby ujawniać tajemnicę jedynie w niezbędnym zakresie. Zważywszy na realia procesu cywilnego osoba taka nie będzie jednak wiedzieć, jaki zakres informacji jest istotny przez pryzmat przedmiotu

postępowania. Może się tego ewentualnie nawet domyślać, ale nie jest jej rolą decydowanie o tym, co jest istotne dla stron postępowania. W konsekwencji w toku zeznań powinna po prostu udzielić odpowiedzi na wszystkie, zadane jej pytania.

Nie można z góry wykluczyć sytuacji, w której pacjent cofnie w toku przesłuchania osoby wykonującej zawód medyczny zgodę na ujawnianie przez nią tajemnicy medycznej. Do takiej decyzji pacjenta trzeba się zastosować, niezależnie od stanowiska pełnomocników, czy nawet sądu. Sam fakt składania zeznań, obejmujących okoliczności dotyczące stanu zdrowia pacjenta jest bowiem uwarunkowany jego wyrażoną i nieodwołaną zgodą. Odwołanie zgody znosi w tym zakresie przesłankę legalizującą ujawnianie tajemnicy medycznej. Trzeba zastrzec, że rolą pełnomocnika przeciwnika procesowego pacjenta (czyli z reguły podmiotu leczniczego) jest w takim przypadku doprowadzenie do wyciągnięcia przez sąd skutków procesowych wobec pacjenta, w tym w szczególności domaganie się uznania przez sąd zakwalifikowania cofnięcia zgody jako stawiania przez niego (jako stronę postępowania) nieuzasadnionej przeszkody w przeprowadzeniu dowodu. Stosownie do art. 233 § 2 k.p.c. może to prowadzić do przyjęcia określonych twierdzeń pacjenta za niewykazane albo przeciwnie, do uznania za wykazane twierdzeń strony przeciwnej pacjentowi.

W praktyce opisywane sytuacje są praktycznie niespotykane, bowiem taktyczne cofnięcie zgody na ujawnienie tajemnicy medycznej np. po przesłuchaniu osoby wykonującej zawód medyczny przez własnego pełnomocnika, a przed przesłuchaniem jej przez pełnomocnika drugiej strony nie tyle mogłoby, co z całą pewnością wywołałoby wrażenie, że pacjent zamierza zataić przed sądem okoliczności, które mogłyby podważać prawdziwość przedstawianej przez niego wersji wydarzeń.

4.1.5. Składanie zeznań na wniosek przeciwnika procesowego pacjenta

Co do zasady przeciwnikami procesowymi pacjentów są podmioty lecznicze, w tym zwłaszcza szpitale. Niejednokrotnie dochodzi również do sytuacji, w której podmiotem pozwanym jest zakład ubezpieczeń, z którym dany podmiot leczniczy zawarł obowiązkową umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zaś podmiot leczniczy występuje w roli procesowej interwenienta ubocznego po stronie pozwanej.

Niezależnie od tego, czy podmiot leczniczy występuje w postępowaniu w roli pozwanego, czy też w roli interwenienta, co do zasady będzie powoływać na świadków członków swojego personelu medycznego, który udzielał pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Trzeba tu zauważyć że podmiot leczniczy (jako instytucja) nie posiada jakiegokolwiek własnej wiedzy o ewentualnych zdarzeniach, które legły u podstaw wytoczenia postępowania cywilnego i może posiłkować się jedynie wiedzą, którą posiadają zatrudnione w nim osoby, wykonujące zawody medyczne. Treść złożonych przez nich zeznań może decydować o wygraniu lub przegraniu przez podmiot leczniczy danego postępowania. Trzeba tu zauważyć, że z reguły zeznającymi będą osoby zatrudnione w oparciu o tzw. umowy kontraktowe, czyli cywilnoprawne umowy o udzielenie zamówienia na udzielenie świadczenia zdrowotnego w rozumieniu art. 26 ustawy o działalności leczniczej. W myśl obowiązujących przepisów, osoby takie odpowiadają solidarnie za szkody, wyrządzone pacjentom w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że jeżeli w toku postępowania cywilnego ujawni się, że ewentualnie doznana przez pacjenta szkoda jest

efektem nieprawidłowości, których mógł się dopuścić personel medyczny, wówczas podmiot leczniczy będzie uprawniony do dochodzenia od jego członków zwrotu stosownej części wypłacanego pacjentowi odszkodowania. Praktyka taka nie jest aktualnie często spotykana, jednak wraz z pogarszającą się kondycją finansową publicznych podmiotów leczniczych oraz znaczącym wzrostem liczby prowadzonych przeciwko nim spraw, jak też zwiększeniem wysokości zasądzanych odszkodowań, występowanie wobec personelu medycznego z roszczeniami regresowymi może stać się praktyką powszechną. Szczegółowe omówienie zarysowanego zagadnienia wymyka się ramom niniejszego opracowania, jednak wynika z niego wniosek, że składając zeznania, osoba wykonująca zawód medyczny może w określonych sytuacjach bronić własnego interesu materialnego przed potencjalnym zagrożeniem.

Z tego pozornie bagatelnego wniosku wynikają doniosłe konsekwencje w zakresie możliwości ujawniania tajemnicy medycznej. O ile bowiem osoba wykonująca zawód medyczny co do zasady nie może zostać zwolniona z obowiązku zachowania tajemnicy przez zatrudniający ją podmiot leczniczy, o tyle broniąc własnych praw, może tajemnice ujawnić – wyłącznie w niezbędnym zakresie oraz wyłącznie celem obrony własnych praw. W praktyce oznacza to, że osoba wykonująca zawód medyczny **może nie powołać się na tajemnicę medyczną** i odpowiedzieć na określone pytania, przy czym z reguły będą to pytania, zadawane jej przez pełnomocnika zatrudniającego ją podmiotu leczniczego. Występujący w roli powoda pacjent nie będzie mógł skutecznie uniemożliwić udzielenia takiej odpowiedzi, zwłaszcza że wszczynając sprawę cywilną z tytułu naruszenia jego praw pacjenta lub błędu medycznego bez wątpienia musiał liczyć się z tym, że w toku wszczętego przez niego postępowania roztrząsany będzie przebieg jego leczenia.

Oczywiście w toku postępowania sądowego osoba wykonująca zawód medyczny, o której przesłuchanie wniósł przeciwnik procesowy pacjenta, może po prostu zostać zwolniona przez pacjenta z obowiązku zachowania tajemnicy, i to zarówno w sposób dosłowny, jak i dorozumiany.

Sposób dosłowny nie budzi tu wątpliwości i zachodzi wówczas, gdy pacjent wprost zwolni oznaczoną osobę wykonującą zawód medyczny (lub wszystkie osoby) z obowiązku zachowania tajemnicy. W takiej sytuacji aktualne pozostają uwagi poczynione w przypadku prowadzenia dowodu z zeznań osoby zobowiązanej do zachowania tajemnicy medycznej na wniosek samego pacjenta, bowiem ich sytuacja co do obowiązku jej zachowania staje się tożsama.

Zwolnienie dorozumiane może zachodzić natomiast wówczas, gdy przeciwnik procesowy pacjenta zawnioskuje o przeprowadzenie dowodu z zeznań określonych depozytariuszy tajemnicy, a pacjent się temu nie sprzeciwi (nie wniesie o pominięcie dowodu z ich zeznań). W tym szczególnym przypadku bierność pacjenta może zostać poczytana jako akceptacja ujawnienia tajemnicy medycznej przez te osoby. Ostatecznie jednak, dysponentem tajemnicy pozostaje sam pacjent. W konsekwencji, jeżeli sprzeciwi się on przeprowadzeniu dowodu z zeznań określonej osoby wykonującej zawód medyczny oraz oświadczy, że nie zwalnia jej z obowiązku zachowania tajemnicy medycznej, wówczas również trzeba będzie stwierdzić, że korzystając z tego uprawnienia tamuje on przeprowadzenie niezbędnego dowodu. Ponownie, może to prowadzić do skutków z art. 233 § 2 k.p.c., tj. do uznania za udowodnione twierdzeń, które przeciwnik procesowy pacjenta chciał wykazać twierdzeniami takiej osoby.

4.1.6. Ujawnienie tajemnicy w postępowaniu, którego nie wszczywał pacjent

W rzadkich przypadkach może zachodzić sytuacja, w której do ujawnienia tajemnicy mogłoby dojść w postępowaniu, którego pacjent w ogóle nie jest stroną. Może to mieć miejsce w przypadku procesów między osobami wykonującymi zawody medyczne lub podmiotami leczniczymi, a publicznym płatnikiem – Narodowym Funduszem Zdrowia.

W takiej sytuacji należy opowiadać się za najdalej idącą ochroną tajemnicy medycznej. Nie ma bowiem wówczas miejsca sytuacja, w której to pacjent wszczął postępowanie, a w konsekwencji musiał liczyć się z tym, że jego stan zdrowia będzie rozpoznawany przez obce mu osoby i niezwiązane z nim instytucje.

W wariantcie optymalnym w tego rodzaju postępowaniach należałoby uzyskać zgody od wszystkich pacjentów, których stan zdrowia miałby być przedmiotem omówienia. W praktyce rozwiązanie takie mogłoby być jednak zupełnie niefunkcjonalne, bowiem przedmiotem sporów z Narodowym Funduszem Zdrowia jest często kwestia udzielenia setek, a niekiedy tysięcy świadczeń zdrowotnych. W tym zakresie należy raczej opowiedzieć się za tym, aby osoby wykonujące zawody medyczne wypowiadały się o samym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, zaś do konkretnych przypadków odnosiły się jedynie wówczas, gdy jest to ściśle niezbędne, i w miarę możliwości bez posługiwania się personaliami pacjentów.

Zasadniczo jednak, podobnie jak w dwóch omawianych wcześniej wariantach, rozwiązaniem optymalnym i niebudzącym wątpliwości będzie składanie zeznań w oparciu o zgodę pacjenta na ujawnienie tajemnicy medycznej. W takim bowiem przypadku dysponent tajemnicy nie będzie miał jakichkolwiek podstaw do zarzucenia jej depozytariuszowi naruszenia obowiązujących przepisów.

4.1.7. Treść zeznań

Odchodząc od zagadnienia samej dopuszczalności składania zeznań w toku postępowania cywilnego należy odnieść się do samej treści składanych zeznań.

Tzw. procesy medyczne są często związane z orzekaniem przez sąd w oparciu o wiedzę specjalną, niedostępną nie tylko laikom, ale często nawet osobom wykonującym zawody medyczne, które nie kształciły się w danej dziedzinie medycyny. Przeprowadzanie dowodu z zeznań osoby wykonującej zawód medyczny, i to prawdopodobnie trudniejszą się właśnie problematyką stanowiącą podstawę prowadzonego postępowania, tworzy natomiast pokusę do nadużycia takiego dowodu.

Zasadą w postępowaniu cywilnym jest bowiem to, że dowód z zeznań świadków prowadzi się celem wykazania określonych faktów, a nie przedstawienia ocen. Ewentualne oceny powinny bowiem zostać dokonane przez biegłych (w zakresie wymagającym wiedzy specjalnej) oraz przez sam sąd (w zakresie prawa). W praktyce jednak granica między faktami a ocenami nie jest precyzyjnie zarysowana, zaś osoba zeznająca jako świadek i posiadająca wiedzę specjalną zawsze będzie zeznawać przez pryzmat tej wiedzy i posiadanego doświadczenia zawodowego. Tworzy to po stronie pełnomocników procesowych (i częstokroć samego sądu) motywację do zadania jej pytań nie o fakty, ale właśnie o oceny tych faktów.

Działanie takie zasadniczo nie powinno mieć miejsca, jednak istnieje wąski margines, w ramach którego świadczeniowi można zadać pytanie, które poprawnie powinno być skierowane do biegłego. Mieszczą się w nim pytania zmierzające nie tyle do ustalenia, jak przebiegało leczenie danego pacjenta, ile do tego, jak zorganizowana jest opieka zdrowotna i udzielanie świadczeń danego rodzaju w jednostce organizacyjnej, w której powodowi udzielano świadczeń zdrowotnych, względnie jak udziela się świadczeń zdrowotnych w przypadkach takich, jak będący przedmiotem danego postępowania. To, czy pytanie takie zostanie zadane poprawnie i nie zostanie uchylone przez sąd, zależy już natomiast od kunsztu zadającego je pełnomocnika.

Trzeba też spostrzec, że pacjenci bardzo często podnoszą w procesach medycznych okoliczności całkowicie niezwiązane z procesem leczenia, sytuujące się wręcz na granicy pomówienia. Tytułem przykładu, mogą podnosić, że „na oddziale było brudno i był on wylęgarnią gronkowca”, opierając się na tym jedynie, że dwa lata przed zdarzeniem, leżącym u podstawy powództwa, kontrola SANEPID-u ujawniła, że w jednej z łazienek na oddziale skończyło się mydło. Takie twierdzenia są oczywiście nielogiczne, jednak nierzadko się pojawiają. Nie ma racjonalnych podstaw do tego, aby chroniąc się przed roszczeniami pacjentów stosować taktykę przeciwną, tj. powodować, że w zeznaniach świadków pojawią się odpowiedzi wskazujące na wysoki standard działalności oddziału czy też znaczne bezpieczeństwo jego pacjentów. Trzeba zauważyć, że takie pytania nie będą w ogóle naruszać tajemnicy informacji, dotyczących pacjenta.

Zarazem opisywane powyżej pytania mogą przybliżyć rozpoznającemu sprawę sądowi realia wykonywania w Polsce działalności leczniczej. Dla osób wykonujących zawody medyczne są one oczywiste i nie wymagają opisywania, jednak dla zgromadzonych wokół zeznającego prawników z pewnością takie nie będą.

4.1.8. Podsumowanie

Zamykając zatem kwestię składania przez osoby wykonujące zawody medyczne zeznań w postępowaniu cywilnym należy wskazać, że sam fakt ich składania prowadzi do ujawnienia tajemnicy medycznej. Rola tej tajemnicy jest całkowicie fundamentalna w relacji z pacjentem. Bez obowiązku zachowania tajemnicy nie można wyobrazić sobie istnienia jakiegokolwiek stosunku zaufania między pacjentem a leczącą go osobą, co z kolei z pewnością może odbić się negatywnie na całym procesie leczenia.

Stąd wskazanym byłoby składanie zeznań na podstawie zezwolenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na ujawnienie tajemnicy. Brak takiej zgody nie musi jednak wyłączać dopuszczalności składania zeznań. W szczególnych przypadkach wyraźny sprzeciw pacjenta wobec ujawnienia dotyczącej go tajemnicy może natomiast skutkować dla niego negatywnymi konsekwencjami procesowymi.

Zaapelować należy, aby osoby wykonujące zawody medyczne zeznawały w postępowaniach, jeżeli jest to dopuszczalne bez ujawnienia tajemnicy. Często ich zeznania stanowią bowiem najskuteczniejszą zaporę przeciwko niejednokrotnie niezasadnym i wygórowanym roszczeniom pacjentów. Zwrócić się też należy, aby w zeznaniach odnosić się do tego, jak wygląda organizacja procesu leczenia, bowiem osoby wykonujące zawody medyczne spotkają się w sądzie z laikami, którzy z reguły widzieli podmiot leczniczy z zewnątrz, niekiedy jako pacjenci, a przez to nie mają

jakiegokolwiek wiedzy, a nawet wyobrażenia na temat tego, jak wygląda np. prowadzenie zabiegu operacyjnego.

4.2. Opinie biegłych w postępowaniu cywilnym

r. pr. Magdalena Cieślińska-Dopierała

W przypadku postępowań w sprawach o błędy medyczne niezwykle istotnym jest dowód z opinii biegłego. Na istotę tego dowodu wskazał Sąd Apelacyjny w Rzeszowie, który uznał, iż: *z istoty i celu dowodu z opinii biegłego wynika, że jeżeli rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii biegłego jest koniecznością. W takim przypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego jeżeli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym*¹⁷.

Podkreślić również należy, iż dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka lub eksperymentem sądowym bez udziału biegłego¹⁸.

Treść opinii biegłego, w szczególności gdy dotyczy oceny postępowania personelu medycznego, co do zasady jest podstawą podejmowanych przez sąd merytorycznych rozstrzygnięć procesowych. Z tego względu niezwykle ważnym aspektem w toku spraw o błąd medyczny jest precyzyjne określenie zakresu wnioskowanej opinii jak i właściwy dobór biegłego, który winien być świadomy spoczywającej na nim odpowiedzialności w zakresie powierzonych mu zadań i obowiązków, a także pełnionej roli procesowej.

Wskazany jest, aby przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego zostało poprzedzone przesłuchaniem powołanych w sprawie świadków, w szczególności lekarzy uczestniczących w procesie leczenia pacjenta, z którym związane jest zgłoszone w sprawie roszczenie, jak i zebraniem dokumentów, w tym dokumentacji medycznej, z których wynikają istotne dla sprawy informacje, wartościowe dla oceny stanu klinicznego chorego i podejmowanych działań diagnostyczno - terapeutycznych z okresu poprzedzającego moment powstania szkody, jak i następującego bezpośrednio po nim.

4.2.1. Powołanie biegłego

Biegły sądowy jest organem pomocniczym sądu powoływanym w postępowaniu przed sądem w sytuacjach wymagających wiadomości specjalnych, których pozyskanie jest istotne dla wyniku rozpatrywanej sprawy.

Biegłym sądowym może być ustanowiona osoba, która korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich, ukończyła 25 lat życia, posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być

¹⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 6 grudnia 2012 roku, sygn. akt: I ACa 373/12, LEX nr 1246797.

¹⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 16 października 2014 roku, sygn. akt: I ACa 394/14, LEX nr 1649286.

ustanowiona, daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego oraz wyrazi zgodę na ustanowienie jej biegłym (§ 12 r.b.s.).

Biegłym może zatem zostać wyłącznie osoba posiadająca wiadomości specjalne. Niezwykle cennym jest by osoba ta legitymowała się nie tylko wiedzą, ale również doświadczeniem i praktyką zawodową.

W kontekście procesów medycznych istotnym jest by biegłym w sprawie nie był lekarz, który brał udział w procesie leczenia poszkodowanego pacjenta. Na przedmiotową kwestię zwrócił uwagę Sąd Najwyższy, który wskazał, że: *osoba, która z racji posiadanych wiadomości specjalnych ma spostrzeżenia niedostępne dla innych osób (np. lekarz leczący chorego), powinna z reguły być słuchana w charakterze świadka, a funkcję biegłego należy powierzyć innej osobie, która z faktami istotnymi dla rozstrzygnięcia sprawy poprzednio się nie zetknęła*¹⁹.

Niejednokrotnie (ze względu na rozwój medycyny) koniecznym jest powoływanie w sprawach biegłych posiadających wiadomości w coraz węższych zakresach danych specjalizacji, aby możliwym było wyjaśnienie skomplikowanych i zaawansowanych technologicznie procedur medycznych, a następnie dokonanie oceny poprawności ich zastosowania oraz przystępne przedstawienie wniosków sądowi.

Biegłego powołuje sąd w drodze postanowienia, najczęściej na wniosek jednej ze stron postępowania. Co do zasady dowód z opinii biegłego zgłaszany jest przez stronę powodową, w celu wykazania dochodzonego roszczenia.

Sąd wydając postanowienie o przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego – według własnego uznania – zleca wykonanie opinii stałemu biegłemu sądowemu wpisanemu na listę biegłych sądowych lub biegłemu ustanowionemu w sprawie doraźnie w tym charakterze do danej sprawy, tzw. biegłemu *ad hoc*. Niejednokrotnie (o ile wymagane jest np. współdziałanie kilku biegłych) opinia może zostać zlecona instytutowi naukowemu lub naukowo – badawczemu.

Biegli sądowi ustanawiani są przy sądzie okręgowym przez prezesa tego sądu. Tryb ustanawiania biegłych, pełnienia przez nich czynności oraz zwalniania ich z tej funkcji regulują przepisy r.b.s.

Z kolei biegli *ad hoc* są osobami spoza listy biegłych sądowych. Powoływani są wówczas, gdy w danej sprawie wymagane są wiadomości specjalne, których posiadanie związane jest najczęściej z ich doświadczeniem zawodowym i posiadanymi umiejętnościami. *Obowiązek sprawdzenia kwalifikacji osoby powołanej w sprawie biegłego spoczywa na sądzie*²⁰. Bezsprorna jest okoliczność, iż niejednokrotnie osoba posiadająca specjalizację w danej dziedzinie medycyny, nie posiada wiedzy we wszystkich jej zakresach. Przykładowo można wskazać, że nie każdy specjalista z dziedziny kardiologii, ma wiedzę i praktykę w zakresie kardiologii interwencyjnej.

Warto podkreślić, iż w przypadku powołania w sprawie biegłego *ad hoc* zobowiązany jest on (przed objęciem funkcji biegłego) do złożenia przysięgi według roty wskazanej w art. 282 § 1 k.p.c.

Aktualnie pozyskanie opinii wydanej przez lekarzy posiadających dorobek zawodowy i naukowy jest istotnie utrudnione. Powołując się na obciążenia naukowe, dydaktyczne i lecznicze osoby te odmawiają wydania opinii w sprawie, także ze względu na obawy związane z koniecznością stawiennictwa w sądzie na rozprawie, czy też poświęcenia dodatkowego czasu na sporządzanie opinii uzupełniającej. Nie bez znaczenia pozostaje kwestia wysokości wynagrodzenia

¹⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 listopada 1976 roku, sygn. akt: I CR 374/76, OSNC 1977, nr 10, poz. 187.

²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 roku, sygn. akt: IV CSK 388/09, LEX nr 1111021.

uzyskiwanego przez biegłych, co z pewnością nie ułatwia pozyskania opinii od wysokiej klasy specjalisty.

Ze względu na interdyscyplinarne problemy coraz częściej w sprawach dotyczących błędów medycznych sporządzenie opinii powierza się instytutowi naukowemu lub naukowo - badawczemu. Często funkcję tę przejmują prywatne podmioty gospodarcze, które gotowe są w krótszym czasie wydać opinie.

W postanowieniu o powołaniu dowodu z opinii biegłego sąd określa zakres opinii i termin jej realizacji. Niezwykle istotnym jest, by sąd precyzyjnie określił tezę dowodową dla biegłego. Dowód z opinii biegłego w sprawie o błąd medyczny winien bowiem zmierzać do ustalenia, czy postępowanie personelu medycznego było prawidłowe, jak również czy podejmowane działania lub zaniechania były zgodne z aktualną (na moment udzielania świadczeń) wiedzą medyczną oraz jakie są ewentualne skutki takich działań czy zaniechań. Biegły jako osoba trzecia, bezstronna ma udzielić sądowi informacji specjalnych, potrzebnych do prawidłowego, rzetelnego rozpoznania sprawy, stąd też nie powinien on odpowiadać na pytania, które zostały ujęte w sposób tendencyjny i mają charakter sugerujący najczęściej, że w sprawie doszło do nieprawidłowości.

4.2.2. Wymogi formalnoprawne opinii sporządzonej przez biegłego

Sporządzona przez biegłego opinia – w zależności od decyzji sądu – ma postać pisemną lub ustną. Co do zasady w pierwszej kolejności opinia sporządzona jest w procesie w formie pisemnej. Dokument ten składa się z następujących części:

- 1) wstępnej,
- 2) opisowo – sprawozdawczej,
- 3) właściwej opinii.

Część wstępna winna zawierać dane dotyczące osoby biegłego, datę i miejsce badania pacjenta, oznaczenie organu na którego zlecenie opinia jest wykonywana wraz z podaniem sygnatury akt, wskazaniem postanowienia będącego podstawą jej wydania, zadań zleconych biegłemu, zakresu materiałów udostępnionych biegłemu celem sporządzenia opinii.

W części opisowo – sprawozdawczej biegły winien przedstawić dokładny i bezstronny opis badania, metody i sprzętu niezbędnego do jego wykonania, a nadto informację o wcześniejszych świadczeniach zrealizowanych u pacjenta.

Właściwa opinia stanowiąca trzecią i ostatnią składową opinii zawiera wnioski z przeprowadzonych badań i analizy przedstawionych biegłemu danych.

Ustalenia zawarte w opinii powinny być proste, krótkie i jasne, logicznie wynikające z dokonanych ustaleń, bez użycia terminologii fachowo – medycznej. Uzasadnienie opinii winno zostać sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały także dla osób nie posiadających wiadomości specjalnych, a w szczególności musi umożliwiać jej sądową kontrolę.

Stanowisko biegłego przedstawione we wnioskach końcowych opinii winno być konsekwencją dokonanej rzetelnej analizy całego zgromadzonego w aktach sprawy materiału dowodowego, w głównej mierze dokumentacji medycznej, przedstawiającej przebieg udzielanych choremu

świadczeń zdrowotnych. Opinia winna zawierać odpowiedzi na wszystkie postawione przez sąd pytania i wyczerpująco wyjaśniać kwestie mające istotne znaczenie dla merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy, jak i podstawy przedstawionego stanowiska.

Istotnym jest by biegły sporządzając opinię oparł się na swoim doświadczeniu zawodowym, ale także by wskazał źródła, z których wynika zasadność podejmowania określonych działań przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. fachowej literatury czy też wytycznych towarzystw naukowych).

Warto podkreślić, że w sytuacji, gdy pojawią się dodatkowe wątpliwości sąd może dopuścić dowód z opinii uzupełniającej biegłego, w której odniesie się on do pytań stron, ewentualnie wezwać biegłego na rozprawę, celem uzyskania dodatkowych wyjaśnień.

Nie bez znaczenia dla oceny sporządzonej w sprawie opinii pozostaje sposób dokonania przez biegłego oceny. W literaturze wskazuje się, że w wielu opiniach sądowo – lekarskich popełniany jest błąd oceny sytuacji lekarza leczącego pacjenta z perspektywy *ex post* a nie *ex ante*. Zapoznanie się przez biegłego z dokumentacją medyczną sporządzoną w okresie późniejszym niż moment udzielania świadczeń zdrowotnych, z którymi pacjent wiąże roszczenie powoduje, że opinia nie jest wydawana na czas leczenia, a z perspektywy późniejszej. Co do zasady praktyką sądów w sprawach o błędy medyczne jest przekazywanie biegłym całości akt, w których zgromadzony został materiał dowodowy wskazujący również na stan zdrowia pacjenta po okresie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Należy jednak pamiętać, iż personel medyczny w chwili udzielania tych świadczeń ma w większości przypadków ograniczoną wiedzę o stanie zdrowia pacjenta. Z tego względu niezwykle istotnym jest by biegli dokonywali oceny danej sprawy z punktu widzenia starannego działania lekarza nie z daty wydawania opinii, a przy uwzględnieniu wiedzy medycznej i obowiązujących rekomendacji towarzystw lekarskich w dacie, w której lekarz zetknął się z analizowanym przypadkiem.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że: (...) *do możliwie obiektywnej oceny konieczne są:*

- 1) *informacje / wiedza o danym pacjencie, którymi personel medyczny dysponował względnie był w stanie posiąść, np. w wyniku odpowiednio szczegółowego, dokładnie zebranego wywiadu (badanie przedmiotowe, dane anamnestyczne), zapoznania się z dokumentacją medyczną z wcześniejszego leczenia, informacje uzyskane od rodziny, świadków zdarzenia, osób postronnych;*
- 2) *zakres przeprowadzonego badania lekarskiego klinicznego – fizykalnego, uzupełnionego badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi;*
- 3) *podjęte działania w obszarze diagnostyki różnicowej zmierzające do ustalenia właściwego rozpoznania czy choćby ukierunkowanego podejrzenia i w konsekwencji wyboru optymalnego postępowania terapeutycznego i decyzyjnego;*
- 4) *uwzględnienie realnych możliwości diagnostyczno – terapeutycznych, jakimi dysponował personel medyczny/lekarze, ich wiedzy, kompetencji zawodowych i doświadczenia klinicznego, możliwości decyzyjnych (uwzględnienie organizacji pracy i funkcjonowania danej jednostki czy też uwarunkowania zwyczajowe – nieformalne), złożoności danego przypadku klinicznego, możliwych trudności czy wątpliwości diagnostycznych związanych np. z nietypowością obrazu klinicznego czy charakterem prezentowanych objawów chorobowych i dolegliwości podmiotowych.*

Z pozycji ex post dokonuje się natomiast oceny skutku działania nieprawidłowego, zaniechania w obszarze decyzyjnym wobec pacjenta. Pełna wiedza o przebiegu choroby, sekwencji zdarzeń, ostatecznym rozpoznaniu, a w przypadkach zakończonych zgonem pacjenta ustalenia powzięte w trakcie badania autopsyjnego (nierzadko uzupełnionego badaniami dodatkowymi histopatologicznymi wycinków tkankowych narządów wewnętrznych czy toksologicznymi) dają podstawę do wypowiedzenia się w kwestii skutku i związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego a śmiercią pacjenta, wystąpieniem uszczerbku na zdrowiu/naruszenia czynności narządu ciała lub narażenia chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu²¹.

Biegły, sporządzając opinię winien wziąć pod uwagę, że istotnym aspektem dokonywanej oceny jest fakt, że świadczenia udzielone przez lekarzy nie są świadczeniami rezultatu, a jedynie starannych działań opartych na aktualnym (na dzień ich udzielania) stanie wiedzy.

Warto również zauważyć, że: (...) *nie można przeciwstawiać opinii biegłego sądowego opinii pozasądowych, te pierwsze mają bowiem walor dowodu, a te drugie stanowią jedynie potwierdzenie stanowiska strony*²². Tym samym opinia prywatna bez wątpienia nie zastąpi opinii biegłego powołanego przez sąd, jednakże może stanowić przesłankę przemawiającą za zasadnością przeprowadzenia przez sąd dowodu z innego biegłego lub uzupełnienia dotychczasowej opinii w zakresie istotnych dla sprawy kwestii.

4.2.3. Wyłączenie biegłego

Zgodnie z art. 281 § 1 k.p.c.: *Aż do ukończenia czynności biegłego strona może żądać jego wyłączenia z przyczyn, z jakich można żądać wyłączenia sędziego*. Regulacja ta dotyczy przyczyn, z jakich można żądać wyłączenia sędziego na wniosek uregulowanych w art. 49 k.p.c., tj. jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do bezstronności biegłego w danej sprawie.

Istotnym jednak jest, iż jeżeli wniosek o wyłączenie biegłego został złożony po rozpoczęciu czynności biegłego, strona ma obowiązek uprawdopodobnić, że przyczyna wyłączenia nie była jej znana lub powstała po rozpoczęciu czynności.

Pomimo braku wyraźnego unormowania w tej materii, przyjmuje się konieczność wyłączenia biegłego z urzędu w każdym stanie sprawy w razie wystąpienia którejś z przyczyn wyłączenia wskazanych w odpowiednio stosowanym art. 48 k.p.c.²³ Uwzględniając powyższą regulację, biegły winien zostać wyłączony z mocy prawa:

- 1) w sprawach, w których jest stroną lub pozostaje z jedną ze stron w takim stosunku prawnym, że wynik sprawy oddziałuje na jego prawa lub obowiązki,
- 2) w sprawach swego małżonka, krewnych lub powinowatych w linii prostej, krewnych bocznych do czwartego stopnia i powinowatych bocznych do drugiego stopnia,

²¹ Czesław Chowaniec, Małgorzata Chowaniec, Mateusz Wilk, Opiniowanie w sprawach z podejrzenia błędu medycznego, Wiadomości Lekarskie 2017, tom LXX nr 3, cz. II., str.649 i n.

²² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 12 lutego 2014 roku, sygn. akt: I ACa 462/13, LEX nr 1437965.

²³ A. Turczyn [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Art. 1–505(39). Tom I, red. O. M. Piaskowska, Warszawa 2024, art. 281.

- 3) w sprawach osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
- 4) w sprawach, w których był lub jest jeszcze pełnomocnikiem albo był radcą prawnym jednej ze stron,
- 5) w sprawach, w których w instancji niższej brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia, jako też w sprawach o ważność aktu prawnego z jego udziałem sporządzonego lub przez niego rozpoznanego oraz w sprawach, w których występował jako prokurator,
- 6) w sprawach o odszkodowanie z tytułu szkody wyrządzonej przez wydanie prawomocnego orzeczenia niezgodnego z prawem, jeżeli brał udział w wydaniu tego orzeczenia.

Wniosek strony o wyłączenie biegłego w przypadkach wskazanych w pkt. 1-6 nie jest wtedy potrzebny, a powołanie się na okoliczności wyłączające z mocy ustawy nie jest ograniczone żadnym terminem ani etapem postępowania²⁴.

O wyłączeniu biegłego orzeka sąd, przed którym sprawa się toczy, po uprzednim wysłuchaniu stron oraz biegłego, chyba że wysłuchanie miałoby doprowadzić do nadmiernej zwłoki w postępowaniu. Opinia biegłego, który został w sprawie po złożeniu opinii wyłączony, powinna zostać uznana za niebyłą na wzór dowodów przeprowadzonych w postępowaniu następnie zniezionym²⁵.

4.2.4. Dowód z opinii biegłego sporządzonej w innym postępowaniu

Zgodnie z art. 278¹ k.p.c.: *Sąd może dopuścić dowód z opinii sporządzonej na zlecenie organu władzy publicznej w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę*. Ta stosunkowo nowa regulacja znajduje coraz częstsze zastosowanie.

Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sporządzonej w innym postępowaniu uzależnione jest zatem od łącznego spełnienia dwóch przesłanek:

- 1) opinia musi zostać sporządzona na zlecenie organu władzy publicznej oraz
- 2) opinia musi zostać sporządzona w innym postępowaniu toczącym się na podstawie przepisów ustawy.

Powyższe rozwiązanie pozwala sądowi na korzystanie z wiadomości specjalnych wynikających z już sporządzonej opinii, co bez wątpienia może przyczynić się do ograniczenia czasu trwania postępowania, jak i jego kosztów, jednakże nie zwalnia to sądu z obowiązku wnikliwej jej analizy, gdyż zakres zawartych w niej wiadomości specjalnych może nie zawsze być przydatny z punktu widzenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia toczącej się sprawy cywilnej.

Warto podkreślić, iż analizowany przepis wszedł w życie dnia 7 listopada 2019 roku i znajduje zastosowanie do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem rozpoczęcia jego obowiązywania. Przed jego wprowadzeniem brak było regulacji które wskazywałyby wprost

²⁴ T. Ereciński [w:] P. Grzegorzczak, J. Gudowski, K. Markiewicz, M. Walasik, K. Weitz, T. Ereciński, Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom II. Postępowanie rozpoznawcze, LEX/el. 2022, art. 281.

²⁵ M. Sierńko [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 1-477(16), red. M. Manowska, LEX/el. 2022, art. 281.

na możliwość dopuszczenia w postępowaniu cywilnym dowodu z opinii biegłego sporządzonej nie na zlecenie sądu prowadzącego sprawę.

Wskazanymi w ww. przepisie organami władzy publicznej są: organy władzy wykonawczej, ustawodawczej, sądowniczej, jak i organy samorządu terytorialnego. Na gruncie art. 17 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. nr 78, poz. 483 ze zmianami) przyjmuje się również, że organami władzy publicznej są także organy samorządów zawodowych zrzeszających osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, np. lekarzy czy pielęgniarek.

Z kolei zapis zobowiązujący do tego, aby opinia została sporządzona w postępowaniu przewidzianym przez ustawę, umożliwia przeprowadzenie w toku postępowania cywilnego dowodu z opinii sporządzonej np. w innym postępowaniu cywilnym, w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia, jak i postępowaniu administracyjnym, czy też postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej (dyscyplinarnej) członków danego samorządu zawodowego.

W procesach medycznych najczęściej dochodzi do dopuszczenia dowodu z opinii sporządzonej w toku postępowania karnego, gdyż co do zasady jest to postępowanie, w którym poszkodowany (bez konieczności ponoszenia kosztów) ma możliwość weryfikacji zasadności dochodzonego roszczenia.

Istotnym jest jednak uwzględnienie okoliczności, iż wykorzystanie opinii sporządzonej w innym postępowaniu nie zwalnia sądu rozpoznającego sprawę z analizy, czy zakres przedstawionych w opinii dopuszczonych na podstawie art. 278¹ k.p.c. wiadomości specjalnych jest przydatny z punktu widzenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy cywilnej, w której przedmiotowy dowód jest wykorzystywany.

W judykaturze podkreśla się, że: (...) dość ostrożnie należy podchodzić do mocy dowodowej takiego dowodu z opinii i możliwości zastąpienia przez niego dowodu z opinii biegłego sporządzonej na zlecenie sądu na podstawie art. 278 oraz czynienia na jego podstawie ustaleń w zakresie faktów wymagających wiadomości specjalnych. Z założenia opinia wywołana w danym postępowaniu odpowiada na potrzeby tego postępowania pod względem doboru zarówno metody, jak i sposobu formułowania wniosków czy podstaw faktycznych, na jakich jest wydawana, które musiały być uwzględnione w zleceniu wykonania opinii w innej sprawie, którego zakres również determinuje wnioski opinii. Nawet gdy z dowodu z opinii wynika, co stanowiło podstawę jej wydania (jaki materiał dowodowy), strona, która nie brała udziału w tamtym postępowaniu, nie miała także wpływu na kształt i zakres tego materiału, stanowiącego przedmiot oceny biegłego. Poza tym nawet jeżeli strona była uczestnikiem tamtego postępowania, to z uwagi na jego charakter i cele zgromadzone wówczas dowody mogły być wystarczające do tamtego postępowania i uzasadniały określone wnioski, ale już do innego postępowania nie²⁶.

Praktyka pokazuje, że opinie z postępowań karnych są coraz częściej wykorzystywane procesowo w postępowaniach cywilnych. Jednakże pełnomocnicy podmiotów leczniczych i personelu medycznego często napotykają przeszkody w uzyskaniu uzupełnienia tych opinii o okoliczności istotne dla rozstrzygania spraw cywilnych. Podkreślenia wymaga bowiem, że przesłanki odpowiedzialności karnej są znacząco odmienne od przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej na gruncie przepisów k.c.

²⁶ Manowska Małgorzata (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 278¹.

4.2.5. Podsumowanie

Udział biegłego, specjalisty w dziedzinie medycyny w procesach związanych z odpowiedzialnością osoby wykonującej zawód medyczny, ma stanowić dla sądu ułatwienie w zrozumieniu niezrozumiałych dla laika wysokospecjalistycznych metod leczniczych i pozwolić na merytoryczne rozstrzygnięcie sprawy.

Opinia biegłego ma wyłącznie charakter pomocniczy w rozstrzygnięciu sprawy, a sąd winien dokonać (jak w przypadku każdego przeprowadzonego dowodu) wnikliwej jej oceny i rozstrzygnąć o jej przydatności dla rozstrzygnięcia danej sprawy.

Warto również pamiętać, iż zgodnie z poglądem wyrażonym przez Sąd Najwyższy: (...) *sąd nie może rozstrzygnąć w kwestii medycznej wbrew opinii biegłego specjalisty. Odmienne rozstrzygnięcie musi być oparte na wiedzy medycznej, a więc opinii biegłego z danej dziedziny medycyny*²⁷.

Bez wątpienia zatem biegły powołany w procesie dotyczącym błędu medycznego ma do spełnienia niezwykle ważną rolę szczególnie, że dowód z opinii biegłego jest niezastępowalny przez żaden inny środek dowodowy.

4.3. Dokumentacja medyczna jako dowód w postępowaniu cywilnym

adw. Michał Górski

Fundamentalne znaczenie dla dokonywania przez sądy istotnych ustaleń w sprawach dotyczących błędów medycznych, należy niewątpliwie przyznać dokumentacji medycznej. O ile w polskiej procedurze cywilnej nie obowiązuje formalna hierarchia rodzajów dowodów, wobec czego ich znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy należy każdorazowo oceniać indywidualnie, o tyle dokumentacja medyczna, stanowiąca pisemny lub obrazowy zapis historii choroby pacjenta i przebiegu jego leczenia, stanowi punkt odniesienia zarówno dla stron postępowania, powołanych biegłych, jak i ostatecznie samego sądu, który na jej podstawie może prześledzić i zweryfikować prawdziwość oraz logiczność twierdzeń wynikających z pozostałego materiału dowodowego (w tym opinii biegłego oraz zeznań świadków).

Ze względu na powyższe, prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób prawidłowy, tj. odpowiadający wymogom wynikającym przede wszystkim z u.p.p. oraz wydanego na jej podstawie r.d.m., w szczególności uwzględniający konieczność dokonywania opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny, często już na wstępie procesu potrafi zaważyć na jego dalszych losach. Za jedną z najbardziej doniosłych konsekwencji uchyleń w powyższym zakresie, należy uznać odwrócenie ciężaru dowodu spoczywającego co do zasady na stronie powodowej (w procesach dotyczących błędów medycznych na pacjencie lub jego opiece prawnej), poprzez przerzucenie go na pozwanego, który w takiej sytuacji w celu oddalenia powództwa powinien wykazywać daleko idącą inicjatywę dowodową, służącą wykazaniu braku winy, o czym szerzej mowa w dalszej części niniejszego opracowania.

²⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2012 roku, sygn. akt: I UK 235/11, Legalis nr 471269.

4.3.1. Wzajemna korelacja praw pacjenta i obowiązków lekarza

Sięgając do przepisów stanowiących swoisty punkt wyjścia dla zasad dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, należy zwrócić uwagę na fakt komplementarności praw pacjenta oraz spoczywających na lekarzu (lub innej uprawnionej do prowadzenia dokumentacji osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych) obowiązków z tytułu realizacji tych praw. Zgodnie z art. 23 ust. 1 u.p.p.: *Pacjent ma **prawo** do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Z kolei art. 24 ust. 1 u.p.p. stanowi, że: W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest **obowiązany** prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.*

Wobec powyższego nie ulega wątpliwości, że realizacja prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej jest ściśle uzależniona przede wszystkim od prawidłowości jej prowadzenia przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, gdyż zarówno przechowywanie jak i udostępnianie dokumentacji, stanowi techniczny aspekt postępowania z dokumentacją uprzednio wytworzoną.

Wśród najważniejszych obowiązków lekarza związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, wymienić należy:

- 1) zachowanie w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań przez lekarza oraz związanie tajemnicą także po śmierci pacjenta (art. 24 ust. 3 u.p.p.);
- 2) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, a także uprawnionym podmiotom (art. 26 u.p.p.), w sposób określony w art. 27 u.p.p.;
- 3) przechowywanie dokumentacji medycznej przez czas określony w art. 29 u.p.p.;
- 4) prowadzenie dokumentacji w sposób określony w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 5) w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej, przekazanie dokumentacji medycznej podmiotom, o których mowa w art. 30a u.p.p., w sposób zapewniający zabezpieczenie jej przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

Do najczęstszych naruszeń praw pacjentów związanych z dokumentacją medyczną, należą niewydanie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przez pacjenta oraz mające szczególne znaczenie z punktu widzenia procesu sądowego, **prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niekompletny**.

W przypadku naruszenia prawa pacjenta, co do zasady możliwe jest dochodzenie z tego tytułu odpowiedniej sumy zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. (w oparciu o art. 4 ust. 1 u.p.p.). Co istotne, **nie dotyczy to jednak zawinionego naruszenia prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia**, co wynika z art. 4 ust. 3 pkt 3 u.p.p. Choć wyłączenie to budzi uzasadnione kontrowersje w doktrynie prawa, zgodzić należy się z argumentacją przedstawioną przez Bartłomieja Chmielowca, który zwraca

uwagę na następujące kwestie: (...) można wyróżnić prawa pacjenta, które wprost lub pośrednio odnoszą się i wpływają na proces leczniczy (np. prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną czy też prawo do poszanowania intymności i godności) oraz takie, które takiego przełożenia na ten proces nie mają. Analizując zakres wyłączeń zastosowany przez ustawodawcę, należy stwierdzić, że wyłączenia zawarte w art. 4 ust. 3 u.p.p. obejmują drugi z wymienionych wyżej przypadków. Te pierwsze dotyczą bezpośrednio bardzo delikatnych, intymnych i wrażliwych sfer życia każdego człowieka i odnoszą się do wartości konstytucyjnych. Wpływają one także na poczucie bezpieczeństwa pacjenta oraz na jego komfort psychiczny, co już może mieć pośredni wpływ na proces leczenia. Z kolei z prawa do dostępu do dokumentacji medycznej pacjent korzysta zazwyczaj już po udzieleniu świadczeń zdrowotnych. (...) W przypadku przyjęcia możliwości dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu zawinionego naruszenia prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej w konsekwencji każde naruszenie w tym zakresie rodziłoby po stronie pacjenta uprawnienie do dochodzenia roszczeń, również w tych sytuacjach, kiedy doszłoby do nieznacznego przekroczenia terminu na udostępnienie dokumentacji medycznej, pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej w wysokości wyższej, niż wynika to z treści art. 28 u.p.p., czy też pominięcie w udostępnionej pacjentowi dokumentacji niektórych kart. Powstaje zatem zasadnicza wątpliwość, czy roszczenie, jakim jest zadośćuczynienie, nie zostałoby zdewaluowane w sytuacji dopuszczenia możliwości dochodzenia roszczeń również w tego typu przypadkach²⁸.

Podkreślić tym samym należy, że poza analizowaną w niniejszym opracowaniu kwestią wagi dowodowej dokumentacji medycznej w postępowaniu sądowym, uchybienia związane z jej prowadzeniem mogą niezależnie od ujemnych konsekwencji procesowych, generować także dodatkową odpowiedzialność z tytułu naruszenia praw pacjenta (np. prawo do informacji o stanie zdrowia, które może być realizowane również na podstawie dokumentacji), z wyłączeniem wspomnianej wyżej kwestii samego dostępu pacjenta do dokumentacji.

4.3.2. Konsekwencje uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej – przykłady z orzecznictwa

Wobec wspomnianego na wstępie znaczenia dokumentacji medycznej dla ustalenia istotnych okoliczności sprawy w postępowaniu sądowym, judykatura wykształciła jednolite linie orzecznicze, dotyczące postępowania w sytuacji, gdy przedłożona dokumentacja okaże się niepełna lub sporządzona w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami. Jak trafnie zwraca uwagę Mirosław Nesterowicz: *Dokumentacja niekompletna utrudnia lub uniemożliwia ocenę i udowodnienie prawidłowości postępowania medycznego, informacji udzielonych pacjentom co do ryzyka i skutków zabiegu medycznego, możliwych powikłań, alternatywnych metod leczenia i dowodu jego „świadomej zgody”. Braki i niezupełność dokumentacji utrudnia też biegłym wydanie opinii, a sądowni wyroku. Uważa się, że wadliwie i nieprawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna pacjenta (naruszająca wymogi formalne, pełna luk i braków, zawierająca zapisy lakoniczne i niepełne lub dokonane »ex post« po dłuższym czasie, niezgodna z dokumentacją*

²⁸ B. Chmielowiec, komentarz do art. 4 u.p.p. [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.

*zbiorczą itp., a tym bardziej sfalszowana) utrudnia i przedłuża postępowanie dowodowe, pogarsza sytuację prawną lekarza i zakładu leczniczego w procesach sądowych*²⁹.

Brak możliwości dokonania oceny prawidłowości podejmowanych czynności medycznych w oparciu o wadliwie sporządzoną (w tym niepełną) dokumentację medyczną, traktowany jest przez judykaturę jako okoliczność, z której nie można wyciągać negatywnych konsekwencji w stosunku do pacjenta, o czym świadczy wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 marca 2017 roku: *Jeżeli zatem dokumentacja nie jest sporządzona w sposób zgodny przepisami, a jej wadliwości i braki są tak daleko idące, że uniemożliwiają dokonanie oceny prawidłowości podejmowanych czynności medycznych, to takie sprzeczne z prawem działanie podmiotu medycznego w istocie prowadzi do pozbawienia pacjenta, przez ten podmiot możliwości wykazania zasady jego odpowiedzialności. Skoro od lekarzy i personelu medycznego wymaga się podwyższonego stopnia staranności, to obejmuje on cały obszar ich działalności, w tym również właściwe dokumentowanie podejmowanych czynności medycznych. Niezachowanie wymaganego progu staranności musi obciążać podmiot medyczny choćby poprzez wskazywaną wyżej niemożność wykorzystania braków dokumentacji na niekorzyść pacjenta*³⁰.

Warto również wspomnieć o sytuacji, w której dokumentacja medyczna dotycząca konkretnego świadczenia zdrowotnego, sporządzona została **zarówno w formie papierowej, jak i w postaci elektronicznej**. Wprawdzie od daty wejście w życie r.d.m. (co miało miejsce 15 kwietnia 2020 roku) z § 1 ust. 3 r.d.m. wprost wynika, że dokument prowadzony w jednej z postaci (papierowej lub elektronicznej), nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich – niemniej jednak, w praktyce nadal mają miejsce sytuacje, w których dokument zostanie wytworzony w obu postaciach. Z punktu widzenia mocy dowodowej takiej dokumentacji w postępowaniu sądowym, jeżeli wnioski wynikające z obu dokumentacji są sprzeczne, uniemożliwia to wyprowadzenie z niej właściwych wniosków. Jak wskazano w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 września 2017 roku: *Po przeanalizowaniu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, przede wszystkim dokumentacji medycznej powoda z pozwanej ad. 1, biegła wskazała na istotne różnice we wpisach w złożonych do akt wersjach dokumentacji medycznej, które czynią ją niewiarygodną, a w konsekwencji uniemożliwiającą udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy wizyty i leczenie (...) w placówce pozwanej ad. 1 odbywało się zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej*³¹.

Szczególnie niekorzystne dla osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego konsekwencje wyciągane są wówczas, gdy dokumentacja medyczna jest niekompletna. Jak wynika ze stanowiska Sądu Najwyższego: (...) *ewentualne nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta*³². W takiej sytuacji dochodzi bowiem do wspomnianego wcześniej **odwrócenia ciężaru dowodu**. Co do zasady, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.³³), a więc w przypadku sprawy dotyczącej błędu medycznego – najczęściej na pacjencie. Brak możliwości wykazania tej okoliczności przez pacjenta ze względu na niekompletną dokumentację medyczną, ciężar ten odwraca – to osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego w celu ochrony własnego interesu, powinna wówczas wykazać swój brak winy innymi środkami

²⁹ M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2017, s. 823.

³⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 marca 2017 roku, sygn. akt: I ACa 1437/14, LEX nr 2282417.

³¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 września 2017 roku, sygn. akt: I ACa 1073/15, LEX nr 2418151.

³² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 1997 roku, sygn. akt: III CKN 226/97, LEX. Nr 1110924.

³³ Analogicznie, art. 232 zd. 1 k.p.c. stanowi, że: *Strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne*.

dowodowymi. Tytułem przykładu, Sąd Apelacyjny w Lublinie przyjął, że brak w dokumentacji medycznej opisu działań i procedur dotyczących postępowania związanego z porodem obciążają pozwanego szpital i stwierdził, że jeżeli powódka wykazała wystąpienie faktów przemawiających za słusnością dochodzonych roszczeń, to wówczas pozwanego obciąża ciężar udowodnienia okoliczności uzasadniających jego zdaniem oddalenie powództwa³⁴.

W kontekście powyższego wspomnieć również należy o środku dowodowym stosowanym w braku bezpośrednich dowodów, jakim jest **domniemanie faktyczne**. Zgodnie z art. 231 k.p.c.: Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (domniemanie faktyczne). Na tej podstawie judykatura w procesach o błędy medyczne także wyprowadza negatywne konsekwencje z tytułu braków w dokumentacji medycznej, czego doniosły przykład stanowi wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 czerwca 2019 roku, w uzasadnieniu którego podniesiono, iż: (...) *z poczynionych ustaleń wynika, że istniały braki w dokumentacji potwierdzającej zastosowanie prawidłowej profilaktyki antybiotykowej przed operacją mającą miejsce 14.9.2011 r. Na podstawie tego można w drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.) przyjąć, że zakażenie miejsca operowanego u powoda (...) było z dużym prawdopodobieństwem zakażeniem szpitalnym i nastąpiło w czasie operacji (...) w pozwanym Szpitalu*³⁵.

Pozostając w tematyce procesowych konsekwencji nieprawidłowości dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, zwrócić należy również uwagę na wspomnianą w części dotyczącej wzajemnej korelacji praw pacjenta i obowiązków lekarza, możliwość poniesienia odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu naruszenia prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 u.p.p.), które może być realizowane również na podstawie dokumentacji medycznej. Konkluzja taka wynika bezpośrednio z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2020 roku. Podniesiono w nim bowiem, że: *Prawo do informacji prawdziwej, kompletnej, całościowej, wyczerpującej, odnoszącej się do stanu zdrowia, jako realizacja prawa każdego człowieka do prawdy, oznacza, że również dokument, który jest źródłem tej informacji powinien mieć wskazane cechy i są to cechy niezależne od wymagań stawianych dokumentacji medycznej w obowiązujących wówczas przepisach administracyjnych. Dokumentacja medyczna, która utrudnia uzyskanie rzetelnej informacji o stanie zdrowia może uzasadniać zasądzenie zadośćuczynienia (...)*³⁶. W kontekście wspomnianego wcześniej ustawowego wyłączenia możliwości dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu zawinionego naruszenia prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia (w oparciu o art. 4 ust. 3 pkt 3 u.p.p.), należy uznać, że wspomniane w cytowanym powyżej wyroku prawo do informacji o stanie zdrowia – jako realizujące węższe uprawnienie niż samo prawo do dostępu do dokumentacji medycznej (zawierającej także inne informacje), stanowi uprawnienie o charakterze szczególnym względem samego prawa do dokumentacji. Za konkluzją taką przemawiają chociażby konkretne konsekwencje braku zapewnienia prawa do informacji, na podstawie których pacjent ma możliwość podjęcia decyzji o dalszym leczeniu, w tym świadomej zgody na zabieg. Przemawia za tym także możliwość dochodzenia zadośćuczynienia z tego tytułu na zasadach ogólnych, dotyczących ochrony dóbr osobistych (na podstawie art. 23 i art. 24 k.c.)³⁷.

³⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 8 stycznia 2013 roku, sygn. akt: I ACa 624/12, LEX nr 2216161..

³⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 czerwca 2019 roku, sygn. akt: V ACa 657/18, LEX nr 2923436.

³⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2020 roku, sygn. akt: III CSK 264/17, LEX nr 3373366.

³⁷ Por. B. Chmielowiec, komentarz do art. 4 u.p.p. [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, za Z. Cnotą [w:] Z. Cnota [i in.], Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń

4.3.3. Podsumowanie

W świetle przedstawionych informacji oraz poglądów doktryny i judykatury nie ulega wątpliwości, iż dbałość o prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób skrupulatny i zgodny z obowiązującymi przepisami, pozostaje nie tylko w interesie pacjenta, ale także samej osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. W przypadku konieczności ustalenia zgodności podjętych czynności z aktualną wiedzą medyczną, dokumentacja medyczna w większości przypadków stanowić będzie podstawę analizy postępowania przez biegłego, zaś następnie – w znacznej mierze w oparciu o wydaną przez niego opinię – przez orzekający w sprawie sąd.

5. Postępowanie karne

adw. Paulina Kozłowska

W związku lub podczas udzielania świadczeń zdrowotnych może dojść do sytuacji, które będą podlegały ocenie prawnokarnej. Wynika to z oczywistego faktu, że choć lekarze, pielęgniarki, położne czy ratownicy medyczni podejmują działania służące ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów, to efekt takich działań nie zawsze jest satysfakcjonujący dla pacjenta lub jego rodziny. W większości przypadków niepowodzenie w leczeniu wynika z samego rodzaju schorzeń, z którymi pacjenci zgłaszają się do podmiotów leczniczych oraz ich ogólnego stanu zdrowia, a niekiedy także zaniedbywania profilaktyki. Na efekt leczenia wpływ ma bowiem wiele czynników, w tym całkowicie niezależnych od członków personelu medycznego. Działania podejmowane w toku leczenia bądź ich brak mogą jednak stanowić przedmiot zainteresowania organów ścigania (na wniosek pacjenta, osób jemu bliskich, rodziny lub z urzędu), a w konsekwencji skutkować wszczęciem i prowadzeniem postępowania, którego nadrzędnym celem jest ustalenie czy został popełniony czyn zabroniony oraz czy stanowi on przestępstwo.

Z uwagi na temat przewodni niniejszego opracowania, należy przede wszystkim zauważyć, że wśród czynów zarzucanych osobom wykonującym zawody medyczne są przede wszystkim czyny penalizowane w rozdziale XIX k.k., zawierającym katalog przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Działania lub zaniechania lekarzy, pielęgniarek czy położonych mogą wypełniać znamiona m.in. nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 155 k.k.), spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.), spowodowania średniego lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k.), spowodowania uszczerbku na zdrowiu dziecka poczętego (art. 157a § 1 k.k.), czy narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 2 k.k.).

Odpowiedzialność karną za błąd medyczny może ponieść osoba, której działania lub zaniechania spowodowały ujemne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta określone w przepisach prawa karnego (np. uszkodzenie ciała, spowodowanie śmierci), jeżeli pomiędzy jej błędnym działaniem lub zaniechaniem a owymi ujemnymi następstwami zachodzi związek przyczynowy. Warunkiem bezwzględnym przypisania odpowiedzialności karnej jest wina sprawcy.

Ustalenie zaistnienia powyższych przesłanek, a konsekwencji stwierdzenie, czy dane zachowanie wypełnia znamiona czynu zabronionego wymaga w procesach lekarskich przeprowadzenia długotrwałego i kosztownego postępowania dowodowego, którego najistotniejszym elementem są opinie biegłych.

5.1. Członkowie personelu medycznego jako świadkowie w postępowaniu karnym

adw. Jakub Wiczerzak

Wzrasta liczba spraw karnych, w których świadkami, ale również podejrzanymi czy oskarżonymi są osoby wykonujące zawody medyczne. Wiąże się to często z potrzebą składania zeznań, w toku których ujawnione mogą zostać informacje, objęte tajemnicą medyczną w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i omówioną szeroko przy okazji zagadnienia przesłuchiwanie osób zobowiązanych do jej zachowania w postępowaniach cywilnych.

Regulacja procedury karnej umożliwia jednak głębszą ingerencję w tajemnicę, aniżeli regulacja procedury cywilnej. Przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka na okoliczności tajemnicą objęte może zostać dokonane bez zgody, a nawet pomimo sprzeciwu samego pacjenta. Dokumenty, zawierające tajemnicę medyczną mogą być dołączane do akt sprawy decyzją samego tylko prokuratora, zaś podsądnych, a niekiedy nawet pokrzywdzonych można poddawać badaniom bez ich zgody, o ile nie wiąże się to z przeprowadzeniem na nich zabiegu chirurgicznego (pojęcia tego wprawdzie nie definiuje się na gruncie k.p.k., jednak trzeba przyjąć, że chodzi tu nie tylko o zabieg operacyjny, ale również inne zabiegi, wiążące się z przerwaniem ciągłości tkanek).

Oznacza to, że rygory postępowania karnego są dalece surowsze od rygorów postępowania cywilnego, a konsekwentnie na jego gruncie może również dochodzić do głębszego naruszenia tajemnicy danych dotyczących pacjenta.

5.1.1. Obowiązek zachowania tajemnicy i jego uchylenie

Rygory postępowania karnego nie prowadzą automatycznie do uchylenia obowiązku zachowania tajemnicy. Przeciwnie, nawet w takim postępowaniu tajemnica medyczna obowiązuje, a jedynie istnieją ustawowe mechanizmy jej uchylenia. I ciekawą okolicznością, związaną z uchylaniem tajemnicy jest obowiązujący aktualnie dualizm między tajemnicą lekarską, a tajemnicami, które powinny zostać zachowane przez inne osoby wykonujące zawody medyczne.

Fundamentalnym przepisem w zakresie tajemnicy lekarskiej jest regulacja art. 180 § 2 k.p.k., na gruncie której osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. Przepis ten jest w praktyce stosowany dość swobodnie i sądy karne rzadko pochyłają się nad zagadnieniem, czy zwolnienie lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy jest rzeczywiście niezbędne. Ocena tej okoliczności nie należy też do zeznającego lekarza, który nie zna przecież przebiegu postępowania ani nie posiada informacji o zgromadzonych w nim dowodach. W konsekwencji, jeżeli sąd zwolni lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy, wówczas lekarz powinien udzielić odpowiedzi na zadane mu pytania i nie będzie mu przysługiwać uprawnienie do powołania się na tajemnicę lekarską.

Decyzję o zwolnieniu lekarza z tajemnicy podejmuje sąd. Nie może jej w żadnym razie podjąć prokurator. Wydanie postanowienia w takim zakresie przez prokuratora będzie działaniem bezprawnym, jednak w praktyce zdarza się, że prokuratorzy wydają postanowienia tego rodzaju. Ostatecznie jednak decyzje takie są uchylane przez sądy.

Jeżeli lekarz **nie zostanie w sposób wyraźny zwolniony przez sąd z obowiązku zachowania tajemnicy**, nie będzie mieć podstawy do jej ujawnienia i co do zasady **powinien odmówić odpowiedzi na pytanie**, powołując się na wiążącą go tajemnicę.

Odrębna regulacja dotyczy natomiast osoby wykonujące inne zawody medyczne. Przytoczony przepis art. 180 § 2 k.p.k. tyczy się bowiem wyraźnie lekarzy, a nie obejmuje innych zawodów medycznych. W konsekwencji do osób wykonujących zawody medyczne inne niż zawód lekarza, objęte będą jedynie normą art. 180 § 1 k.p.k. w zakresie obejmującym stosowanie tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu.

Od obowiązku zachowania takiej tajemnicy może zwolnić nie tylko sąd, ale również prokurator. Co więcej, zwolnienie z tajemnicy zawodowej, opisanej w tym przepisie może nastąpić wówczas, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości. Dobro to nie zostało w żaden sposób zdefiniowane, jednakże praktyka stosowania przepisów k.p.k. wskazuje na to, że chodzi w nim o wygodę organów postępowania karnego. Do momentu wydania stosownego zwolnienia, również osoby wykonujące zawód medyczny inny niż zawód lekarza, nie mogą ujawniać tajemnicy i powinny odmawiać odpowiedzi na zadane pytania, powołując się na obowiązek jej zachowania.

Trzeba zauważyć, że niezależnie od możliwości zwolnienia osób wykonujących zawody medyczne z obowiązku zachowania tajemnicy, zwolnienie takie może zostać dokonane również przez dysponenta tej tajemnicy, i to wprost na zasadach wynikających z ustawy o prawach pacjenta lub odpowiednich ustaw zawodowych. W przypadku takiego zwolnienia nie będzie potrzeby uzyskiwania odrębnego zwolnienia z tajemnicy, dokonanego przez sąd lub prokuratora.

5.1.2. Zakazy dowodowe

Nie w każdym przypadku zwolnienie z tajemnicy jest w ogóle dopuszczalne. Przepisy procedury karnej wprowadzają bowiem tzw. zakazy dowodowe. Zakaz dowodowy polega na tym, że przeprowadzenie dowodu nim objętego jest w ogóle niedopuszczalne, zaś informacje pozyskane z naruszeniem tego zakazu nie będą mogły w ogóle stanowić dowodu.

I tak, niedopuszczalnym jest prowadzenie dowodu z zeznań lekarza, który udzielał pomocy medycznej oskarżonemu, jeżeli zeznanie takie miałoby obejmować oświadczenia, które oskarżony składał podczas udzielania mu świadczeń zdrowotnych. W praktyce, będzie to dotyczyło z reguły sytuacji, w której lekarz udzielał świadczeń zdrowotnych osobie, która w związku z popełnianiem czynu zabronionego doznała uszkodzeń ciała i przyznała się w toku udzielania jej pomocy do popełnienia czynu zabronionego. Nie wolno jest ani ujawniać takich okoliczności, ani nawet wnosić o przeprowadzenie dowodu z zeznań lekarza, celem wykazania treści oświadczeń jego pacjenta. Lekarza (po zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy przez sąd) można jednak przesłuchać na okoliczność samych udzielonych świadczeń zdrowotnych i sytuacji oskarżonego.

Leżącym u podstaw powyższej regulacji założeniem jest przyjęcie, że pacjent, który w toku udzielania mu świadczeń może być obolały albo nie do końca świadomy (a z pewnością mniej

ostrożny, niż przy rozmowie z prokuratorem) może powiedzieć rzeczy, których nie powiedziałby w normalnych okolicznościach, a na ten skutek wyartykułować np. przyznanie się do winy. Takie potencjalne przyznanie się do winy albo potwierdzenie określonych okoliczności popełnienia czynu zabronionego pochodzić może natomiast jedynie od samego oskarżonego i nie można dowodzić go zastępczo zeznaniami lekarza.

Podobny zakaz dowodowy uregulowany jest na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przy czym zakaz ten obejmuje nie tylko lekarza, ale wszystkie osoby (nawet niewykonyjące zawodów medycznych) które wykonują czynności przewidziane regulacjami tej ustawy. I tak, w art. 52 ust. 1 powyższej ustawy czytamy: *Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary.*

Praktyka postępowania wskazuje na to, że organy ścigania często nie mają świadomości istnienia przytoczonej regulacji, w związku z czym, jeżeli zadane świadkowi pytanie miało by skutkować naruszeniem wskazanego przepisu, należy się na niego bezwzględnie powołać.

Z obowiązku respektowania powyższych zakazów dowodowych nie można zostać zwolnionym. Są one bezwzględnie wiążące zarówno dla osób składających zeznania, jak również dla organów postępowania karnego.

5.1.3. Odmowa składania zeznań

Częstokroć w toku postępowania przygotowawczego może dojść do sytuacji, w której dana osoba najpierw jest przesłuchiwana w charakterze świadka, po czym (i często na skutek jej zeznań) są jej stawiane zarzuty, skutkujące ostatecznie skierowaniem aktu oskarżenia. Taka praktyka wynika z faktu, że podejrzany i oskarżony są uprawnieni do omowy udzielenia odpowiedzi lub w ogóle odmowy składania wyjaśnień. Uprawnienie takie nie przysługuje natomiast świadkowi, który może odmówić udzielenia odpowiedzi na określone pytanie i to jedynie wówczas, gdy udzielenie odpowiedzi mogłoby narażać jego lub osobę mu najbliższą na poniesienie odpowiedzialności za przestępstwo.

W konsekwencji organy prowadzące postępowanie przygotowawcze często próbują w pierwszej kolejności pozyskać informacje z pominięciem rygorów procesowych, w których powinny to czynić, a więc bez zapewnienia przyszłemu podejrzanemu elementarnych gwarancji procesowych.

Trzeba być przygotowanym na to, że stosowanie powyższej praktyki jest w zasadzie powszechne. W praktyce może ono polegać na wezwaniu osoby, zobowiązanej do zachowania tajemnicy medycznej celem przesłuchania jej w charakterze świadka, okazaniu jej zgody pacjenta na ujawnienie tajemnicy medycznej (rzadziej postanowienia sądu w tym przedmiocie), a następnie zadawaniu kolejnych pytań. I w takim przypadku należy pamiętać, że zgoda pacjenta na ujawnienie informacji przez osobę wykonującą zawód medyczny nie jest równoznaczna z bezwzględnym obowiązkiem udzielenia tych odpowiedzi. Pomimo uchylecia obowiązku zachowania tajemnicy, świadek w postępowaniu karnym nadal ma prawo uchylecia się od udzielenia odpowiedzi na pytanie, jeżeli w jego ocenie mogłoby to narażać jego lub osobę najbliższą na poniesienie wskazanej powyżej odpowiedzialności.

O uprawnieniu do odmowy udzielenia odpowiedzi należy bezwzględnie pamiętać i to również wówczas, gdy organy prowadzące postępowanie przygotowawcze nie udzielą w tym zakresie stosownego pouczenia albo wręcz będą twierdzić, że skoro pacjent zwolnił depozytariusza tajemnicy z obowiązku jej zachowania, to uprawnienie do odmowy udzielenia odpowiedzi nie powstaje. Do takich zachowań może dochodzić, jednak nie można w takich przypadkach poddawać się presji przesłuchującego.

5.1.4. Podsumowanie

Regulacje procedury karnej przewidują wyraźny sposób zwolnienia osoby wykonującej zawód medyczny z obowiązku zachowania tajemnicy. Różnicują przy tym wyraźnie między tajemnicą lekarską, a pozostałymi rodzajami tajemnicy medycznej. Trudno ocenić pozytywnie aktualną treść tych regulacji. W ocenie autora, wymagają one pilnego znowelizowania, celem zapewnienia odpowiednich gwarancji procesowych i pacjentom, i osobom wykonującym zawody medyczne. Jednocześnie pacjent zawsze jest uprawniony do zwolnienia osoby zobowiązanej do zachowania tajemnicy z tego obowiązku.

W realiach postępowania karnego zawsze trzeba też mieć na względzie, że występując w roli świadka zupełnie zniecka można stać się podejrzanym. W tym zakresie bezwzględnie należy pamiętać o prawie do odmowy udzielenia odpowiedzi na pytanie, które przysługuje świadkowi również wówczas, gdy został skutecznie zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy.

5.2. Opinie biegłych w postępowaniu karnym

adw. Paulina Kozłowska

Stosownie do treści art. 193 § 1 k.p.k., **opinii biegłego albo biegłych zasięga się jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych**. Pod tym pojęciem należy rozumieć wiadomości: *które wykraczają ponad poziom przeciętnego, dorosłego człowieka o odpowiednim doświadczeniu życiowym i wiedzy*³⁸. Przywołany przepis *normuje dopuszczalność prawną i, jak się wydaje, wymóg skorzystania w procesie karnym z opinii biegłego*³⁹.

Można przyjąć założenie, że w sprawach dotyczących błędów medycznych zawsze spełniony jest warunek wymagalności wiadomości specjalnych, albowiem przedmiotem oceny prawnokarnej jest prawidłowość postępowania osób wykonujących zawody medyczne w zakresie:

- 1) postawionej diagnozy (błąd diagnostyczny),
- 2) rodzaju wdrożonej terapii lub doboru metody leczenia (błąd terapeutyczny),
- 3) poprawności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego (błąd techniczny).

³⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2023 roku, sygn. akt: IV KK 490/22, LEX nr 3525757.

³⁹ M. Kurowski [w:] Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany, red. D. Świecki, LEX/el. 2024, art. 193.

Dostatecznej wiedzy w powyższych zakresach nie posiadają ani organy ścigania, ani sądy rozpoznający konkretną sprawę. Dążąc zatem do ustalenia prawdy materialnej (a więc zgodnie z treścią art. 2 § 2 k.p.k. – prawdziwych ustaleń faktycznych), prokuratorzy i sądy zasadniczo w każdej ze spraw medycznych zasięgają opinii biegłych. Jest to postępowanie analogiczne jak w toku procesów cywilnych, choć w sprawach tych (od dnia 7 listopada 2019 roku) dopuszczalne jest procesowe wykorzystanie opinii sporządzonych na potrzeby innych postępowań (art. 278¹ k.p.c.). W ramach procedury karnej możliwość taka nie istnieje.

W judykaturze i doktrynie przyjmuje się jednoznacznie, że **od wymogu uzyskania opinii biegłego w sprawie nie zwalnia złożona do akt sprawy opinia prywatna**⁴⁰ (tj. dokument wytworzony poza procesem karnym dla jego celów) **ani wyjaśnienia podejrzanego** (oskarżonego) złożone w sprawie, **ani zeznania świadków**, nawet wykonujących zawody medyczne, choć zasadniczo wyjaśnienia i zeznania ww. osób mogą odnosić się do „okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia”, a osoby te legitymują się „wiadomościami specjalnymi”. Niedopuszczalnym byłoby także dokonanie przez sąd oceny samodzielnie (swego rodzaju połączenie roli procesowych) nawet w przypadku, w którym sąd posiadałby wiedzę specjalistyczną. Wynika to z faktu, że wiedza taka nie byłaby możliwa do zweryfikowania przez strony⁴¹. Konkludując, dowód z opinii biegłego jest dowodem niezastępowalnym.

5.2.1. Rodzaje opinii

Opinia może zostać wydana przez indywidualnego biegłego, przez instytucję naukową lub specjalistyczną. Żadnej z powyższych opinii nie można przypisywać większej wagi czy mocy dowodowej. O tym, czy wystarczającym jest zasięgnięcie wiedzy jednego specjalisty, czy też zespołu biegłych decyduje złożoność analizowanego problemu. Dopuszczalne i spotykane w praktyce jest także powoływanie kilku biegłych indywidualnych.

Opinię może wydać biegły wpisany na listę biegłych sądu okręgowego, ale także przez biegły *ad hoc*, który posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie. W sprawach medycznych biegłymi *ad hoc* są najczęściej:

- 1) specjaliści w tych dziedzinach medycyny, w których samych lekarzy nie jest wielu (np. torakochirurgia, nefrologia czy perinatologia);
- 2) osoby posiadające wiedzę o rzadko występujących chorobach lub wysoko specjalistycznych metodach leczenia;
- 3) osoby z doświadczeniem klinicznym w leczeniu przypadków tożsamyh jak występujący w sprawie, w której toczy się postępowanie karne;
- 4) uznane autorytety w określonych dziedzinach medycyny.

Opinię może także wydać instytucja naukowa lub specjalistyczna. W przepisach procedury karnej nie sprecyzowano, jak należy rozumieć te pojęcia, choć postulowane jest doprecyzowanie regulacji dotyczących wydawania opinii przez ww. podmioty. Pod pojęciem instytucji naukowych należy jednak rozumieć instytucje prowadzące działalność naukową wskazane w przepisach

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2023 roku, sygn. akt: I KK 441/22, Legalis nr 2923856.

prawa o szkolnictwie wyższym. Za instytucje specjalistyczne uznaje się m.in. Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji czy Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna w Krakowie. W sprawach wymagających wiedzy specjalnej z kilku dziedzin medycyny najczęściej opinie wydawane są przez zakłady medycyny sądowej. Sprecyzowany nie jest także status niepublicznych spółek opiniodawczych, choć pojawiają się w orzecznictwie poglądy, aby za specjalistyczną uznawać: *taką instytucję, w której profilu działalności mieści się wykonywanie ekspertyz, co zostało potwierdzone przez właściwe organy państwowe i jest przez nie na bieżąco nadzorowane*⁴². Podmioty takie powinny dysponować wykwalifikowaną kadrą oraz prowadzić badania naukowe, które są certyfikowane przez odpowiednie organy. W skali kraju funkcjonują prywatne podmioty, wydające opinie głównie w postępowaniach cywilnych, w których sądy korzystają z ich usług z uwagi na krótszy czas oczekiwania na opinie.

5.2.2. Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego

W przedmiocie dopuszczenia dowodu z opinii biegłego postanowienie wydaje, w zależności od etapu postępowania, organ je prowadzący lub sąd. W wypadku powołania biegłych z zakresu różnych specjalności, o tym, czy mają oni przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną wspólną opinię, czy opinie odrębne, rozstrzyga organ procesowy powołujący biegłych (art. 193 § 3 k.p.k.). Postanowienie w ww. przedmiocie powinno zawierać:

- 1) imię, nazwisko i specjalność biegłego lub biegłych, a w wypadku opinii instytucji, w razie potrzeby, specjalność i kwalifikacje osób, które powinny wziąć udział w przeprowadzeniu ekspertyzy;
- 2) przedmiot i zakres ekspertyzy ze sformułowaniem, w miarę potrzeby, pytań szczegółowych;
- 3) termin dostarczenia opinii.

Prawidłowe wskazanie specjalizacji biegłych (adekwatnych do analizowanego przypadku) oraz określenie tez dowodowych (poprzez wskazanie listy pytań do biegłych) warunkuje przydatność takiego dowodu do orzekania i zmniejsza ryzyko wystąpienia wątpliwości co do konkluzji opinii, czy też poszczególnych twierdzeń biegłych, z których wywodzą oni określone wnioski. W kwestii tej istotna jest aktywność obrońców, ale przede wszystkim samych podejrzanych (oskarżonych). W procesach lekarskich to te osoby posiadają wiedzę pozwalającą na zadanie biegłym takich pytań, aby odpowiedzi na nie przyczyniły się do ustalenia okoliczności istotnych w sprawie i rozwiania powstałych na jej kanwie wątpliwości. Aktywność oskarżonego może więc przyczynić się do zapewnienia skutecznej obrony.

Również oznaczenie terminu dostarczenia opinii oraz egzekwowanie przez organy postępowania karnego dotrzymania tego terminu ma istotne znaczenie, z uwagi na brak dostatecznej ilości biegłych oraz wysokość ich stawek wynagrodzenia za sporządzenie opinii. Jedną z gwarancji procesowych, przysługujących oskarżonemu jest bowiem rozpatrzenie jego sprawy w rozsądnym terminie.

⁴² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22 maja 2023 roku, sygn. akt: II AKa 92/23, Legalis nr 2966590.

Postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego lub biegłych doręcza się opiniującym, ale także oskarżonemu i jego obrońcy. Na tym etapie możliwe jest złożenie przez obronę lub oskarżonego dalszych wniosków co do sposobu przeprowadzenia dowodu.

Stosownie do treści art. 198 § 1 i § 1a k.p.k.: *Jeżeli jest to niezbędne do wydania opinii, biegłemu udostępnia się poszczególne dokumenty z akt sprawy lub uwierzytelnione kopie tych dokumentów (również w postaci elektronicznej).* Stwierdzenie, jakie materiały zostały udostępnione biegłemu następuje w formie notatki urzędowej. Z powyższego wynika, że biegli powinni otrzymywać jedynie te dokumenty z akt sprawy, które są niezbędne do wydania opinii (wydaje się, że będzie to przede wszystkim dokumentacja medyczna). Niekiedy zdarza się jednak, że biegli dysponują znaczną częścią, a nawet całymi aktami i wydają opinie w oparciu o wiedzę o okolicznościach występujących już po zdarzeniu. Zasadniczo jednak **ocena postępowania personelu medycznego nie powinna być dokonywana *ex post*, ale *ex ante* – w oparciu o wiedzę aktualną na moment dokonywania czynności (lub ich zaniechania).**

W przypadku powołania kolejnego biegłego ze względu na fakt wydania uprzednio innej opinii niepełnej, niejasnej lub wewnętrznie sprzecznej, co do zasady nie udostępnia się biegłemu tych opinii. Postępowanie takie będzie dopuszczalne jedynie w wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach i tylko w niezbędnym zakresie. Zasadniczo jednak, kolejni biegli powinni oceniać okoliczności sprawy obiektywnie, bez uprzedniego wyrobienia sobie na nie poglądu na podstawie opinii innych biegłych.

5.2.3. Forma i treść opinii

Biegli składają opinię ustnie lub na piśmie. W przeważającej większości przypadków opinie są sporządzane na piśmie. Dopiero w przypadku wystąpienia konieczności ich uzupełnienia biegli są zazwyczaj przesłuchiwani.

Stosownie do treści art. 200 § 2 k.p.k. opinia powinna zawierać:

- 1) imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego;
- 2) imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu ekspertyzy, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich;
- 3) w wypadku opinii instytucji – także pełną nazwę i siedzibę instytucji;
- 4) czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii;
- 5) sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski;
- 6) podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii.

Czy umieszczenie w treści opinii wszystkich ww. elementów jest rzeczywiście tak istotne? W ocenie autorki zdecydowanie tak.

Wskazanie specjalności opiniującego pozwala na weryfikację, czy opinia została wydana przez osobę posiadającą wiedzę specjalną w dziedzinie medycyny, której dotyczy analizowany przypadek. Stopień i tytuł zawodowy oraz stanowisko mogą wskazywać na dorobek naukowy, ale także doświadczenie kliniczne w leczeniu (i analizowaniu) określonych zdarzeń, co ma kluczowe znaczenie zwłaszcza w sprawach niejednoznacznych. Należy bowiem dążyć do tego,

aby opinie były wydawane nie tylko przez osoby dysponujące wiedzą teoretyczną, ale także wiedzą praktyczną o sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych w określonych warunkach. Tytułem przykładu wskazać należy, że w sytuacji analizy prawidłowości postępowania personelu medycznego diagnozującego pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, zasadnym byłoby powołanie biegłego z dziedziny medycyny ratunkowej – specjalisty, który osobiście udzielał świadczeń w takich właśnie okolicznościach. Doświadczenia procesowe wskazują jednak, że w trakcie doboru biegłych powyższe kwestie – choć często sygnalizowane przez obrońców i samych podejrzanym (oskarżonym) – nie zawsze są brane pod uwagę,

Podanie danych wszystkich osób opiniujących ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich pozwala na weryfikację, kto sporządził poszczególne części opinii. Ma to istotne znaczenie z dwóch powodów. Po pierwsze, umożliwia odtworzenie procesu intelektualnego po stronie konkretnego biegłego, zwłaszcza na wypadek zaistnienia potrzeby przesłuchania biegłego przez prokuratora lub na rozprawie. Po drugie, pozwala należycie rozpatrzyć wniosek o przyznanie wynagrodzenia za sporządzenie opinii.

Kluczowe znaczenie dla oceny sporządzonej opinii (a w konsekwencji *de facto* dla rozstrzygnięcia sprawy o błąd medyczny) ma natomiast przedstawienie sprawozdania z czynności, spostrzeżeń i wniosków biegłych. Istnieje kilka linii orzeczniczych co do konieczności podawania przez biegłych także zastosowanych metod badawczych (bądź jej braku). Niezależnie od tego, zasadnym wydaje się jednak przyjęcie, że opinie powinny być sporządzane w sposób taki by możliwe było ustalenie drogi, która doprowadziła do udzielenia odpowiedzi na zadane pytania.

5.2.4. Ocena opinii biegłego

Zważywszy, że odpowiedzi biegłych mają w sprawach o błędy medyczne tak doniosłe skutki (prowadzą bowiem do ustalenia, czy określona osoba może ponosić odpowiedzialność karną), dowody te powinny być oceniane z najwyższą ostrożnością i starannością.

W przypadkach, gdy opinia jest niepełna lub niejasna, a także gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, istnieje możliwość wezwania ponownie tych samych biegłych lub powołania innych (art. 201 k.p.k.). Z powyższego wynika jednoznacznie, że **opinia biegłych będzie wiarygodnym i przydanym środkiem dowodowym w sprawie, jeżeli będzie zupełna, jasna i niesprzeczna.**

Opinia zupełna to opinia, w której znajdują się odpowiedzi na wszystkie skierowane do biegłych pytania, a odpowiedzi te są oparte na wszystkich dowodach przekazanych biegłemu i wynikających z nich okolicznościach.

Opinia jasna to opinia sformułowana w sposób klarowny, pozwalający odtworzyć tok rozumowania biegłego. Nie będzie opinią jasną taka opinia, która zawiera jedynie wnioski, bez ich rzetelnego uargumentowania.

Również opinia sprzeczna wewnętrznie wymaga uzupełnienia lub uzyskania nowej opinii. Dotyczy zarówno sprzeczności wewnętrznej (gdy wzajemnie wykluczają się twierdzenia biegłego), jak i sprzeczności zewnętrznej (gdy sprzeczne są wnioski różnych opinii).

Zważywszy na fakt, że organ procesowy nie może samodzielnie ustalać okoliczności wymaganych wiadomości specjalnych, zawsze, gdy opinie nie spełniają warunku przekonliwości powinny być

uzupełniane. Jeżeli w dalszym ciągu występują wątpliwości to wówczas zachodzi konieczność dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych. Decyzja w powyższym przedmiocie pozostaje w gestii organów procesowych, nie zaś stron. Jak bowiem wskazał Sąd Najwyższy: *Strona domagająca się wywołania kolejnej opinii biegłego musi wykazać, którąś z okoliczności, o jakich mowa w art. 201 k.p.k. Samo bowiem niezadowolenie strony z treści dotychczasowej opinii nie jest w tej mierze wystarczające*⁴³.

W sprawach o błędy medyczne nierzadko zdarza się, że wydawanych jest kilka opinii biegłych (na różnych etapach postępowania), których wnioski nie zawsze są zbieżne. Wynika to ze specyfiki tych spraw, dla których rozstrzygnięcia niezbędne jest uzyskanie wiedzy z kilku różnych dziedzin medycyny. Ponadto niekiedy dochodzi do sytuacji kwestionowania przez oskarżonych i ich obrońców opinii biegłych wydanych w postępowaniu przygotowawczym w oparciu o treść zeznań członka personelu medycznego, który początkowo występuje w sprawie w charakterze świadka, a następnie zmienia się jego rola procesowa na podejrzanego i oskarżonego. Stanowisko to oparte jest o treść przepisu art. 389 § 1 k.p.k. w zw. z art. 391 § 2 k.p.k. *a contrario*, zgodnie z którymi niedopuszczalnym jest wykorzystanie oświadczeń składanych w charakterze świadka przez osobę, która na dalszym etapie postępowania karnego występuje w roli podejrzanego. W konsekwencji należałoby przyjąć, że opinia taka nie może stanowić dowodu w sprawie, a tym bardziej podstawy ustaleń faktycznych oraz uzasadnienia dla przedstawienia zarzutów i skierowania aktu oskarżenia.

Opinia biegłego, instytucji naukowej lub specjalistycznej podlega ogólnym regułom oceny dowodów jak każdy inny dowód w postępowaniu karnym, zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 7 k.p.k. Jak stanowi owy przepis, organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Należy przy tym podkreślić, że rolą biegłego nie jest „wyręczenie” sądu i dokonanie za organ procesowy oceny materiału dowodowego, czy zasadności podnoszonych stanowisk. Rolą biegłego jest pomóc prokuratorowi lub sądowi ustalić okoliczności wymagające wiedzy, której nie posiadają. Biegli powinni o tym fakcie pamiętać, a organy procesowe – weryfikować, czy opiniujący z roli tej nie wyszli.

5.2.5. Opinia biegłego w postępowaniu przygotowawczym

Kwestie techniczne dotyczące uzyskania opinii biegłego w postępowaniu przygotowawczym, będącym pierwszym etapem postępowania karnego, regulują przepisy § 154 - § 158 Regulaminu wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury. Na tym etapie organy ścigania ustalają, czy w ogóle został popełniony czyn zabroniony i czy stanowi on przestępstwo, kto jest sprawcą, jakie były okoliczności sprawy, czy i kto jest pokrzywdzonym przestępstwem. Celem postępowania jest także zebranie, zabezpieczenie i utrwalenie materiału dowodowego na potrzeby dalszego postępowania sądowego.

Prokurator powołuje biegłego niezwłocznie po zebraniu niezbędnego materiału dowodowego (m.in. dokumentacji medycznej i zeznań świadków, ale także dokumentów regulujących organizację udzielania świadczeń w danym podmiocie, dokumentacji zdarzenia niepożądanego,

⁴³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 października 2020 roku, sygn.. akt: IV KK 353/20, LEX nr 3277909.

dokumentów potwierdzających zakres doznanej szkody). Postanowienie o powołaniu biegłego doręcza się podejrzanemu i jego obrońcy. Na tym etapie możliwe jest złożenie wniosku o uzupełnienie lub zmianę postanowienia. We wniosku mogą być sformułowane pytania do biegłych lub wskazane dowody, które w ocenie podejrzanego powinny stanowić materiał źródłowy do wydania opinii. Wniosek ten jest rozpoznawany przez organ prowadzący postępowanie.

Materiał dowodowy udostępniony biegłemu do wydania opinii powinien być zebrany w taki sposób, aby możliwym było wydanie opinii w wyznaczonym terminie – powinien więc być kompletny. Z całą pewnością materiał ten powinien obejmować całość dokumentacji medycznej dokumentującej sposób leczenia kwestionowany przez pacjenta, ale także – dokumentację z wcześniejszych i późniejszych etapów leczenia, jeżeli ma ona znaczenie dla oceny prawidłowości postępowania personelu medycznego. Stan zdrowia pacjenta sprzed podjęcia leczenia w określonym podmiocie leczniczym (czasami nawet z okresu bardzo odległego od zdarzenia), choroby współistniejące, przyjmowane leki, przebyte operacje mogą mieć wpływ zarówno na dobór metod leczenia, jak i jego wynik, a w konsekwencji – także na rozstrzygnięcie, czy to działanie lub zaniechanie osoby wykonującej zawód medyczny spowodowało uszczerbek na zdrowiu, śmierć lub naraziło pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia.

W postanowieniu o powołaniu biegłego określone powinny zostać materiały, które zostaną przekazane biegłemu w celu wydania opinii, w taki sposób, aby możliwa była ich identyfikacja. Jeżeli biegły otrzyma inne dodatkowe dokumenty lub informacje, powinny one zostać pisemnie wyszczególnione przez prokuratora. Powyższe ma istotne znaczenie, ponieważ pozwala na weryfikację nie tylko przez sąd, ale także przez obrońców, czy materiał przekazany biegłemu był wystarczający, tj. czy zawierał wszystkie dane, pozwalające na wydanie w sprawie pełnej, jasnej, rzetelnej opinii, która może okazać się przydatna do rozstrzygnięcia sprawy. Oparcie opinii biegłego jedynie w oparciu o część materiału dowodowego (zwłaszcza na podstawie niepełnej dokumentacji medycznej) może rzutować na treść formułowanych wniosków.

Biegły powołany przez prokuratora co do zasady jest zaznajamiany z wynikami śledztwa lub dochodzenia, w zakresie niezbędnym do wydania opinii. W przypadku zaistnienia takiej potrzeby, teza dowodowa lub lista pytań do biegłego mogą ulec zmianom. Zmiany takie następują najczęściej, gdy ujawniane są nowe okoliczności faktyczne, często na wniosek obrońców, ale i organów ścigania – po uzyskaniu wyników badań i treści wniosków sformułowanych przez biegłych.

Co istotne, dokumenty urzędowe i prywatne, o których mowa w art. 393 § 3 k.p.k. sporządzone przez osoby posiadające wiedzę specjalną, mogą stanowić podstawę do odstąpienia od powołania biegłego w zakresie objętym ich treścią, jeżeli kompletność i rzetelność tych dokumentów nie budzi wątpliwości (§ 158 ust. 1 Regulaminu wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury). W sprawach dotyczących błędów medycznych powyższy przepis raczej nie znajdzie zastosowania, choć można oczywiście wyobrazić sobie przypadek, w którym materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy przez prokuratora, a także dostarczony przez obrońcę podejrzanego nie będzie budził wątpliwości. Dowodem, który mógłby prowadzić do ustalenia okoliczności istotnych w sprawie, a jednocześnie wymagających wiadomości specjalnych jest z całą pewnością prywatna opinia biegłych, ale może być nim też opracowanie naukowe, literatura fachowa, lub wytyczne towarzystw naukowych. Z uwagi na wyrażany w orzecznictwie i doktrynie pogląd, że opinia prywatna nie może zastępować opinii biegłych, powołanych przez organ prowadzący postępowanie, szansa na wprowadzenie

takiej opinii jako wyłącznego dowodu na okoliczności wymagające posiadania wiedzy specjalnej w postępowaniu nie jest znaczna.

Podejrzanemu oraz jego obrońcy doręcza się złożoną opinię na piśmie, a także zezwala na branie udziału w przesłuchaniu (art. 318 k.p.k.). Już na tym etapie możliwe jest więc ewentualne kwestionowanie opinii biegłych oraz składanie wniosków o jej uzupełnienie lub wydanie nowej opinii.

Jak wynika z powyższego, aktywność dowodowa podejrzanego i jego obrońcy już w toku postępowania przygotowawczego może mieć istotne znaczenie w sprawie. Należy mieć na względzie, że w procesach medycznych osoby podejrzane o popełnienie czynów zabronionych dysponują wiedzą specjalną, którą z całą pewnością powinny wykorzystać do obrony swoich praw. Wiedza ta może okazać się przydatna do sformułowania wniosków dowodowych zarówno co do osoby biegłego lub biegłych, ustalenia ich specjalizacji oraz wskazania pytań, które powinny zostać skierowane do biegłych. We wszystkich ww. aspektach, to właśnie podejrzany lekarz, położna czy ratownik medyczny będą dysponowali wiedzą, której nie posiadają prawnicy, a zatem ani prokurator, ani obrońca, ani sąd.

5.2.6. Opinia prywatna jako dowód w postępowaniu karnym

W Polsce postępowanie karne ma charakterze inkwizycyjny. Oznacza to, że to rolą organów ścigania jest przeprowadzenie postępowania, zbadanie sprawy i przedstawienie dowodów winy określonej osoby. Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 79 § 1 k.p.k. oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swej niewinności ani obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść, a jednocześnie – stosownie do zasady unormowanej w art. 6 k.p.k., oskarżonemu przysługuje prawo do obrony, w tym prawo do korzystania z pomocy obrońcy, o czym należy go pouczyć.

Wprawdzie pozornie oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swojej niewinności, jednak praktyka pokazuje, że znacznie większe szanse na korzystne rozstrzygnięcie będą mieli ci, którzy podejmą aktywną obronę, a niżeli osoby, które będą jedynie biernie oczekiwać na rozstrzygnięcie organów ścigania (chyba że brak możliwości przypisania sprawstwa i winy jest oczywisty). Milczenie jest prawem oskarżonego, jednak korzystanie z niego w sprawach skomplikowanych (a do takich najczęściej należą sprawy o błędy medyczne) może nie okazać się skuteczną linią obrony. Wśród czynności, jakie mogą podejmować osoby oskarżone o popełnienie czynów zabronionych, jest uzyskanie opinii prywatnych.

Jaki walor dowodowy mają takie opinie? Od dnia 1 lipca 2015 roku, na skutek nowelizacji przepisu art. 393 § 3 k.p.k. nie budzi już wątpliwości, że **opinie prywatne stanowią dowód w sprawie, sporządzony dla celów postępowania i przedstawiony przez stronę** (wydany na jej zlecenie i koszt). Opinie prywatne stanowią dokumenty prywatne, które zawierają wiadomości specjalne. W orzecznictwie przyjmowany jest pogląd, że opinie takie nie stanowią natomiast dowodów z opinii biegłych w rozumieniu przepisów procedury karnej, mogą jednak stanowić podstawę (swoisty impuls dla organu procesowego) do uzyskania opinii innych biegłych lub przeprowadzenia uzupełniającego przesłuchania biegłych, którzy wydali uprzednio opinię w sprawie.

Jak jednak zauważył Sąd Najwyższy: *Opinia prywatna, będąca w istocie pisemnym opracowaniem zleconym przez uczestnika postępowania, a nie przez uprawniony organ procesowy, nie jest opinią w rozumieniu art. 193 k.p.k. w zw. z art. 200 § 1 k.p.k. i nie może stanowić dowodu w sprawie.*

*Określenie danego opracowania mianem opinii, czy też podpisanie takiego opracowania przez określoną osobę, powołującą się na posiadanie wiadomości specjalnych, nie ma znaczenia. Niczego w tym zakresie nie zmienia też fakt, że autor prywatnej ekspertyzy jest wpisany na listę jako biegły sądowy. Opinia prywatna stanowi bowiem dowód w rozumieniu przepisów procesowych, jednak jest to dowód w postaci dokumentu prywatnego przedstawionego przez stronę (...)*⁴⁴.

Powyższe stanowisko jest wyrażane w judykaturze oraz wśród przedstawicieli doktryny, choć znaleźć można także stanowiska odmienne. W praktyce w procesach medycznych opinie prywatne sporządzane na zlecenie podejrzanych lub oskarżonych są coraz częściej wykorzystywane jako środek przydatny do wykazania wad opinii biegłego sądowego.

5.2.7. Posumowanie

Reasumując, w procesach lekarskich kluczowe znaczenia dla ich rozstrzygnięcia ma dowód z opinii biegłego. Wynika to faktu, że dla wydania orzeczenia niezbędne jest ustalenie okoliczności wymagających wiadomości specjalnych. Z tego względu opinie wydawane przez specjalistów powinny spełniać standardy rzetelności, być kompletne, zrozumiałe i spójne. Oczywiście jest, że nie w każdym przypadku możliwe jest udzielenie kategorycznej odpowiedzi na pytania organów procesowych lub stron. Należy jednak dążyć do jak najbardziej precyzyjnego formułowania wniosków końcowych opinii tak, aby ustalenia sądu stanowiące podstawę rozstrzygnięcia były prawdziwe. Natomiast niedające się usunąć wątpliwości sąd zawsze powinien rozstrzygnąć na korzyść oskarżonego (art. 5 § 2 k.p.k.). Powyższa gwarancja procesowa powinna znajdować zastosowanie również w odniesieniu do spraw personelu medycznego, w których jednoznaczne ustalenie okoliczności faktycznych sprawy jest znacznie utrudnione lub wręcz niemożliwe. Stosowanie tej regulacji napotyka jednak w praktyce na poważne przeszkody, skutkujące koniecznością dowodzenia przez oskarżonego swej niewinności.

5.3. Dokumentacja medyczna jako dowód w postępowaniu karnym

adw. Michał Górski

W sytuacji, gdy w postępowaniu karnym niezbędne jest ustalenie okoliczności związanych ze stanem zdrowia pokrzywdzonego, znaczenie dokumentacji medycznej jest w oczywisty sposób nie do przecenienia, w szczególności w sprawach dotyczących przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu (rozdział XIX k.k.). Podobnie jak w postępowaniu cywilnym, stanowi ona podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych, które dotyczyć mogą zarówno prawidłowości postępowania personelu medycznego, jak też stopnia uszczerbku na zdrowiu poniesionego przez osobę pokrzywdzoną. Jednocześnie zwrócić należy uwagę, że w analizowanym kontekście niekompletna dokumentacja medyczna może stanowić podstawę do ustalenia odpowiedzialności karnej osoby ją prowadzącej, w sytuacji gdy skutkuje to konsekwencjami zdrowotnymi dla pacjenta. Jak słusznie

⁴⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2022 roku, sygn. akt: V KK 118/22, LEX nr 3432912.

wskazuje się w doktrynie, pewne uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej mogą wręcz skutkować odpowiedzialnością z tytułu narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 160 k.k.)⁴⁵.

5.3.1. Podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej

W praktyce często zdarza się, iż to Policja zwraca się do podmiotów wykonujących działalność leczniczą o udostępnienie dokumentacji medycznej, co ma miejsce bez podstawy prawnej, najczęściej z błędnym powołaniem na ogólny przepis k.p.k. w postaci art. 15 § 3, w zakresie w jakim przewiduje on obowiązek udzielenia pomocy na wezwanie organów prowadzących postępowanie karne w zakresie i w terminie przez nie wyznaczonym, jeżeli bez tej pomocy przeprowadzenie czynności procesowej jest niemożliwe albo znacznie utrudnione. Należy stanowczo podkreślić, iż Policja samodzielnie uprawnień takich nie posiada, natomiast przekazanie jej dokumentacji medycznej może mieć miejsce na polecenie sądu lub prokuratora (na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy o Policji).

W postępowaniu karnym, o udostępnienie dokumentacji medycznej może wystąpić prokurator lub sąd (w oparciu o art. 26 ust. 3 pkt 3 u.p.p.), w związku z prowadzonym postępowaniem. Niezależnie od powyższej podstawy prawnej, należy także wspomnieć o art. 226 zd. 2 k.p.k., z którego wynika, że w postępowaniu przygotowawczym o wykorzystaniu jako dowodów, dokumentów zawierających tajemnicę lekarską, decyduje prokurator.

W kontekście powyższego, w sytuacji gdy dochodzi do przeszukania, należy mieć także na uwadze art. 225 § 1 k.p.k., zgodnie z którym: *Jeżeli kierownik instytucji państwowej lub samorządowej albo też osoba, u której dokonano zatrzymania rzeczy lub u której przeprowadza się przeszukanie, oświadczy, że wydane lub znalezione przy przeszukaniu pismo lub inny dokument zawiera informacje niejawne lub wiadomości objęte tajemnicą zawodową lub inną tajemnicą prawnie chronioną albo ma charakter osobisty, organ przeprowadzający czynność przekazuje niezwłocznie pismo lub inny dokument bez jego odczytania prokuratorowi lub sądowi w opieczętowanym opakowaniu.*

Tym samym, przy przeszukaniu niezwykle ważnym jest, aby pamiętać o złożeniu do protokołu oświadczenia w powyższym przedmiocie, co obliuguje organ dokonujący przeszukania (najczęściej Policję) do zabezpieczenia dokumentacji w przewidziany w powyższym przepisie sposób, uniemożliwiający wgląd do niego osobom niepowołanym.

5.3.2. Oświadczenia pacjentów obejmujące przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary

W kontekście postępowania karnego, za szczególnie istotny z punktu widzenia obowiązków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, należy uznać art. 51 u.o.z.p., zgodnie z którym: *W dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia osoby, wobec której podjęto*

⁴⁵ T. Jurek, B. Świątek, *Dokumentacja medyczna i prawny obowiązek jej prawidłowego prowadzenia*, Family Medicine & Primary Care Review, nr 7/2005, s. 210-214.

czynności wynikające z niniejszej ustawy, nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. Zasadę tę stosuje się również do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu. Obowiązek nieujawniania tego rodzaju informacji przekazanych przez pacjenta, ma miejsce także w przypadku przesłuchania osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, co wynika z art. 52 ust. 1 u.o.z.p., który stanowi, że: Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary. Co istotne, w ust. 2 tego samego artykułu zastrzeżono dodatkowo, że zakaz ten stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego.

Z powyższą regulacją koresponduje także art. 199 k.p.k., stanowiący że: *Złożone wobec biegłego albo wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu.*

Jak słusznie wskazuje się w doktrynie prawa w odniesieniu do art. 51 u.o.z.p.: *Istotą omawianego przepisu jest ochrona osób, wobec których podjęto czynności wynikające z komentowanej ustawy [o ochronie zdrowia psychicznego – przyp. autor], przed pozyskaniem od nich informacji, które mogłyby posłużyć do pociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej, a które potencjalnie przekazałoby w sposób nie tylko intencjonalny, ale również niezamierzony bądź niekontrolowany*⁴⁶. Podzielić ponadto należy stanowisko dotyczące osób, których przedmiotowa regulacja dotyczy: (...) *do katalogu osób, wobec których podjęto czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zaliczyć należy nie tylko osoby chore psychicznie, upośledzone umysłowo oraz wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, ale także osoby, które swoim zachowaniem przejawiają możliwość zdiagnozowania ww. zaburzeń psychicznych. Co więcej, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza nieograniczony pokoleniowo (wiekowo) katalog potencjalnych osób, które podlegają jej regulacjom*⁴⁷.

5.3.3. Podsumowanie

Prowadzenie oraz udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, z punktu widzenia postępowania karnego należy uznać za istotne nie tylko ze względu na „standardową” rolę tego rodzaju dokumentu w postępowaniu dowodowym, ale także z uwagi na szczególnie doniosłe w tym wypadku konsekwencje, jakie zawarte w niej informacje niosą zarówno dla samego pacjenta, jak też osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Obowiązek szczególnej dbałości o zachowanie w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji wynika z szeregu przepisów, które w rygorystyczny sposób stanowią o zamkniętym katalogu podmiotów prowadzących postępowanie, którym może ona zostać udostępniona. Z punktu widzenia osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, kompletność dokumentacji i należyta staranność przy jej prowadzeniu, niejednokrotnie ma kluczowe znaczenie także dla odparcia zarzutu narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu.

⁴⁶ G. Wymysłowski, komentarz do art. 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [w:] Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz, red. P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński, Warszawa 2023.

⁴⁷ *Ibidem*.

6. Postępowania ugodowe

adw. Aneta Fornalik, MPA

Jedną z form rozstrzygnięcia sporu cywilnoprawnego z udziałem np. podmiotu leczniczego jest zawarcie ugody. Uгода to umowa, na podstawie której obie strony sporu czynią względem siebie pewne ustępstwa. Taka umowa może być zawierana celem uniknięcia skierowania sporu do postępowania sądowego, ale może także zakończyć trwające już postępowanie sporne. W niektórych przypadkach strony są zainteresowane zainicjowaniem postępowania sądowego jedynie celem zawarcia ugody (zawezwanie do próby ugodowej) – taka umowa zostaje wówczas oceniona przez sąd powszechny pod kątem legalności. Nadto wspomnieć należy o różnego rodzaju postępowaniach arbitrażowych czy mediacyjnych, w których może dojść do zbliżenia stanowisk stron, celem ustalenia ostatecznie wspólnego sposobu rozstrzygnięcia sporu.

W takich realiach rozstrzygania sporów funkcjonują także podmioty lecznicze, będące jednocześnie jednostkami sektora finansów publicznych (zwanymi dalej: **JSFP**). Chodzi tutaj głównie o SPZOZ-y, w której to formie prawnej działa szereg szpitali publicznych. Takie podmioty muszą spełnić dodatkowe wymogi formalne by mogło dojść do zawarcia ugody bez naruszenia przepisów regulujących funkcjonowanie podmiotów publicznych w zakresie finansów publicznych. To powoduje, że podmiot prywatny (np. pacjent), który zamierza zawrzeć ugodę ze szpitalem, musi mieć świadomość konieczności spełnienia dodatkowych wymogów formalnych do zawarcia ugody po stronie właśnie podmiotu publicznego.

Celem polubownych metod rozwiązywania sporów jest wypracowanie porozumienia satysfakcjonującego obie skonfliktowane strony. Porozumienie to przybiera postać ugody. Warunkiem uznania czynności prawnej za ugodę są wzajemne ustępstwa obu stron⁴⁸. Ustępstwo tylko jednej strony stosunku prawnego nie wystarczy do przyjęcia, iż doszło do zawarcia ugody⁴⁹.

⁴⁸ Zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 maja 2014 roku, sygn. akt.: I ACa 86/14, LEX nr 1477086.

⁴⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 lutego 2013 roku, sygn. akt.: V ACa 724/12, LEX nr 1292652.

6.1. Ugody sądowe i pozasądowe

r.pr. Marta Fredrych

Ugoda jest umową nazwaną zawieraną pomiędzy osobami fizycznymi lub prawnymi, które łączy określony stosunek prawny, będący powodem powstałego sporu. Ugody nie można zawrzeć, gdy zobowiązanie, którego miałyby ona dotyczyć zostało już wykonane. Zawarcie ugody jest dobrowolne i wymaga zgodnej woli obu stron dla jej sfinalizowania.

Ugodę zawsze warto brać pod uwagę i rozpatrywać zarówno przed wdaniem się w spór sądowy, jak i po wszczęciu postępowania sądowego. Uzasadnione jest zawrzeć ją w sprawach, w których już wstępna ich analiza pokazuje, że zidentyfikowane przez jedną lub drugą stronę roszczenie jest zasadne.

6.1.1. Kiedy warto rozważyć ugodę

W przypadku podmiotów leczniczych sprawy, w których należy przemyśleć zawarcie ugody dotyczyć będą przede wszystkim roszczeń pacjentów związanych z tzw. błędami medycznymi (np. nierozpoznanie przez lekarza złamania pomimo jego ewidentnego występowania), ale również sytuacji, w których wprawdzie do błędu medycznego nie doszło, ale naruszone zostały prawa pacjenta (np. lekarz zbadał pacjenta w obecności osoby trzeciej, pomimo że pacjent na piśmie sprzeciwił się obecności tej osoby przy badaniu). W sprawach tych jednak ugody zawierane są dość rzadko. Niemniej w przypadku spraw, w których szpital ma świadomość, iż do zawinionego błędu w istocie doszło, warto inicjatywę w kierunku zawarcia ugody podejmować. Ugoda pozwoli uniknąć skierowania przeciwko temu podmiotowi pozwu, a w konsekwencji długotrwałego, często wieloletniego procesu, jego wysokich kosztów i niekorzystnego rozstrzygnięcia sprawy. Ugoda daje potencjalną możliwość zapłaty pacjentowi kwoty często niższej, aniżeli dochodzona przez niego w postępowaniu sądowym.

Przedmiotem rozmów ugodowych pomiędzy stronami winno być ustalenie okoliczności faktycznych przemawiających na korzyść lub/i niekorzyść obu stron, wzajemne oczekiwania i propozycje stron co do możliwych rozwiązań oraz przedstawienie ustępstw, jakie dana strona jest skłonna poczynić by dojść do porozumienia. Należy pamiętać, że celem ugody nie jest przyjęcie rozwiązania satysfakcjonującego wyłącznie jedną stronę bądź sprowadzające się do uznania roszczenia. Ugoda w sprawach medycznych stanowić powinna rozsądny kompromis.

Przepisy nie przewidują formy zawarcia ugody. Ustawodawca pozostawia tutaj swobodę. Niemniej rekomendowane jest zawieranie ugód w formie pisemnej. Warto przy tym pamiętać, że dla niektórych czynności prawnych została zastrzeżona konkretna forma, wówczas obowiązkowo ugoda musi spełniać wymogi tej formy (np. dla celów dowodowych, czy pod rygorem nieważności).

6.1.2. Treść ugody

Treść ugody z kolei powinna zawierać przede wszystkim takie elementy jak:

- 1) oznaczenie stron, które zawierają ugodę,
- 2) oznaczenie stosunku prawnego, w związku z którym jest zawierana,
- 3) opis ustaleń, które strony poczyniły w odniesieniu do danego stosunku prawnego,
- 4) zapis dotyczący wzajemnego zniesienia kosztów procesu (jeżeli uгода zawierana jest w toku procesu),
- 5) podpisy stron.

Uгода może być także opatrzona preambułą. Jest to element istotny, ponieważ nie tylko porządkuje i precyzuje jakiego konkretnie stanu faktycznego uгода dotyczy, ale także oddaje istotę sprawy, szczególnie w przypadku tych skomplikowanych i obejmujących kilka roszczeń. Warto zadbać również o to, by w ugodzie pojawiły się zapisy dotyczące zrzeczenia się przez pacjenta wszelkich innych roszczeń związanych ze zdarzeniem, z którym pacjent wiąże swoją szkodę, rezygnacji z dochodzenia odsetek, a jeżeli jest to uгода zawierana po wniesieniu pozwu zobowiązanie do cofnięcia pozwu. Zrzeczenie się roszczeń ma tę zaletę, że pacjent nie będzie miał już zasadniczo możliwości dochodzenia jakichkolwiek roszczeń związanych z tym konkretnym stosunkiem prawnym, a otrzymana kwota jest wystarczająca do zadośćuczynienia krzywdzie czy naprawienia szkody

Sposobów zawarcia ugody jest kilka. Strony mogą zawrzeć ugodę:

- 1) pozasądową samodzielnie,
- 2) bezpośrednio przed sądem powszechnym w postępowaniu pojednawczym,
- 3) bezpośrednio przed sądem powszechnym w procesie,
- 4) w toku procesu przy udziale mediatora, na podstawie postanowienia sądu o skierowaniu do mediacji.

Zdarza się, że pierwszą czynnością pacjenta w sprawie jest wezwanie podmiotu leczniczego do zapłaty z określonym terminem do uiszczenia żądanej kwoty tytułem odszkodowania bądź zadośćuczynienia. Wezwanie to najczęściej konkretnie precyzuje, z jakim zdarzeniem pacjent wiąże swoje roszczenie. Oczywiście w praktyce zdarzają się przypadki, że pacjenci niereprezentowani przez profesjonalnych pełnomocników mają trudności z precyzyjnym określeniem zdarzeń, które w ich ocenie doprowadziły do ich złego stanu zdrowia. Opisują wówczas własnymi słowami swoje subiektywne odczucia co do przebiegu leczenia i sytuację, które według nich doprowadziły do pogorszenia ich stanu zdrowia.

Na tym etapie należy nie tylko zapoznać się z treścią wezwania, ale i przeanalizować, czy skierowane roszczenie jest uzasadnione, czy też nie, a w przypadku wątpliwości co do tego z jakim zdarzeniem pacjent wiąże szkodę, zwrócić się do niego z prośbą o wyjaśnienie bądź szersze informacje.

Warto również zweryfikować, czy ubezpieczyciel w związku z tą sprawą przeprowadzał postępowanie likwidacyjne.

Zasadą jest, że postępowanie likwidacyjne nie toczy się bez wiedzy i udziału lekarza czy podmiotu leczniczego objętego obowiązkowym ubezpieczeniem. W sytuacji, gdy szpital (podmiot leczniczy) otrzyma od pacjenta wezwanie do zapłaty, o którym mowa powyżej, koniecznie należy poinformować o tym fakcie ubezpieczyciela. Ważne jest współdziałanie z ubezpieczycielem zmierzające do dogłębnej i rzetelnej weryfikacji zgłoszonego roszczenia, co pozwoli na podjęcie decyzji, czy jest ono zasadne czy też nie oraz czy zasadne jest już na tym etapie poczynienie kroków w zakresie ewentualnej ugody z pacjentem. Wsparcie ubezpieczyciela choćby stanowiskiem lekarza czy szpitala co do roszczenia pacjenta, w praktyce może okazać się wartościowym i istotnym elementem podjęcia decyzji co do danej szkody.

Może się jednak okazać (na podstawie treści pozwu i załączonych do niego dokumentów), że postępowanie likwidacyjne odbyło się bez naszego udziału oraz, że ubezpieczyciel uznał roszczenie pacjenta i wypłacił już pewną kwotę, obciążając polisę szpitala czy lekarza. Wypłata przez ubezpieczyciela odszkodowania może przesądzić sprawę na etapie postępowania sądowego, ponieważ świadczy o tym, że uznał on co do zasady i określonej wysokości odpowiedzialność za szkodę. Jeżeli kwota wypłacona przez ubezpieczyciela była niewielka w stosunku do stwierdzonej u pacjenta szkody zasadnym jest, już na tym etapie, w odpowiedzi na wezwanie do zapłaty zawrzeć choćby propozycję rozmów ugodowych bądź (jeżeli to możliwe) konkretną propozycję ugody.

6.1.3. Ugoda pozasądowa

W przypadku dojścia przez strony do porozumienia, należy przejść do sporządzenia treści ugody oraz jej podpisania. W powyższym przypadku strony same podejmują inicjatywę i przeprowadzają rozmowy ugodowe. Zawarcie ugody pozasądowej możliwe jest również, gdy spór zawisł już przed sądem. Należy pamiętać, że ugoda pozasądowa nie stanowi tytułu egzekucyjnego, co oznacza, że nie uzyskamy na nią klauzuli wykonalności, która pozwoliłaby wszcząć postępowanie egzekucyjne w przypadku niewywiązania się jednej ze stron z warunków ugody. Zawarcie tego rodzaju ugody nie zamyka jednak drogi sądowej.

6.1.4. Zawezwanie do próby ugodowej

Kolejną możliwością ugodowego zakończenia sporu jest pominięcie etapu rozmów przedsądowych i zawezwanie do próby ugodowej przed sądem. Najczęściej inicjowane jest ono przez pacjenta. W celu jego wszczęcia wzywający (pacjent) składa wezwanie do próby ugodowej do sądu rejonowego właściwego dla strony przeciwnej (szpitala), a gdy nie ma podstaw do ustalenia tej właściwości do sądu rejonowego właściwego dla wzywającego. Następnie podmiot leczniczy może odnieść się do propozycji ugodowej i ją przyjąć bądź odrzucić. Należy pamiętać, aby wziąć udział w posiedzeniu ugodowym, ponieważ absencja przeciwnika wniosku skutkować może obciążeniem go kosztami postępowania pojednawczego w toku ewentualnego przyszłego procesu. Jeżeli na posiedzeniu nie stawia się pacjent jako wzywający wówczas na wniosek podmiotu leczniczego zostanie on obciążony kosztami procesu. Jeżeli nie pojawi się reprezentant podmiotu leczniczego jako strona przeciwna i nie usprawiedliwi swojej nieobecności,

sąd na żądanie wzywającego, który wniósł następnie w tej sprawie pozew, uwzględni koszty wywołane próbą ugodową w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie. Przebieg posiedzenia zostaje utrwalony w protokole. Ugoda, jeśli zostaje zawarta, może być włączona do treści protokołu bądź znajduje się w osobnym dokumencie, stanowiącym załącznik do protokołu. Wszczęcie postępowania pojednawczego powoduje zawieszenie biegu terminu przedawnienia roszczenia pacjenta, co oznacza, że o czas jego trwania termin ten wydłuży się.

Tytułem przykładu, jeżeli roszczenie pacjenta przedawnia się z dniem 31 grudnia 2023 roku, a dnia 1 kwietnia 2023 roku pacjent wniósł do sądu wniosek o zawezwanie do próby ugodowej i postępowanie wszczęte na jego skutek zakończyło się na posiedzeniu w dniu 1 lipca 2023 roku, wówczas termin przedawnienia roszczeń upłyne finalnie w dniu 31 marca 2024 roku.

Ugoda zawarta w postępowaniu pojednawczym (podobnie jak w postępowaniu sądowym), w odróżnieniu od ugody pozasądowej stanowi tytuł egzekucyjny, a co za tym idzie możliwe będzie uzyskanie klauzuli wykonalności i wszczęcie postępowania egzekucyjnego.

6.1.5. Ugoda po wszczęciu postępowania sądowego

Ugoda może również być zawarta w toku procesu sądowego. Wniesienie pozwu do sądu nie oznacza bowiem, że szansa na zawarcie ugody przepadła. Sąd na każdym etapie sprawy, realizując swój obowiązek ustawowy, będzie zachęcać strony do podjęcia rozmów ugodowych. Najczęściej zapytuje strony już na początku procesu, czy widzą możliwość ugodowego zakończenia sprawy. Ponadto, w toku procesu ponawia zapytanie, szczególnie w sytuacji, gdy w toku sprawy pojawią się okoliczności wskazujące na taką możliwość.

Warto pamiętać, że kilka lat temu sąd uzyskał uprawnienie do wstępnego poinformowania stron o tym, jaka jest jego ocena sprawy i czy składnia się ku zasądzeniu czy też oddaleniu powództwa. Informacja o możliwości uznania za zasadne roszczenia pacjenta winna być impulsem do podjęcia z nim rozmów ugodowych. Strony mogą również same poinformować sąd, że są zainteresowane polubownym rozstrzygnięciem sporu. Wówczas sąd samodzielnie lub na wniosek stron wyznacza im określony termin na ustalenie szczegółów potencjalnej ugody. Po upływie tego terminu i uzyskaniu od stron informacji na temat ugody wyznacza posiedzenie. Na posiedzeniu sąd potwierdza ze stronami treść ugody, która stanowić będzie załącznik do protokołu. Jeżeli jednak strony nie dojdą do porozumienia postępowanie będzie toczyć się dalej.

Sąd może również skierować strony do mediacji na każdym etapie postępowania.

Często zdarza się, że już na początku procesu sąd wydaje postanowienie o skierowaniu stron do mediacji, które jest doręczane pozwanemu wraz z odpisem pozwu. Jeżeli strona nie wyraża zgody na mediację, może zgłosić swój sprzeciw w terminie 7 dni licząc od dnia doręczenia postanowienia. Wówczas mediacja nie jest przeprowadzana i proces toczy się dalej. Nie zamyka to jednak stronom możliwości zawarcia ugody na późniejszym etapie postępowania. Mediacja trwa nie dłużej niż 3 miesiące, a mediator za jej przeprowadzenie otrzymuje wynagrodzenie, które obciąża strony procesu. Z przebiegu mediacji mediator sporządza protokół zawierając w nim najistotniejsze informacje tj. dane stron, czas i miejsce przeprowadzenia mediacji oraz wynik mediacji. Gdy strony doszły do porozumienia i zawarły ugodę jej treść znajdzie się w protokole albo odrębnym dokumencie do niego załączonym. Ugoda może zawierać postanowienia dotyczące roszczeń wzajemnych stron, które nie były przedmiotem postępowania. Następnie mediator

występuje do sądu z wnioskiem o zatwierdzenie ugody. Taka ugoda po jej zatwierdzeniu przez sąd staje się tytułem wykonawczym, co oznacza, że po uzyskaniu klauzuli wykonalności może stać się podstawą do wszczęcia postępowania egzekucyjnego. Skutkiem zawarcia ugody jest umorzenie postępowania.

Przebieg rozmów ugodowych, ustaleń, negocjacji, wniosków i postulatów stron podnoszonych w toku postępowania mediacyjnego objęte są tajemnicą. Do dochowania tajemnicy zobowiązany jest przede wszystkim mediator i inne osoby biorące udział w postępowaniu mediacyjnym (chyba, że strony zwolnią ich z tego obowiązku). Strony natomiast nie mogą w toku postępowania sądowego, powoływać się na propozycje ugodowe, oświadczenia czy ustępstwa, które w toku postępowania mediacyjnego były czynione.

Ugoda, niezależnie od jej rodzaju, może zostać zawarta również w imieniu osoby małoletniej. Zanim to jednak nastąpi rodzice małoletniego musi uzyskać zgodę sądu opiekuńczego na dokonanie takiej czynności. Brak odpowiedniej zgody skutkować będzie nieważnością ugody.

6.1.6. Koszty postępowania

Warto również mieć na względzie kwestię kosztów postępowania w przypadku zawarcia ugody, czy to przed mediatorem, czy to przed sądem. Moment procesu, w którym dojdzie do zawarcia ugody ma znaczenie dla wysokości opłaty sądowej wniesionej od pisma inicjującego postępowanie, która zostanie zwrócona powodowi. Całość opłaty zostanie zwrócona, jeżeli postępowanie zakończyło się zawarciem ugody przed rozpoczęciem rozprawy przed sądem pierwszej instancji. Gdy rozprawa się już odbyła wówczas wysokość zwróconej opłaty zależy od tego czy do zawarcia ugody doszło przed sądem czy przed mediatorem. W pierwszym przypadku zwrócona zostanie jedynie połowa opłaty, w drugim trzy czwarte. Warto o tym pamiętać, ponieważ często zdarza się, że pełnomocnicy pacjentów doliczają wysokość poniesionej opłaty sądowej do proponowanej kwoty ugody pomimo, że jej całość bądź część odzyskają. Co do zasady koszty procesu znoszą się wzajemnie. Strony mogą jednak postanowić inaczej.

6.1.7. Roszczenie regresowe

Należy pamiętać, że podmiot leczniczy, który zawarł ugodę z pacjentem, może na jej podstawie wystąpić do lekarza (lub innej osoby wykonującej zawód medyczny), który udzielał świadczeń zdrowotnych związanych ze szkodą pacjenta, z roszczeniem regresowym. Prawo to przysługuje szpitalowi niezależnie od posiadanej przez niego polisy ubezpieczeniowej, z której szkoda została pokryta. Istotne znaczenie ma tutaj, czy lekarz był zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej, czy umowy o pracę. Od lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej można dochodzić zwrotu zapłaconych pacjentowi przez szpital kwot, w pełnej wysokości. Dotyczy to sytuacji, w których lekarz nie brał udziału w zawieraniu ugody pozasądowej, czy też nie był stroną w postępowaniu sądowym, które zakończyło się zawarciem ugody. Inaczej sytuacja wygląda, gdy lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę. Wówczas roszczenie poszkodowanego pacjenta kierowane jest wyłącznie przeciwko szpitalowi jako pracodawcy, który

może zostać zobowiązany do naprawienia szkody. Pracodawca może następnie dochodzić od pracownika zwrotu poniesionych przez siebie kosztów. Wysokość zwrotu zależy jednak od tego, czy szkoda została wyrządzona z winy nieumyślnej czy umyślnej. W pierwszym przypadku pracownik odpowiadać będzie maksymalnie do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia, a w drugim do pełnej wysokości.

Roszczenie regresowe niewątpliwie jest przywilejem podmiotu leczniczego stosowanym kiedy szpital pomimo żmudnej obrony i wykorzystania wszystkich prawnych możliwości przegrywa spór sądowy, który przesądził o popełnieniu błędu przez lekarza. Staje się ono narzędziem do odzyskania kwoty, którą na skutek przegranego procesu szpital musiał zapłacić. Niezależnie jednak od powyższego ewentualne roszczenie regresowe stanowi dodatkowy argument skłaniający do współpracy i współdziałania podmiotów leczniczych i lekarzy już od momentu zgłoszenia roszczenia przez pacjenta. Przyświeca im bowiem ten sam cel. To właśnie wspólne działanie zwiększa szanse procesowe, a w przypadku ewidentnej zasadności roszczenia na wypracowanie i zawarcie optymalnej ugody obejmującej wszystkich odpowiedzialnych za szkodę i poszkodowanych, kończącej sprawę.

Z roszczeniem regresowym względem lekarza może wystąpić również ubezpieczyciel, bez wiedzy i udziału szpitala.

6.1.8. Podsumowanie

Podsumowując, ugoda niezależnie od jej rodzaju, zdaje się być w dalszym ciągu niedocenianą instytucją, mimo iż dzięki niej można uniknąć długotrwałego i kosztownego procesu. Dlatego niezwykle istotne jest wnikliwe i rzetelne przeanalizowanie roszczenia pacjenta, już w momencie otrzymania jego zgłoszenia.

W przypadku szpitali dodatkowo często zachodzi obawa, że zawarcie ugody może spowodować naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Dlaczego ta obawa nie do końca jest słuszna zostanie wyjaśnione w kolejnym podrozdziale.

6.2. Warunki zawierania ugód przez publiczne podmioty lecznicze

adw. Aneta Fornalik, MPA

Podmiotem leczniczym, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 u.d.l., są m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ-y) oraz jednostki budżetowe. Prowadzenie działalności leczniczej w tej formie podlega także reżimowi u.f.p., jako że ww. podmioty zaliczane są także do jednostek sektora finansów publicznych (JSFP; art. 9 pkt 3 i u.f.p.). Wszelkie działania takich podmiotów, mające skutki finansowe, muszą podlegać ściśle reżimowi ww. ustawy. Chodzi m.in. o realizację zasady zawartej w art. 44 ust. 3 u.f.p., z której wynika, że wydatki publiczne powinny być dokonywane: 1) w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących

osiągnięciu założonych celów; 2) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań; 3) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Podmioty publiczne także mogą zawierać ugody, w tym w postępowaniu sądowym. Mogą to robić w tych przypadkach, w których występują jako podmioty stosunku opartego o reguły prawa cywilnego, czyli m.in. stosunku powstałego jako skutek niewłaściwego leczenia czy wadliwego wykonania każdej innej umowy cywilnoprawnej (odpowiedzialność deliktowa i kontaktowa). W zasadach i podstawach zawierania ugód należy uwzględnić regulację art. 54a u.f.p. w tych przypadkach, gdy stroną umowy-ugody ma być m.in. SPZOZ.

6.2.1. Ugody z art. 54a u.f.p.

Przywołany przepis obowiązuje w niezmienionej postaci od dnia 1 czerwca 2017 roku i stanowi, że: 1. JSFP może zawrzeć ugodę w sprawie spornej należności cywilnoprawnej w przypadku dokonania oceny, że skutki ugody są dla tej jednostki lub odpowiednio Skarbu Państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego korzystniejsze niż prawdopodobny wynik postępowania sądowego albo arbitrażowego. 2. Ocena skutków ugody nastąpi, w formie pisemnej, z uwzględnieniem okoliczności sprawy, w szczególności zasadności spornych żądań, możliwości ich zaspokojenia i przewidywanego czasu trwania oraz kosztów postępowania sądowego albo arbitrażowego.

Przed dniem 1 czerwca 2017 roku w regulacjach dotyczących zasad funkcjonowania JSFP nie było przepisu, który wprost wskazywałby na możliwość zawarcia ugody właśnie przez JSFP. Nie oznacza to jednakże, że takie ugody nie były zawierane – możliwość zawierania umów-ugód wywodziło się z ogólnej zasady prawa cywilnego: swobody umów. W nauce prawa wskazywało się także na niepewność prawną co do możliwości zawierania ugód przez JSFP, która wynikała z tego, że w prawie publicznym obowiązuje inna reguła interpretacyjna niż w prawie prywatnym, tj.: wszystkie działania mają odbywać się na podstawie i w granicach prawa. W prawie cywilnym z kolei obowiązuje zasada, że co nie jest zakazane, jest dopuszczalne (w przypadku umów jest to właśnie zasada swobody kontraktowania). Nowy przepis nie tylko potwierdził możliwość zawierania ugód przez podmioty publiczne, ale doprecyzował zasady zawierania tego rodzaju umów.

Przepis art. 54a u.f.p. został wprowadzony ustawą nowelizującą w ramach tzw. pakietu wierzycielskiego. Celem regulacji miało być ułatwienie wierzycielom dochodzenia swoich wierzytelności nie tylko poprzez wprowadzenie rozwiązań do prawa publicznego, ale także do sfery prawa prywatnego. Jak wynika z uzasadnienia do ustawy nowelizującej⁵⁰, wprowadzone zmiany miały na celu przede wszystkim ułatwić dochodzenie wierzytelności małym i średnim przedsiębiorcom. Gdy chodzi z kolei o zasadność potrzeby regulacji prawnej w zakresie tutaj omawianym, w uzasadnieniu do ustawy nowelizującej wskazano: Ponadto podmioty dysponujące środkami publicznymi, często z obawy przed zarzutem nienależytej dbałości o finanse publiczne, nie korzystają z możliwości zakończenia sporu w drodze ugody i prowadzą spór aż do wyczerpania wszystkich dostępnych środków zaskarżenia. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niewłaściwe podejście do zasad gospodarowania środkami publicznymi, zakładające, że w każdej sprawie spór musi zostać rozstrzygnięty w drodze wyroku przez sąd powszechny albo arbitrażowy. Dotyczy

⁵⁰ Uzasadnienie do druku sejmowego nr 1185: <https://sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=1185>

to także przypadków, gdy podmioty publiczne spodziewają się albo są wręcz pewne, że proces przegrają. Przykładem może być dochodzenie przewidzianych w umowie, lecz wygórowanych kar umownych. Powyższa praktyka wpływa na wydłużenie czasu uzyskania przez wierzyciela zapłaty od Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego. Do zawarcia ugody dochodzi w nielicznych przypadkach.

Odnosząc się do powyższego, wskazać trzeba, że uzasadnieniem zmian do u.f.p. było wprowadzenie wprost rozwiązań, które są wykorzystywane dla rozwiązywania sporów przez przedsiębiorców i pomiędzy przedsiębiorcami, ale nie budzi wątpliwości, że rozwiązania mają zastosowania i wartość także w relacjach JSFP z podmiotami prywatnymi. Tego rodzaju spraw właśnie w dużej mierze dotyczą spory pacjentów z SPZOZ-ami.

Z praktyki w zakresie obsługi prawnej podmiotów publicznych, w tym SPZOZ-ów wynika, że jako problem w obszarze dochodzenia wierzytelności przez podmioty publiczne zidentyfikowano: niewystarczające wykorzystanie przez jednostki z sektora publicznego możliwości polubownego zakończenia sporu, dotyczącego należności cywilnoprawnych, na co zresztą wskazano także uwagę w uzasadnieniu do ustawy nowelizującej. Dalej w uzasadnieniu ustawy nowelizującej jako cel regulacji uznano określenie przesłanek uzasadniających zawarcie, przez podmiot gospodarujący środkami publicznymi, ugody w sprawach dotyczących należności cywilnoprawnych.

Nowy przepis ma usprawniać procedury dochodzenia należności. W odniesieniu do przepisów wprowadzonych do u.f.p. wybrzmiewa wprost to, że celem regulacji jest także zwrócenie uwagi na możliwość pozainstytucjonalnego (w szczególności pozasądowego) sposobu rozwiązywania sporów powstałych w związku z dochodzeniem należności cywilnoprawnych przez JSFP.

W praktycznym ujęciu omawianego zagadnienia, nie można także pominąć faktu, że wprowadzenia do porządku prawnego art. 54a u.f.p. publicznych nie można oceniać bez uwzględnienia zmian w ogólnym podejściu środowiska prawniczego do sposobu rozwiązywania sporów cywilnych. W ostatnich latach prawnicze samorządy zawodowe zwracały uwagę, w ramach różnego rodzaju szkoleń i kampanii, na korzyści wynikające z możliwości zakończenia sporu w formie pozasądowej. Na możliwość zawierania ugód i skorzystania z instytucji mediacji wskazują także sędziowie na każdym etapie postępowania sądowego. Te działania, ujęte także w reguły procesowe, były próbą zmiany nastawienia społecznego, w którym pokutuje przekonanie, że sprawiedliwe (w odczuciu społecznym) rozstrzygnięcie problemu można znaleźć tylko w sądzie powszechnym.

O ile należy stwierdzić, że wprowadzenie do u.f.p. wprost instytucji ugody nie jest wprowadzeniem do porządku prawnego nowej instytucji, o tyle trzeba pamiętać, u.f.p. zawiera przesłanki i warunki zawarcia takiej ugody. Tak naprawdę u.f.p. uszczegóławia definicję ugody, której stroną jest podmiot publiczny. To powoduje, że podmioty zobowiązane do stosowania przepisów u.f.p. mogą być znacząco ograniczone w swobodzie ugodowego sposobu załatwienia sporu⁵¹. Takie ograniczenie wydaje się jednakże na gruncie przepisów prawa publicznego uzasadnione. Rozporządzanie środkami publicznymi musi podlegać szczególnym regułom prawnym, zdecydowanie bardziej rygorystycznym niż obrót finansowy na rynku komercyjnym.

⁵¹ Walczak, P., Ustawa o finansach publicznych. Komentarz dla jednostek samorządowych. Warszawa, 2021, komentarz do art. 54a.

6.2.2. Ulgi w spłacie zobowiązań cywilnoprawnych

Omawiając zagadnienie ugód jako formy rozwiązywania sporów, w które zaangażowane są m.in. SPZOZ-y, nie można pominąć regulacji u.f.p., które dotyczą ulg w spłacie zobowiązań cywilnoprawnych. Pod pojęciem ulg w spłacie należności cywilnoprawnych należy rozumieć instrumenty prawne wskazane w art. 55 i n. u.f.p., tj. umorzenie⁵², odroczenie płatności oraz rozłożenie na raty należności cywilnoprawnych. Przepis art. 54a u.f.p. można uważać za formalne poszerzenie katalogu dostępnych podmiotowi publicznemu rozwiązań służących zakończeniu sporów cywilnoprawnych, których jest on stroną.

W nauce prawa w odniesieniu do przepisów regulujących omawianą materię wskazano, że: *Zakres podmiotowy norm wyrażonych w przepisach art. 55–58 u.f.p. nie budzi wątpliwości: ich adresatami są podmioty wymienione w przepisie art. 55 u.f.p., tzn. organy administracji rządowej, państwowe jednostki budżetowe oraz państwowe fundusze celowe. Poza zakresem omawianej regulacji pozostają zatem pozostałe jednostki sektora finansów publicznych. Normy wyrażone w przepisach zarówno art. 55–58 u.f.p., jak i w art. 59 u.f.p. są normami uzupełniającymi normę ogólną wyrażoną w art. 42 ust. 5 u.f.p., która nakłada na wszystkie jednostki sektora finansów publicznych obowiązek ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny, oraz obowiązek terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania. O ile więc zasadą ogólną jest podejmowanie w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania, o tyle w sytuacjach określonych w przepisach art. 56–59 u.f.p. i w stosunku do należności organów administracji rządowej, państwowych jednostek budżetowych oraz państwowych funduszy celowych możliwe są odstępstwa od powyższej zasady. W stosunku do należności pozostałych JSFP (poza jednostkami samorządu terytorialnego, dalej: JST, których należności cywilnoprawne podlegają regulacjom art. 59 u.f.p.) ewentualnych odstępstw od zasady realizacji należności trzeba poszukiwać w ustawach odrębnych*⁵³.

Tryb umarzania należności cywilnoprawnych, odraczania terminu ich płatności oraz rozkładania na raty został szczegółowo opisany w art. 55–58 u.f.p. Ustawodawca bardzo precyzyjnie opisał warunki i przesłanki udzielania ulg w formach wskazanych w tych przepisach, a dokonywanie wykładni rozszerzającej tych przepisów nie jest dopuszczalne. Zasady udzielenia ulg w spłacie zobowiązań cywilnoprawnych odnoszą się do niewielkiej tylko grupy JSFP spośród jednostek wskazanych w art. 9 u.f.p. i nie dotyczą one m.in. SPZOZ-ów. Jeżeli podmioty te mają możliwość umarzania należności cywilnoprawnych, odraczania terminu płatności albo rozkładania należności na raty, to podstawy prawnej należałoby poszukiwać w innych przepisach u.f.p. bądź w przepisach odrębnych.

Na tej podstawie można poczynić spostrzeżenie, że regulacja prawna dotycząca ugody zawieranej przez podmiot publiczny jest zdecydowanie bardziej ogólna: dotyczy bowiem wszystkich JSFP. W odniesieniu do zawierania ugód, reguły te będą zatem jednolite, a przez to być może bardziej przejrzyste dla podmiotów spoza sektora publicznego (choć samo wskazanie warunków i przesłanek zawarcia ugody może okazać bardzo nieprecyzyjne – i to może prowadzić do negatywnej ogólnej oceny regulacji odnoszącej się do ugody). Zawarcie ugody polega

⁵² Robaczyński, W., Zieliński, Z., Dopuszczalność zawarcia ugody przez jednostkę sektora finansów publicznych w świetle znolizowanych przepisów ustawy o finansach publicznych, *Finanse Komunalne*, nr 1-2, 2018.

⁵³ M. Misiąg (red.), *Ustawa o finansach publicznych*, Warszawa, 2017, komentarz do art. 55.

na udzieleniu jednej ze wskazanych powyżej ulg, przy czym specyfika ugody zawieranej przez JSFP będzie wyrażać się w tym, że udzielenie ulgi musi być wzajemne⁵⁴.

Jak już wcześniej wskazano, działalność SPZOZ-ów reguluje u.d.l. Taki zakład może być utworzony przez Skarb Państwa albo przez JST, a także przez uczelnię medyczną. Podmiotom tym przysługuje osobowość prawna. W przepisach u.d.l. brak jest uregulowań dotyczących możliwości udzielania przez SPZOZ-y ulg w spłacie zobowiązań cywilnoprawnych. Literalna wykładnia przepisów prowadzi do wniosku, że zakłady te nie mogą udzielać ulg albowiem w przepisach prawa nie wskazano na taką możliwość. Taka interpretacja przepisów nie przystaje jednakże w ogóle do realiów, w jakich funkcjonują SPZOZ-y. Podmioty te nie wchodzą w relacje cywilnoprawne jedynie z innymi podmiotami publicznymi czy dużymi przedsiębiorcami, wykonującymi umowy zawarte w trybie przepisów regulujących zamówienia publiczne. Bardzo dużym problemem dla szpitali funkcjonujących w formie SPZOZ-ów jest dochodzenie należności od osób fizycznych, które uchylają się od zapłaty należności za wykonane usługi medyczne, które były odpłatne bądź które nie były objęte ubezpieczeniem zdrowotnym danej osoby (np. dlatego, że taka osoba nie została objęta takim ubezpieczeniem choć powinna). Są to kwoty różnego rzędu: od kilkudziesięciu złotych do kilku tysięcy złotych. Brak celowości dochodzenia spłaty tej należności wynika z tego, że już na etapie kierowania sprawy do sądu dyrektorzy SPZOZ-ów mają świadomość, że nie ma szans na rzeczywiste wyegzekwowanie nawet najmniejszych zaległości. Często odpłatna pomoc medyczna jest udzielana także osobom bez stałego miejsca zamieszkania, co dalej utrudnia znacząco prowadzenie sprawy przed sądem.

Brak wprost wskazanej podstawy prawnej dla takiego działania nie powoduje, że działanie te są podejmowane całkowicie bezrefleksyjnie, bez stosownej analizy prawnej. W oparciu o liczne interpretacje przepisów u.f.p., dokonywane przez RIO⁵⁵, wypracowano stanowisko, że SPZOZ-y mogą poprzez analogię stosować art. 55-58 u.f.p.

6.2.3. Uzasadnienie dla art. 54a u.f.p.

Kontynuując rozważania co do zasad zawierania ugód przez SPZOZ-y, ponownie wskazać należy na uzasadnienie dotyczącego wprowadzenia art. 54a u.f.p. na mocy ustawy nowelizującym. Wskazano tam, że: *Celem projektowanej regulacji jest racjonalizacja działań podmiotów publicznych na wzór podmiotów prywatnych, które dysponują faktyczną możliwością wyboru sposobu zakończenia sporu (rozstrzygnięcie sądu, ugoda) po uwzględnieniu wszystkich możliwych skutków, nie tylko prawnych, ale i ekonomicznych. Projektowana regulacja stworzy wyraźną podstawę prawną, w oparciu o którą podmioty publiczne będą miały możliwość rozważenia, czy z punktu widzenia zasad racjonalnego działania i gospodarowania środkami finansowymi, zasadne jest zakończenie sporu ugodą. Dzięki ugodzie może dojść np. do skrócenia czasu otrzymania zapłaty przez podmiot prywatny od dłużnika będącego jednostką sektora finansów publicznych, z drugiej strony poniesienia przez jednostkę niższych kosztów; nie tylko kosztów związanych z należnością główną i odsetkami, ale także wydatków związanych z prowadzeniem postępowania (własnych jak i strony przeciwnej).*

⁵⁴ Mikos-Sitek, A., Bucholski, R., Ustawa o finansach publicznych. Komentarz, Warszawa, 2017, komentarz do art. 55.

⁵⁵ Stanowisko Regionalnej Izby Odwoławczej w Gdańsku z dnia 22 maja 2015 roku, RP.0441/in./12/1/2015.

Ponadto w uzasadnieniu ustawy nowelizującej czytamy: *Mając na uwadze powyższe, proponuje się wprowadzenie do u.f.p. przepisu, który będzie stanowił podstawę do zawierania przez podmioty publiczne ugody w sprawach o należności cywilnoprawne mające charakter sporny. Przepis ten umożliwi podmiotom publicznym zawieranie ugody w sprawach o takie należności w przypadku dokonania przez nie oceny, że skutki ugody będą korzystniejsze niż prawdopodobny wynik postępowania sądowego albo arbitrażowego. Ocena skutków ugody powinna przy tym następować przy uwzględnieniu okoliczności sprawy, w szczególności zasadności spornych żądań, możliwości ich zaspokojenia oraz przewidywanego czasu trwania i kosztów postępowania. Regulacja ta ma stanowić niezależną od art. 55–59 u.f.p. podstawę do zakończenia sporu co do należności cywilnoprawnych, mogącą znaleźć zastosowanie przed wszczęciem postępowania sądowego albo arbitrażowego albo w ich toku (...).*

Korzyść wynikająca z zawarcia ugody powinna być badana w odniesieniu do korzyści samej jednostki lub odpowiednio (w zależności od tego, jakiego podmiotu dana sporna należność dotyczy) Skarbu Państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Może bowiem dojść do sytuacji, gdy jednostka zawierająca ugodę nie odniesie bezpośrednich korzyści, ale powstaną one po stronie Skarbu Państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Jest to także zbieżne z występującą w finansach publicznych przesłanką interesu publicznego. Podkreślenia wymaga, że ocena powinna odnosić się kompleksowo do wszystkich okoliczności, stanu sprawy itp. znanych i aktualnych w dacie jej dokonywania. Uzasadnia to tym samym dokonanie ponownej oceny, w przypadku gdy doszło do zmiany okoliczności, a wcześniejsza ocena wskazywała na niezasadność zawarcia ugody. Ocena jednostki powinna być udokumentowana i stwierdzona pismem. Pozwoli to na ewentualną weryfikację prawidłowości oceny ex post. (...).

(...) regulacja stworzy możliwość działania podmiotom publicznym bardziej elastycznie i adekwatnie do okoliczności danej sprawy. Pozwoli uniknąć sytuacji w których z analizy sprawy wynika, że korzystniejsza jest ugoda – a jedynym argumentem przeciw jest proste stwierdzenie, że organ z powodu wątpliwości natury formalnej nie może jej zawrzeć.

Uwzględniając powyższe, można dopiero dokonać wykładni samego przepisu. Gdy chodzi o zakres podmiotowy przepisu, to wskazuje on wyraźnie, że możliwość zawarcia ugody dotyczy wszystkich JSFP (art. 9 u.f.p.). Tak szerokie określenie podmiotów wskazuje, że celem regulacji było wprowadzenie takiego sposobu rozwiązywania sporów, który byłby sposobem możliwie szeroko dostępnym.

6.2.4. Należność cywilnoprawna

Dalej w analizowanym przepisie czytamy, że ugoda może dotyczyć należności cywilnoprawnej. *Należność o charakterze cywilnoprawnym jest (...) w terminologii prawa cywilnego roszczeniem, którego przedmiotem jest świadczenie pieniężne. Roszczenie jest z kolei typem prawa podmiotowego wynikającego ze stosunku o charakterze cywilnoprawnym. Stosunek cywilnoprawny jest terminem prawnym, którego znaczenie wynika ze zgodnego dorobku doktryny i orzecznictwa. W teorii prawa cywilnego przyjmuje się, że podstawowym kryterium decydującym o uznaniu danego stosunku prawnego za stosunek cywilnoprawny jest metoda regulacji oparta na zasadzie równorzędności stron, co jest równoważne z brakiem podporządkowania (nadrzędności) którejkolwiek ze stron. Metoda ta przeciwstawiana jest administracyjnoprawnej metodzie regulacji*

*stosunków prawnych, która zakłada występowanie w ramach stosunku prawnego nadrzędności jednej i podporządkowania drugiej strony*⁵⁶. Dalej: (...) nie można odmówić trafności poczynionemu przez SN spostrzeżeniu, że: 'granica między stosunkami uregulowanymi przez prawo cywilne a stosunkami określonymi ogólnie jako stosunki prawnoadministracyjne nigdy nie była wyraźna i (...) nigdy nie było jednolitości co do podziału systemu prawa na poszczególne gałęzie. Ograniczając zakres zainteresowań do tej kategorii stosunków społecznoprawnych, jakie powstają między organami administracji publicznej a osobami fizycznymi lub prawnymi, można je zaliczyć zarówno do jednej, jak i drugiej kategorii stosunków prawnych. Na ogół przyjmuje się, że stosunki cywilnoprawne mają swoisty majątkowy charakter, gdyż przedmiotem ich jest przynależność dóbr majątkowych, obrót tymi dobrami, świadczenie usług itp. Cechą znamioną tych stosunków ma być także równoprawny charakter wzajemnych uprawnień i pozycji stron, aczkolwiek w wielu aktach normatywnych elementy cywilnoprawne przeplatają się z elementami administracyjnoprawnymi, a także w wielu wypadkach decyzje administracyjne pociągają za sobą powstanie, zmianę lub ustanie stosunków cywilnoprawnych, jak również stanowią przesłankę zawarcia umowy określającej wzajemne zobowiązania między stronami (uchwała SN z 31.1.1995 r., III AZP 11/94, OSNAPIUS 1995, Nr 11, poz. 126)'⁵⁷. Aktualna wykładnia przepisów i ich stosowanie wskazuje, że sporna należność nie musi mieć charakteru pieniężnego⁵⁸.

6.2.5. Wierzyciel i dłużnik

Należy nadto zwrócić uwagę, że literalne odczytanie przepisu prowadzi do wniosku, że ustawodawca dopuścił możliwość zawarcia ugody jedynie w sytuacji, w której to JSFP jest wierzycielem. Taka jednostronność przepisu jest spójna z regulacją zawartą w art. 55-58 u.f.p., które mają zastosowanie do udzielania ulg przez wskazane tam JSFP, nie zaś do udzielania ulg w spłacie dla tych jednostek (gdzie także użyto określenia należności). W praktyce, jako uzasadnione celem regulacji, jest stosowanie art. 54a u.f.p. jako podstawy prawnej zawarcia ugody także w tych sytuacjach, w których JSFP występuje w roli dłużnika. Taką praktykę potwierdza aktualnie dokonywana wykładnia przepisów⁵⁹. W przypadku SPZOZ-ów chodzi przede wszystkim o roszczenia pacjentów względem szpitala z tytułu błędnego leczenia.

6.2.6. Korzyści z ugody

Wobec wprowadzenia instytucji ugody do u.f.p., możliwość czynienia rozważań prawnych w zakresie przesłanek zawarcia ugody w oparciu o inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego jest już mocno ograniczona. Skutki (korzyści, wartości) ugody mają odnosić się do: 1) JSFP lub, 2) odpowiednio SP, 3) albo budżetu JST. Zredagowanie przepisu w tym zakresie nie jest do końca jasne, ale wydaje się, że należy przyjąć, że korzyści wynikające z ugody obejmują korzyści wszelkiego rodzaju, nie tylko korzyści finansowe – choć te przede wszystkim. Korzyścią

⁵⁶ Misiąg M., *op. cit.*

⁵⁷ *Ibidem.*

⁵⁸ Rekomendacje dot. postępowania w zakresie polubownego rozwiązywania sporów, Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej, s. 4.

⁵⁹ *Ibidem.*

może być np. osiągnięcie porozumienia w zakresie dokończenia przez wykonawcę wykonywania umowy, na której zależy JSFP; taką sytuację można sobie wyobrazić na kanwie sporu z wykonawcą umowy o roboty budowlane co do wysokości wynagrodzenia mu należnego w przypadku, gdy między stronami istnieje spór, w jaki sposób to wynagrodzenie obliczyć. Skutki dla budżetu mają dotyczyć JST. Tu ustawodawca zdecydował się na ograniczenie zakresu korzyści.

6.2.7. Ocena skutków ugody

Przesłanką do zawarcia ugody jest dokonanie oceny skutków ugody. Warunki dokonania tej oceny są następujące:

- 1) Ocena musi prowadzić do ustalenia, że skutki ugody będą korzystniejsze niż prawdopodobny wynik postępowania sądowego lub arbitrażowego.
- 2) W przypadku JSFP innych niż JST korzyść nie musi dotyczyć tylko budżetu tej jednostki.
- 3) Ocena prawdopodobnego wyniku postępowania sądowego lub arbitrażowego musi być dokonana po ustaleniu (uświadomieniu sobie) okoliczności, które mogą być ocenione przez sąd jako niekorzystne dla JSFP. Ocena w tym zakresie winna obejmować nie tylko teoretyczną analizę przepisów prawa, ale także dotychczasowe orzecznictwo sądowe w podobnych sporach.

Art. 54a ust. 2 u.f.p. zawiera dalsze warunki dokonywania oceny skutków ugody:

- 1) Ocena skutków ugody musi mieć formę pisemną.
- 2) Ocena skutków ugody musi uwzględniać okoliczności sprawy, w szczególności:
 - a) zasadność spornych żądań,
 - b) możliwość zaspokojenia tych roszczeń,
 - c) przewidywany czas trwania postępowania sądowego albo arbitrażowego,
 - d) przewidywane koszty postępowania sądowego albo arbitrażowego.

Istotna trudność pojawia się już na etapie konieczności dokonania oceny treści ugody, która potencjalnie mogłaby zostać zawarta. Kto, co i jak powinien badać? Wskazane w art. 54a u.f.p. kryteria oceny ugody są w istocie kryteriami oceny prawnej, zatem zasadniczo powinna być przeprowadzona przez czy z udziałem prawnika świadczącego pomoc prawną na rzecz danego podmiotu publicznego.

Ocena skutków zawarcia ugody musi przybrać formę pisemną. W praktyce będą to zatem m.in. opinie prawne, informacje prawne lub stanowiska prawne. Ocena ta (tworzenie dokumentu) winna być przeprowadzona przed zawarciem ugody. Ustawodawca przewidział bowiem wyraźnie konieczność przeprowadzenia etapu poprzedzającego zawarcie ugody. Ma to być etap, w którym dojdzie do przeanalizowania wszystkich istotnych dla sprawy okoliczności, w szczególności tych wskazanych wprost w przepisie ustawy. To, jakie okoliczności będą brane pod uwagę, zależy będzie od charakteru każdej konkretnej sprawy. W praktyce dopuszcza się sporządzenie takiego dokumentu niezwłocznie po ustaleniu ostatecznej treści ugody i jej zawarciu przed sądem powszechnym. Sytuacja procesowa jest dynamiczna i trudno przyjąć, by zawarcie ugody sąd miał

oceniać także w oparciu o istnienie dokumentu zawierającego ww. ocenę. Ponadto ostatecznie treść ugody i tak jest ustalana na posiedzeniu sądowym. Wskazany wyjątek nie powinien być stosowany w tych przypadkach, gdzie proces ustalania treści ugody ma charakter pisemny lub ustny, rozłożony w czasie.

6.2.8. Sporność żądań

Najtrudniejszym, obligatoryjnym elementem oceny możliwości i zasadności zawarcia ugody, jest ocena w zakresie zasadności spornych żądań⁶⁰. Prawnie wiążąca ocena w tym zakresie zastrzeżona jest do kompetencji sądów powszechnych lub sądów polubownych. Zresztą ustawodawca w odniesieniu do prawdopodobnych rozstrzygnięć tych organów nakazuje oceniać sens zawarcia ugody. Ocena w omawianym aspekcie jest oceną bardzo trudną, a jej podstawą tak naprawdę będzie analiza przepisów prawa, stanowiska doktryny i poglądów wyrażanych w orzecznictwie. Takiej oceny na co dzień dokonują prawnicy, szacując wartość twierdzeń własnych w sprawie i twierdzeń strony przeciwnej w sporze. Jednocześnie każdy prawnik wie, że taka ocena zawsze obarczona jest ryzykiem, m.in. tzw. ryzykiem procesowym. To, co się zadzieje w procesie, nigdy nie jest do końca do przewidzenia. Wyroki sądowe, nawet w tzw. pewnych sprawach, nierzadko zaskakują. Stanowisko takie wyrażają także sami sędziowie sądów powszechnych. Dotyczy to w szczególności sporów między przedsiębiorcami czy z udziałem podmiotów- profesjonalistów w danej dziedzinie. Bardzo duża część powództw jest oddalana w całości. Takie rozstrzygnięcie zawsze jest zaskoczeniem dla strony powodowej, bowiem gdyby ktoś wiedział, że istnieje duże ryzyko przegrania sprawy, to najpewniej sprawy do sądu by nie kierował.

6.2.9. Zaspokojenie roszczeń

Kolejna z okoliczności, które winna być wzięta pod uwagę, to rzeczywista możliwość zaspokojenia roszczeń. To również bardzo ważna okoliczność, odnosząca się do możliwości finansowych dłużnika. Sytuacja ta może być przecież sytuacją zmienną. Należy mieć na względzie, że odroczenie terminu płatności na czas po zakończeniu ewentualnego procesu może wiązać się z tym, że sytuacja finansowa dłużnika może ulec radykalnemu pogorszeniu. Czas trwania postępowania sądowego to nawet kilka lat. Realnym jest szacowanie tej sytuacji na dany moment. Skoro w dacie zawierania ugody istnieje po stronie dłużnika wola polubownego rozstrzygnięcia sporu, należy się spodziewać, że taka wola będzie istniała także na nieodległym czasowo etapie wykonywania ugody, tj. że dłużnik dobrowolnie wykona ugodę. Jeżeli nawet tak by nie było, ugody zaakceptowane przez sąd także mogą być kierowane do egzekucji komorniczej.

⁶⁰ Mikos-Sitek, A., Bucholski, R., *op.cit.*

6.2.10. Czas trwania postępowania

Związek z powyższym ma także czas trwania postępowania sądowego albo arbitrażowego, który należy oszacować przy podejmowaniu decyzji o zawarciu ugody. Generalnie lepiej jest mieć mniej, ale szybciej niż potencjalnie więcej, ale później. Nadto wartość wierzytelności odzyskanej później może być relatywnie niższa niż mniejsza kwota uzyskana dużo wcześniej. Przy skomplikowanych procesach sądowych, gdzie spór opiera się np. na kwestii nieprawidłowego wykonania umowy, postępowanie cywilne może trwać kilka lat, a znaczenie może mieć:

- 1) do jakiego sądu sprawa trafia i jak szybko w tym sądzie wyznaczane są rozprawy;
- 2) aktywność procesowa strony przeciwnej;
- 3) ilość zgłoszonych wniosków dowodowych, m.in. ilość świadków koniecznych do przesłuchania w sprawie, konieczność przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego;
- 4) czas związany z wydaniem opinii przez biegłego;
- 5) wystąpienie okoliczności niezależnych od stron postępowania, które powodują konieczność odroczenia wyznaczonego terminu rozprawy.

6.2.11. Koszty postępowania

Gdy chodzi z kolei o koszty postępowania, to należy pamiętać, że generalnie koszty postępowania sądowego są bardzo wysokie. Na koszty te standardowo w sprawie składają się:

- 1) opłata od pozwu, liczona zasadniczo jako 5% wartości przedmiotu sporu;
- 2) koszty zastępstwa strony przeciwnej przez fachowego pełnomocnika, zależne od wartości przedmiotu sporu i jego nakładu pracy, osiągające poziom nawet kilku, kilkunastu tysięcy złotych przy tzw. dużych sprawach;
- 3) koszty sporządzenia opinii przez biegłego (tutaj wydatki te kształtują się bardzo różnie, ale w niektórych sprawach to koszty nawet kilkudziesięciu tysięcy złotych),
- 4) koszty tłumaczeń dokumentów, koszty dojazdów świadków do sądu, itp.

Ponadto do globalnych kosztów procesu należy wliczyć koszty opłaconej przed procesem pomocy prawnej, świadczonej dla strony procesu przez jej fachowego pełnomocnika. Strona wygrywająca proces nie ponosi kosztów postępowania, ale należy pamiętać, że najczęściej jest tak, że powód kredytuje cały proces albo znaczną część kosztów procesu, a koszty procesu od drugiej strony (w przypadku wygrania sprawy) może odzyskać dopiero na etapie wykonywania wyroku. Koszty postępowania arbitrażowego czy ugodowego są dużo niższe, a nadto postępowanie to jest dużo szybsze. W toku takich postępowań nie prowadzi się postępowania dowodowego, bowiem strony dochodzą do wypracowania wspólnego stanowiska poprzez wymianę argumentów różnego rodzaju. W przypadku niewypracowania wspólnego stanowiska czas trwania takiego postępowania wydłuża oczywiście czas postępowania koniecznego do odzyskania wierzytelności.

Etap poprzedzający zawarcie ugody, wyraźnie przez ustawodawcę wyróżniony i wskazany jako konieczność dokonania oceny okoliczności mających w danej sprawie znaczenie, ma być ze strony podmiotu publicznego wyrazem należytej dbałości o finanse publiczne⁶¹.

6.2.12. Postulaty *de lege ferenda*

Na gruncie powyższych uwag wskazać trzeba, że:

- 1) Sposób, w jaki dochodzi do udzielenia ulg w spłacie należności cywilnoprawnych przez SPZOZ-y, dowodzi temu, że regulacje zawarte w u.f.p. nie do końca odpowiadają potrzebom JSFP. Możliwość regulowania tych zagadnień w odrębnych przepisach (których w odniesieniu do SPZOZ-ów brakuje) nie spowoduje, że regulacja w zakresie zasad udzielania ulg będzie kompleksowa. Stąd postuluje się wskazanie w u.f.p. wprost, że SPZOZ-y są uprawnione do stosowania ulg, o których mowa w art. 55-58 u.f.p.
- 2) Uzupełnieniem powyższych rozwiązań prawnych jest instytucja ugody, na którą wskazuje art. 54a u.f.p. Przepis ten wymaga jednakże doprecyzowania – nie tylko z korzyścią dla jego stosowania przez SPZOZ-y – w zakresie:
 - a) Wyrażnego wskazania, że umowa może dotyczyć także innych roszczeń niż pieniężne.
 - b) Wyrażnego wskazania, że ugoda może dotyczyć także tych sytuacji, w których JSFP jest wierzycielem.
 - c) Dopuszczenia możliwości zawierania ugód także w sprawach, w których należność nie jest sporna, a interesem stron jest uregulowanie innych kwestii istotnych dla JSFP, m.in. dalsze wykonywanie umowy.
 - d) Doprecyzowania, że ocena zasadności zawarcia ugody powinna opierać się m.in. na analizie prawnej.
 - e) Wskazania, że w przypadku ugód zawieranych m.in. przed sądem powszechnym ocena zasadności zawarcia ugody – w formie pisemnej – może być dokonana niezwłocznie po jej zawarciu.
 - f) Rozważenia możliwości zwolnienia z obowiązku sporządzania pisemnej oceny zasadności zawarcia ugody w tych przypadkach, w których zawarcie ugody następuje przed sądem powszechnym, a JSFP reprezentowana jest przez fachowego pełnomocnika, którego ustawowym zadaniem jest doprowadzenie do osiągnięcia rezultatu sporu jak bardziej korzystnego dla prezentowanego klienta.

⁶¹ Por. także: A. Fornalik, M. Rożynek, Ugody sądowe: kiedy jednostka samorządu terytorialnego może je zawierać i o czym powinna pamiętać, aby nie naruszać przepisów, Dziennik Gazeta Prawna, dodatek Samorząd i Administracja z dnia 5 lipca 2023 roku.

7. Zakończenie

r. pr. Anna Piotrowska-Musioł

W idealnym świecie szpitale i inne placówki medyczne, pozbawione większych trosk finansowych, w niezachwianym poczuciu misji, niosą na czas ulgę i pomoc wszystkim cierpiącym pacjentom, a niestrudzeni lekarze nigdy się nie myślą w diagnozach, tną równo i we właściwych miejscach i zawsze mają czas na cierpliwe objaśnianie każdego z etapów leczenia. Tego byśmy sobie wszyscy życzyli – zarówno jako członkowie personelu medycznego, jak i osoby zarządzające jednostkami systemu opieki zdrowotnej, ale także jako sami pacjenci, którymi jesteśmy lub będziemy kiedyś z pewnością.

O tym jak bardzo rzeczywistość odbiega od ideału nie trzeba nikogo przekonywać. Przyczyny pojawiania się tzw. błędów medycznych są różne. Część wynika z niedoskonałości samego systemu opieki zdrowotnej, który zdaje się być w fazie ciągłych reform, które doprowadzają go nierzadko na skraj załamania, co generuje następnie potrzebę reformy reformy – i tak ciągle bez szczęśliwego zakończenia w hollywoodzkim stylu. W tym chaosie muszą się jakoś odnaleźć zarówno osoby zarządzające placówkami medycznymi, jak i sami medycy, o pacjentach już nie wspominając.

Nie wszystkie niepowodzenia medyczne można jednak zrzucić na karb złego systemu, o czym wiemy najlepiej jako prawnicy zajmujący się na co dzień problematyką roszczeń zgłaszanych przez pacjentów zarówno wobec podmiotów leczniczych, jak i praktykujących indywidualnie lekarzy i pielęgniarek. Popęlanie błędów jest niestety wpisane w istotę wykonywania zawodów medycznych, ważne jednak by w razie problemów wiedzieć jakie podjąć działania, aby możliwie najskuteczniej przedstawić argumenty na swoją obronę.

Mamy nadzieję, że, oddając w Państwa ręce to opracowanie, udało się nam w sposób przystępny przybliżyć różne – niejednokrotnie zawile – procedury i postępowania, w których może przyjść konieczność wzięcia udziału jak już okaże się, że coś poszło niezgodnie z planem, a temat nagle wzbudził zainteresowanie Rzecznika Praw Pacjenta, prokuratora, czy też sądu.

System dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu błędów medycznych jest równie niedoskonały jak nasz system opieki zdrowotnej. Postępowania sądowe ciągną się latami i potrafią być wyczerpujące dla ich uczestników. Brakuje lekarzy chętnych do podjęcia się funkcji biegłych, a jak już się znajdują to nie zawsze są w stanie właściwie rozstrzygać o coraz bardziej skomplikowanych zagadnieniach składających się na proces leczenia. Problemów tych nie rozwiązały jak dotąd pomysły związane z pozasądowym systemem dochodzenia roszczeń. Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych nie spełniły pokładanych w nich nadziei i oczekiwani i przechodzą właśnie w niesławie do historii. Z kolei konstrukcja nowego scentralizowanego postępowania skupionego wokół Rzecznika Praw Pacjenta, które ma na celu przyznawanie świadczeń kompensacyjnych w zasadzie bez udziału zainteresowanych podmiotów leczniczych sprawia, że jesteśmy wobec tego rozwiązania nastawieni co najmniej sceptycznie.

Mimo różnych koncepcji i pomysłów mających odciążyć wymiar sprawiedliwości, sprawy o błąd medyczny i tak w przytłaczającej większości trafiają w tryby tej maszyny ze wszystkimi konsekwencjami procesowymi. Pojawia się w niej z całą pewnością dylematy związane

z obowiązkiem zachowania tajemnicy zawodowej, pytania o prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, jak również konieczność rozważenia czy najrozsądniejszym rozwiązaniem nie jest jednak zawarcie z pacjentem ugody. W przypadku jednostek sektora finansów publicznych zawsze pojawia się wątpliwość czy jednak jakkolwiek wyrok nie jest bezpieczniejszy niż ugoda, czy jej zawarcie jest dopuszczalne, czy nie będzie to generować dodatkowych problemów i konieczności tłumaczenia się przed organami nadzoru. Wyjaśniamy krok po kroku jakie warunki należy spełnić aby taka ugoda była prawidłowa pod względem formalnym i bezpieczna dla dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Naszą ideą jako autorów tego e-booka było przybliżenie całego spektrum zagadnień związanych z postępowaniami w sprawach błędów medycznych w możliwie przystępny i zwięzły sposób. Do poruszanych tematów podchodziliśmy jako praktycy zajmujący się na co dzień obroną tych mniejszych i tych dużych podmiotów leczniczych, jak również osób wykonujących zawody medyczne, przed kierowanymi wobec nich roszczeniami i zarzutami zarówno w sprawach karnych, jak i cywilnych.

Z ogromną przyjemnością podzieliliśmy się z Państwem naszą wiedzą i doświadczeniem. Ufamy, że rady i wskazówki zawarte w naszej publikacji pozwolą na uniknięcie pułapek procesowych i błędów popełnianych często nieświadomie w gąszczu przepisów prawa medycznego.

8. Bibliografia

- 1) Borysiak, A. Miarkowanie kary umownej (w:) Bosek, L. (red.), Prawo i Państwo. Księga jubileuszowa 200-lecia Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe, 2017.
- 2) Bosek L. (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020.
- 3) Chmielowiec B.[w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, D. Karkowska (red.), Warszawa 2021, art. 4
- 4) Chmielowiec B. [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, za Z. Cnotą [w:] Z. Cnota [i in.], Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz, Warszawa 2016, art. 4.
- 5) Chowaniec Cz., Chowaniec M., Wilk M., Opiniowanie w sprawach z podejrzenia błędu medycznego, Wiadomości lekarskie 2017, tom LXX nr 3, cz. II., str.649 i n.
- 6) Dragon, G. Nowe zasady dotyczące umarzania należności cywilnoprawnych, określone w nowelizacji ustawy o finansach publicznych (w:) Kontrola zarządcza w jednostkach sektora publicznego, nr 5/2017.
- 7) Ereciński T. [w:] Grzegorzcyk P., Gudowski J., Markiewicz K., Walasik M., Weitz K., Ereciński T., Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom II. Postępowanie rozpoznawcze, LEX/el. 2022, art. 281.
- 8) Flejszar, R. Sobuś, M. Zastępstwo Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej a ugodowe rozwiązywanie sporów cywilnych (w:) Bosek, L. (red.), Prawo i Państwo. Księga jubileuszowa 200-lecia Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe, 2017.
- 9) Fornalik A., Rozynek M., Ugody sądowe: kiedy jednostka samorządu terytorialnego może je zawierać i o czym powinna pamiętać, aby nie naruszać przepisów, Dziennik Gazeta Prawna, dodatek Samorząd i Administracja z dnia 5 lipca 2023 roku.
- 10) Franusz, A. Charakter prawny ugody sądowej oraz skutki prawne jej zawarcia, Studia Prawnoustrojowe nr 24, 2014.
- 11) Hanusiak, E., Szczerba, M., Woźnicki, A. Cywilnoprawne ugody Skarbu Państwa w świetle doświadczeń Prokuratury Generalnej (w:) Bosek, L. (red.), Prawo i Państwo. Księga jubileuszowa 200-lecia Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe, 2017.
- 12) Jurek T., Świątek B., Dokumentacja medyczna i prawny obowiązek jej prawidłowego prowadzenia, Family Medicine & Primary Care Review, nr 7/2005, s. 210-214.
- 13) Karkowska D., Błażewicz G. [w:] Bielak-Jomaa E., Bryzek R., Chmielowiec B., Ćwikiel M, Grzesiewski P., Kmiecik B., Nowak A., Karkowska D., Błażewicz G., Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2021.

- 14) Kurowski M. [w:] Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany, D. Świecki (red.), LEX/el. 2024, art. 193.
- 15) Manowska M. (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 278¹.
- 16) Mikos-Sitek, A., Bucholski, R., *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Warszawa: System Informacji Prawnej Legalis, 2017.
- 17) Misiąg, M. (red.), *Ustawa o finansach publicznych*, Warszawa: System Informacji Prawnej Legalis, 2017.
- 18) Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017, s. 823.
- 19) Rękas, A. (red.), *Czy tylko sąd rozstrzygnie w sporze? Mediacje i sądownictwo polubowne. Informator o alternatywnych sposobach rozwiązywania sporów*, Warszawa, 2010.
- 20) Robaczyński, W., Zieliński, Z., *Dopuszczalność zawarcia ugody przez jednostkę sektora finansów publicznych w świetle znowelizowanych przepisów ustawy o finansach publicznych*, *Finanse Komunalne*, nr 1-2, 2018.
- 21) Sieńko M. [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Art. 1-477(16), M. Manowska (red.), LEX/el. 2022, art. 281.
- 22) Turczyn [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Art. 1–505(39). Tom I, Piaskowska O. M. (red.), Warszawa 2024, art. 281.
- 23) Walczak, P. *Dochody jednostek samorządu terytorialnego o charakterze cywilnoprawnym (w:) Kontrola zarządcza w jednostkach sektora publicznego*, nr 5/2016.
- 24) Walczak, P. *Ugoda w sprawie spornej należności cywilnoprawnej a procedury kontroli zarządczej (w:) Kontrola zarządcza w jednostkach sektora publicznego*, nr 10/2017.
- 25) Walczak, P., *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz dla jednostek samorządowych*. Warszawa: System Informacji Prawnej Legalis, 2021.
- 26) Wronkowska, S., *Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa*, wydanie trzecie poprawione i uzupełnione, Poznań, 2005.
- 27) Wymysłowski G., [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. P. Drebnkowski, B. Kmiecik, R. Tyminski, Warszawa 2023, art. 51.
- 28) Pismo Ministra Środowiska z dnia 25 marca 2013 roku, DLPpn-078-7/12023/13/WH.
- 29) Rekomendacje dot. postępowania w zakresie polubownego rozwiązywania sporów, Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej.
- 30) Stanowisko Regionalnej Izby Obrachunkowej w Gdańsku z dnia 22 maja 2015 roku, RP.0441/in./12/1/2015.
- 31) Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu ułatwienia dochodzenia wierzytelności, druk sejmowy nr 1185: źródło elektroniczne: <https://sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=1185>.
- 32) Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta, druk nr 3488, źródło elektroniczne: <https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3488>.

9. Orzecznictwo

- 1) Postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 8 lipca 2021 roku, sygn. akt: XXVIII C 8434/21 (niepubl.).
- 2) Postanowienie Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 13 lutego 2012 roku, sygn. akt: I ACz 270/12, LEX nr 1111997.
- 3) Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 grudnia 2013 roku, sygn. akt: I OSK 1161/12, LEX nr 1460784.
- 4) Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 maja 2018 roku, sygn. akt: II OSK 1258/18, LEX nr 2525797
- 5) Postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 1 marca 2013 roku, sygn. akt: VII SA/Wa 2759/12, LEX nr 1451337.
- 6) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 13 sierpnia 2014 roku, sygn. akt: I ACa 233/14, LEX nr 1498958.,
- 7) Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 2019 roku, sygn. akt: II OSK 2989/19, LEX nr 2774697.
- 8) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2018 roku, sygn. akt: V CSK 142/17, LEX nr 2455743.
- 9) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 6 grudnia 2012 roku, sygn. akt: I ACa 373/12, LEX nr 1246797
- 10) Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 października 2020 roku, sygn.. akt: IV KK 353/20, LEX nr 3277909.
- 11) Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2022 roku, sygn. akt: V KK 118/22, LEX nr 3432912.
- 12) Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 7 grudnia 2021 roku, sygn.. akt: II GSK 2224/21, LEX nr 3291058.
- 13) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 16 października 2014 roku, sygn. akt: I ACa 394/14, LEX nr 1649286.
- 14) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 listopada 1976 roku, sygn. akt: I CR 374/76, OSNC 1977, nr 10, poz. 187.
- 15) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 roku, sygn. akt: IV CSK 388/09, LEX nr 1111021.
- 16) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 12 lutego 2014 roku, sygn. akt: I ACa 462/13, LEX nr 1437965.
- 17) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2012 roku, sygn. akt: I UK 235/11, Legalis nr 471269.

- 18) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 marca 2017 roku, sygn. akt: I ACa 1437/14, LEX nr 2282417.
- 19) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 września 2017 roku, sygn. akt: I ACa 1073/15, LEX nr 2418151.
- 20) Wyrok Sądu najwyższego z dnia 15 października 1997 roku, sygn. akt: III CKN 226/97, LEX. Nr 1110924.
- 21) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 8 stycznia 2013 roku, sygn. akt: I ACa 624/12, LEX nr 2216161..
- 22) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 czerwca 2019 roku, sygn. akt: V ACa 657/18, LEX nr 2923436.
- 23) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2020 roku, sygn. akt: III CSK 264/17, LEX nr 3373366.
- 24) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2023 roku, sygn. akt: IV KK 490/22, LEX nr 3525757.
- 25) Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2023 roku, sygn. akt: I KK 441/22, Legalis nr 2923856.
- 26) Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22 maja 2023 roku, sygn. akt: II AKa 92/23, Legalis nr 2966590.

O AUTORACH

radca prawny Magdalena Cieślińska-Dopierała

magdalena.dopierala@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie medycznym. Posiada wieloletnie doświadczenie w kompleksowej obsłudze prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Od lat z licznymi sukcesami reprezentuje Klientów w sporach sądowych, w szczególności w zakresie roszczeń odszkodowawczych kierowanych przez pacjentów wobec podmiotów leczniczych z tytułu błędów medycznych oraz z tytułu naruszenia praw pacjenta, jak i przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia jako płatnikowi. Przeprowadziła kilka procesów łączenia szpitali, jak również uczestniczyła w procesie zmiany podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

radca prawny Ewelina Jeglikowska

ewelina.jeglikowska@sowislo.com.pl

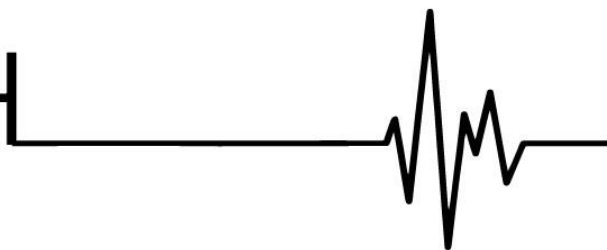
Specjalizuje się w prawie medycznym i prawie pracy. Kieruje pracą prawników zajmujących się prawem medycznym, obsługą podmiotów leczniczych i prawem pracy. Doradza publicznym i niepublicznym podmiotom leczniczym, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki ich działalności pod względem zarządczym, własnościowym i organizacyjnym oraz we wszelkich aspektach związanych z zatrudnianiem personelu medycznego oraz negocjowaniem i zawieraniem umów z NFZ. Występuje w imieniu Klientów w postępowaniach cywilnych dotyczących roszczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (błędy medyczne).

radca prawny Anna Piotrowska-Musioł

anna.piotrowska@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie cywilnym, prawie medycznym oraz prawie pracy. Posiada wieloletnie doświadczenie w obsłudze prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w szczególności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W codziennej praktyce doradza w sprawach związanych z wykonywaniem zawodów medycznych oraz zakładaniem podmiotów leczniczych. Zajmuje się także problematyką umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Reprezentuje lekarzy i podmioty lecznicze w licznych procesach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz w sporach z NFZ.

O AUTORACH



adwokat Aneta Fornalik, MPA

aneta.fornalik@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie i procedurze administracyjnej, w szczególności w zagadnieniach z zakresu planowania i zagospodarowania przestrzennego, prawa budowlanego, ochrony środowiska, prawa samorządowego i prawa finansów publicznych. Doradza podmiotom publicznym oraz przedsiębiorcom i podmiotom indywidualnym, także w obszarach prawa cywilnego i karnego. Reprezentuje klientów przed organami administracji publicznej, organami orzekającymi ws. o naruszenie dyscypliny finansów publicznych i w postępowaniach sądowych. Autorka publikacji w obszarze prawa publicznego i prawa cywilnego.



radca prawny Marta Fredrych

marta.fredrych@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie medycznym, cywilnym oraz pracy. Posiada doświadczenie w reprezentowaniu klientów na etapie przedsądowym, sądowym oraz egzekucyjnym. Reprezentuje klientów w postępowaniach cywilnych związanych z roszczeniami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (procesy medyczne) oraz w sprawach pracowniczych. Posiada praktyczne doświadczenie w prowadzeniu sporów sądowych cywilnych.



adwokat Michał Górski

michal.gorski@sowislo.com.pl

Posiada wieloletnie doświadczenie w obsłudze publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych oraz praktyk lekarskich. Pełnomocnik lekarzy i podmiotów leczniczych w licznych procesach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz w sporach z NFZ (w tym o tzw. nadlimity oraz świadczenia ponadryczałtowe). Prelegent podczas konferencji z udziałem lekarzy i personelu medycznego oraz kadr zarządzających podmiotami leczniczymi, a także w ramach szkoleń dla personelu lekarskiego, organizowanych przez Wielkopolską Izbę Lekarską.



O AUTORACH



adwokat Paulina Kozłowska

paulina.kozlowska@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie cywilnym, medycznym i w prawie pracy. Jest także obrońcą w sprawach karnych. Posiada praktyczne doświadczenie w obsłudze prywatnych i publicznych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W codziennej praktyce zastępuje klientów w sporach sądowych dotyczących tzw. błędów medycznych, zawierania i realizacji umów z NFZ oraz stosunków pracy kadry kierowniczej i menażerskiej. Prowadzi szkolenia z zakresu prawa medycznego, praw pacjenta i zasad wykonywania zawodów medycznych.



radca prawny Mateusz Niewiński

mateusz.niewinski@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie pracy i ubezpieczeń społecznych oraz prawie medycznym. Posiada bogatą wiedzę w dziedzinie prawa gospodarczego i cywilnego oraz doświadczenie w praktycznym ich stosowaniu, które wykorzystuje w kompleksowej obsłudze przedsiębiorców oraz podmiotów leczniczych, w tym realizując zastępstwo procesowe na ich rzecz. W codziennej praktyce zawodowej reprezentuje klientów na etapie przedsądowym, sądowym oraz egzekucyjnym.



adwokat Jakub Wieczerzak

jakub.wieczerzak@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie medycznym i gospodarczym. W praktyce zawodowej koncentruje się na świadczeniu pomocy prawnej na rzecz dużych i średnich przedsiębiorców oraz podmiotów leczniczych, przygotowując opinie prawne, prowadząc bieżące doradztwo oraz sporządzając i negocjując projekty umów. Prowadzi postępowania sądowe, wymagające interdyscyplinarnego podejścia do spornego zagadnienia oraz uwzględnienia aspektów biznesowych działalności klientów, w tym również duże procesy o błędy medyczne.



radca prawny Joanna Zielińska

joanna.zielinska@sowislo.com.pl

Specjalizuje się w prawie cywilnym i medycznym. Posiada wieloletnie praktyczne doświadczenie w prowadzeniu sporów sądowych w sprawach cywilnych i gospodarczych. Występuje w imieniu Klientów na gruncie postępowań cywilnych związanych z roszczeniami wynikającymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (procesy medyczne). Swoje zainteresowania najchętniej koncentruje w obszarze prowadzenia w podmiotach leczniczych badań klinicznych.

NASZE E-BOOKI



<https://sowislo.com/pl/nasze-projekty/e-book/>

Streszczenie

W idealnym świecie szpitale i inne placówki medyczne, pozbawione większych trosk finansowych, w niezachwianym poczuciu misji, niosą na czas ulgę i pomoc wszystkim cierpiącym pacjentom, a nieustrudzeni lekarze nigdy się nie mylą w diagnozach, tną równo i we właściwych miejscach. Zdarzają się jednak niepowodzenia w leczeniu, które mają różne przyczyny. Niekiedy niekorzystne dla pacjentów skutki stanowią wynik niestaranności czy błędu, choć częściej wynikają z czynników niezależnych od członków personelu medycznego.

Publikacja stanowi kompendium wiedzy o przebiegu i najważniejszych aspektach postępowań zmierzających do rozstrzygnięcia sporów powstałych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zawiera ona omówienie kluczowych aspektów postępowań w sprawach cywilnych, karnych, a także tych angażujących podmioty trzecie jak Rzecznik Praw Pacjenta czy zakłady ubezpieczeń.

Zwrócono w niej uwagę na znaczenie zagadnień często bagatelizowanych, które finalnie stanowią mogą o korzystnym zakończeniu sprawy oraz zachęcamy do podejmowania roztropnych działań własnych przez osoby wykonujące zawody medyczne (m.in. w trakcie przesłuchania, składania wyjaśnień czy udostępniania dokumentacji medycznej).

Autorami poszczególnych rozdziałów są adwokaci i radcowie prawni Sowisto Topolewski Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych S.K.A. na co dzień praktykujący w obszarze ochrony zdrowia, specjalizujący się w kompleksowej obsłudze prawnej publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych, eksperci prawa medycznego.

Summary

In an ideal world, hospitals and other medical facilities, devoid of major financial concerns, with an unwavering sense of mission, provide timely relief and assistance to all suffering patients, and tireless doctors are never wrong in their diagnoses, cutting evenly and in the right places. However, treatment failures do occur, which have various causes. Sometimes adverse outcomes for patients are the result of carelessness or error, although more often they are due to factors beyond the control of members of the medical staff.

This publication is a compendium of knowledge on the course and key aspects of proceedings aimed at resolving disputes arising in connection with the provision of health services. It contains a discussion of key aspects of proceedings in civil and criminal cases, as well as those involving third parties such as the Patient Ombudsman or insurance companies.

It draws attention to the importance of issues that are often underestimated, which may ultimately determine a favorable outcome of the case, and encourage practitioners to take their own prudent actions (e.g. during hearing, giving explanations or providing access to medical records).

The authors of the individual parts are advocates and legal counsels of Sowisto Topolewski Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych S.K.A. (joint-stock partnership), practicing in the area of health care and life sciences on a daily basis, specializing in comprehensive legal services for public and private medical entities, experts in medical law.

ISBN 978-83-967421-5-5

