

TOMASZ WIDŁAK

Wybrane problemy orzecznictwa o zdarzeniach medycznych – na przykładzie prac Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku w 2012 r.

Poniższa analiza poświęcona jest wybranym, zaistniałym w praktyce problemom orzekania w sprawach o zdarzenia medyczne przez działające od 1 stycznia 2012 r. wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, funkcjonujące na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W związku z istnieniem obowiązku zawarcia przez szpitale umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, jednym z głównych uczestników postępowania jest ubezpieczyciel szpitala. Poniżej przedstawiono wnioski na podstawie pierwszego roku funkcjonowania Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku. Zwrócono uwagę zarówno na kwestie ogólne dotyczące konstrukcji pojęcia zdarzenia medycznego, jak i bardziej szczegółowe problemy natury dowodowej oraz proceduralnej, w tym zwłaszcza związane z problematyką głosowania nad orzeczeniem, złożenia przez podmiot wnioskujący ponownego wniosku w tej samej sprawie, a także wyrażono pogląd w zakresie możliwości orzeczenia zdarzenia medycznego z powodu braku przedstawienia w terminie stanowiska przez szpital lub ubezpieczyciela.

Słowa kluczowe: zdarzenia medyczne, wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, postępowanie przed wojewódzką komisją, prawo medyczne, ubezpieczenia medyczne.

Wprowadzenie

Pozasądowy system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych został wprowadzony ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze

Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.¹ Celem wprowadzenia tego szczególnego, alternatywnego dla drogi sądowej trybu kompensacyjnego było usprawnienie i uproszczenie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych z tzw. zdarzeń medycznych, których efektów doznali w następstwie udzielania im świadczeń zdrowotnych w szpitalach. Omawiana nowelizacja rodzi bardzo istotne konsekwencje z perspektywy problematyki ubezpieczeniowej; po pierwsze, w związku z powołaniem wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej: wojewódzkie komisje) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b)]² nałożyła na wszystkie podmioty lecznicze prowadzące szpitale obowiązek zawierania ubezpieczeń na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, jako ubezpieczenia odrębnego od ubezpieczenia OC podmiotów leczniczych.³ Po drugie, ubezpieczyciel szpitala, przeciwko któremu skierowano wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, jest stroną postępowania przed wojewódzką komisją [art. 67d ust. 6, art. 67i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej UPP⁴]. Po trzecie w końcu, ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji [art. 67k ust. 1 UPP]. Jednocześnie od czasu uchwalenia nowelizacji UPP, jeszcze zanim wojewódzkie komisje podjęły swoją działalność od dnia 1 stycznia 2012 r., szereg wprowadzonych przez ustawodawcę rozwiązań, zwłaszcza na tle proceduralnym, zostało poddanych krytyce⁵. Celem niniejszej analizy jest poczynienie wybranych spostrzeżeń i zwrócenie uwagi na niektóre problemy wynikłe w praktyce orzeczniczej pierwszego roku funkcjonowania systemu kompensacyjnego orzekania o zdarzeniach medycznych na podstawie doświadczeń jednej z wojewódzkich komisji – Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku (zwanej w dalszej części niniejszego artykułu Komisją).

1. Dane statystyczne⁶

W 2012 r. do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku (zwanej dalej Komisją) wpłynęły łącznie 33 nowe wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego oraz cztery wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy. Spośród nowych wniosków 23 zostały skierowane do dalszego procedowania (pozostałe 10 zwrócono wnioskodawcom bez rozpatrzenia jako niekompletne lub nienależycie opłacone). Na dzień 31 grudnia 2012 r. wydano jedno orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego, przy czym Komisja podtrzymała to rozstrzygnięcie na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy na wniosek podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. W siedmiu zakończonych sprawach wydano natomiast orzeczenie o braku zdarzenia medycznego, dwie sprawy

1. Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 660.
2. Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217.
3. Zob. W.W. Mogilski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 111–142; E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1/2011, s. 59–73.
4. Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159.
5. Zob. m.in. obszernie praca zbiorowa pod red. E. Kowalewskiego, *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
6. Dane w oparciu o informacje udzielone przez Sekretariat Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku.

zostały umorzone, a w jednym przypadku zawieszono postępowanie. Reszta wniosków pozostawała na dzień 31 grudnia 2012 r. w toku rozpoznawania. Zarówno liczba przyjętych do rozpatrzenia wniosków, jak i wydanych orzeczeń była w 2012 r. umiarkowana. Wyraźny wzrost liczby nowych wniosków zaobserwowano pod koniec roku, co według przypuszczeń Komisji wiąże się głównie z faktem, że kognicja *ratione temporis* wojewódzkich komisji została ograniczona do zdarzeń, które nastąpiły po dniu wejścia w życie nowelizacji⁷, tj. po dniu 1 stycznia 2012 r.

2. Definicja zdarzenia medycznego

W myśl art. 67a UPP, zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego) lub diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby. Wystąpienie zdarzenia medycznego rodzi po stronie pacjenta roszczenie w postaci tzw. świadczenia [art. 67k ust. 7 UPP], obejmującego zarazem odszkodowanie i zadośćuczynienie, a zatem wyrównującego szkodę majątkową i niemajątkową, co stanowi jednoznaczne nawiązanie do cywilnoprawnych zasad odpowiedzialności⁸. Jednocześnie jednak jest niewątpliwie dobrym przykładem wypierania indywidualnej odpowiedzialności za szkodę przez bardziej efektywny system indemnizacji ubezpieczeniowej – procesu, na który wskazywał już ponad cztery dekady temu W. Warkało⁹. Problematyka tak zdefiniowanego zdarzenia medycznego, choćby w kontekście problemu przyczynowości¹⁰, jest jednakże dalece złożona i zasługuje z całą pewnością na odrębną analizę. W tym miejscu pozostaje przytoczyć jedynie niektóre wątpliwości podniesione przez członków Komisji pod adresem pojęcia zdarzenia medycznego, a będące skutkiem refleksji podjętej w związku z rozpatrywanymi do tej pory wnioskami.

W pierwszej kolejności trzeba zauważyć, że największe wątpliwości członków Komisji i zarazem trudności dowodowe budziły te spośród analizowanych wniosków, które dotyczyły zarzutu zaistnienia zdarzenia medycznego w postaci niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia, w tym w szczególności wykonania w szpitalu zabiegu operacyjnego, wskutek którego następował rozstrój zdrowia pacjenta. Nawet w sprawach, w których wnioskodawca wskazywał, iż zdarzenie medyczne polegało na błędnej diagnozie, główny zarzut w toku rozpoznania sprawy sprowadzał się często do niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia. Stąd też, w wielu rozpatrywanych

7. Art. 4 w zw. z art. 5 cyt. wyżej ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660.
8. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: E. Kowalewski, op. cit., s. 20.
9. W. Warkało, *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972, s. 315–316.
10. Zob. E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: E. Kowalewski, op. cit., s. 229–257, a także szerzej na temat związku przyczynowego klasyczna monografia A. Koch, *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975; w najnowszej literaturze tematykę tę porusza E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2013.

sprawach Komisja stała przede wszystkim przed koniecznością dokonania prawidłowej interpretacji pojęcia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia, a w związku z tym także odróżnienia rozstroju zdrowia mogącego wskazywać na przyczynę w postaci nieprawidłowego leczenia od powikłań mieszczących się w granicach dopuszczalnego ryzyka przeprowadzenia każdego zabiegu operacyjnego.

Ponadto w odczuciu większości członków Komisji, definicja zdarzenia medycznego została zbyt dalece zobiektywizowana, przede wszystkim w związku z oparciem jej o kryterium „aktualnej wiedzy medycznej”, co koreluje z obowiązkiem wykonywania przez lekarzy zawodu zgodnie m.in. ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej [a także z dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością] – zawartym w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści¹¹. Członkowie Komisji w pełni zdają sobie sprawę z zamierzonego przez ustawodawcę obiektywnego charakteru tak zdefiniowanej odpowiedzialności podmiotów leczniczych prowadzących szpitale¹², co samo w sobie jest słuszną propozycją ustawodawcy – zwłaszcza przy obserwowanej w orzecznictwie sądów tendencji do zaostrzania rygorów dowodowych, jeśli chodzi o dowód winy¹³. Jednakże w dotychczasowej praktyce orzeczniczej Komisji i w oczekiwaniach wnioskodawców granica pomiędzy obiektywnym „zdarzeniem medycznym” a subiektywnym, wymagającym rozważenia kwestii winy „błędem medycznym” zaciera się. W opinii niektórych członków Komisji rzadko dochodzi do sytuacji, w której szpital stosuje procedury medyczne w sposób jednoznacznie niezgodny z aktualną wiedzą medyczną, pojmowaną jako pewien standard minimalny. Dużo większe znaczenie i wpływ na zaistnienie ujemnych skutków w postaci rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała albo chociażby zwiększenia ryzyka wystąpienia dopuszczalnego poziomu powikłań ma stopień staranności postępowania personelu medycznego. W niektórych wypadkach Komisja stwierdziła w sposób jednoznaczny niedbałe postępowanie, które jednak nawet w opiniach biegłych kwalifikowało się jako zgodne z minimalnymi standardami aktualnej wiedzy medycznej, choć oczywiście było, że działanie lekarza nie tylko mogłoby podlegać ujemnej ocenie z perspektywy odpowiedzialności cywilnoprawnej, ale także rodzić odpowiedzialność zawodową. Dla przykładu w sprawie o sygn. 14/Gd/2012, w której orzeczenie o braku zdarzenia medycznego zapadło większością 3/4 głosów członków składu orzekającego, ustalono, że u pacjenta, u którego rozpoznano zakażenie rany pooperacyjnej w stanie po operacji żyłaków kończyny dolnej, zastosowano zgodne z aktualną wiedzą medyczną standardowe postępowanie i leczenie polegające na włączeniu stosownych środków farmakologicznych, w tym antybiotyku, oraz elewacji

11. Tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.

12. Należy w tym zakresie zasadniczo podzielić zdanie wyrażone przez D. Karkowską w komentarzu do art. 67a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [LEX, 2012]: „Komisja wojewódzka nie orzeka w kwestii rozmiaru szkody ani winy, ale ustala, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. [...] Zdarzenie medyczne to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej; jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie nauk medycznych. Ustalenie zdarzenia medycznego wymaga odwołania się do specjalistycznej wiedzy medycznej”. Podobnie U. Drozdowska podkreśla, że w przypadku zdarzenia medycznego mamy do czynienia z oceną w perspektywie jedynie przesłanki bezprawności (w szerokim rozumieniu), ujmowanej także w literaturze jako obiektywny element winy – U. Drozdowska, *Zdarzenie medyczne*, hasło w: A. Górski (red.), *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2012, s. 302–305.

13. E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 74.

kończyny, nie poświęcając jednak temu przypadkowi większej, należnej mu uwagi. Postępowanie takie spełniało minimalne standardy postępowania w tego rodzaju przypadkach i musiało zostać ocenione jako zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Jednakże jeden z członków składu orzekającego zgłosił zdanie odrębne, w którym podniósł brak wyjaśnienia dokładnych przyczyn stanu chorobowego i natury zakażenia, a także brak zlecenia dodatkowych badań umożliwiających ocenę przestrzeni podskórnych i głębokich goleni, a w konsekwencji przeprowadzenie wskazanego w tym wypadku z należytą starannością różnicowania diagnostycznego, co miało wpływ na dalszy przebieg leczenia i wystąpienie późniejszych powikłań chorobowych.

Wyrażono obawę, że orzekanie o zdarzeniach medycznych może przy takiej konstrukcji definicji, uwzględniającej zgodność postępowania z aktualną wiedzą medyczną pojmowaną jako kryterium minimalne, ograniczyć się w praktyce jedynie do przypadków dowodowo tak ewidentnych, jak np. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w wyniku złamania procedur sterylizacji sprzętu medycznego. Istnieje obawa, że w takich warunkach, w oczach poszkodowanych pacjentów tryb dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami z pewnością nie spełni swojej roli jako alternatywa dla wytoczenia powództwa cywilnego przed sądem powszechnym.

3. Problem niektórych środków dowodowych oraz terminów

W zakresie problematyki dowodowej trzeba tytułem wstępu przypomnieć, że szeroko znaną i akceptowaną na gruncie orzecznictwa sądów z zakresu błędów medycznych i zakażeń szpitalnych jest tendencja do łagodzenia surowości standardu dowodu poprzez obniżenie wymaganego stopnia pewności czy też prawdopodobieństwa związku przyczynowego w stosunku do ogólnych reguł dowodowych.¹⁴ W pełni słuszna jest obserwacja, że w sprawach, w których mamy do czynienia z pogorszeniem lub utratą ludzkiego zdrowia i życia, udowodnienie ponad wszelką wątpliwość istnienia związku przyczynowego między takimi skutkami a działaniami leczniczymi podejmowanymi przez personel medyczny bywa niemożliwe.¹⁵ Jak podkreśla się w literaturze, w procesach lekarskich często spotykane są „równoległe ciągi przyczynowe”, które mogą stanowić alternatywne wyjaśnienie wystąpienia czynników co najmniej przyczyniających się do powstania szkody w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub śmierci pacjenta.¹⁶ W związku z tym judykatura przyjmuje na ogół, że w tego typu sprawach nie jest konieczne udowodnienie pewności istnienia związku przyczynowego, natomiast wystarczające jest udowodnienie dostatecznego lub wystarczającego, a nawet jedynie przeważającego prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego (tzn. uzasadnionego logicznie i na podstawie doświadczenia życiowego)¹⁷ pomiędzy nieprawidłowym działaniem lekarza a szkodą, jaką poniósł pacjent. Nie ma powodów, aby tych wypracowanych w orzecznictwie sądów standardów nie przenieść na grunt postępowania przed wojewódzkimi komisjami. Wszak warto zauważyć, że jedną z racji ustanowienia systemu kompensacji za po-

14. E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 69–75; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 107.

15. E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa...*, op. cit., s. 70.

16. Ibidem, s. 71.

17. Ibidem, s. 71–72.

Średnictwem wojewódzkich komisji było złagodzenie trudnej sytuacji dowodowej, w której mimo wszystko nadal znajdują się poszkodowani pacjenci występujący jako powodowie w procesach cywilnych, zwłaszcza co do dowodu winy.¹⁸ Tym bardziej przyjęcie łagodniejszych standardów dowodowych w zakresie związku przyczynowego, wypracowanych przez judykaturę, jest wskazane także w działalności orzeczniczej wojewódzkich komisji.

Jednym z podstawowych problemów w toku rozpatrywania spraw przez Komisję jest kwestia zasięgnięcia opinii konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny (lub lekarza z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2 UPP), czyli tzw. biegłego. Dotychczasowa praktyka pokazuje, że mimo iż zgodnie z założeniem ustawodawcy składy orzekające starają się maksymalnie wykorzystywać wiedzę medyczną tych członków, którzy posiadają wykształcenie i doświadczenie medyczne, to jednak relatywnie często zachodziła potrzeba zasięgnięcia opinii specjalisty w danej dziedzinie medycyny. Jednakże ograniczenie kręgu osób dysponujących odpowiednią wiedzą do osób wymienionych w art. 67i ust. 7 ustawy jest w odczuciu niektórych członków Komisji zbyt restrykcyjne. Poszczególne składy kierowały prośbę o sporządzenie opinii głównie do konsultantów wojewódzkich, przy czym potrzeby w zakresie pewnych dziedzin specjalistycznych (np. chirurgia, choroby wewnętrzne) wydają się znacznie większe. Może to na przyszłość powodować zbyt obciążenie tych konkretnych osób jako biegłych. Ponadto, mimo iż osoba wydająca opinię podlega wymogom określonym w art. 67g ust. 1–5 UPP, podniesiono wątpliwości, iż *de facto* nawet w przypadku braku formalnych powiązań z konkretnym podmiotem leczniczym lub lekarzem na treść opinii biegłych hipotetycznie mogą mieć wpływ istniejące relacje osobiste, zawodowe czy też naukowe w lokalnym środowisku medycznym. Może na to wskazywać zaobserwowana przez pewne składy niekonkluzywność niektórych opinii (choć przyczyny tego stanu rzeczy mogą być także przynajmniej częściowo obiektywne), przy czym konieczność przestrzegania ustawowych terminów nie pozostawia w praktyce możliwości występowania przez składy orzekające o uzupełnienie opinii na piśmie ani wzywania opiniodawców na posiedzenia komisji celem ustnego jej uzupełnienia (w drodze odpowiedniego stosowania art. 286 k.p.c.). Problem ten może powstawać szczególnie w sprawach, w których wnioski zostały skierowane przeciwko szpitalom akademickim. Niestety zachodzi obawa, że wojewódzkie komisje będą napotykały w tym zakresie na podobne problemy, z jakimi zmagają się sądy cywilne w zakresie dowodów z opinii biegłego w sprawach medycznych.¹⁹ W zakresie zgłoszonych postulatów *de lege ferenda*, proponuje się po pierwsze poszerzenie kręgu osób, o których mowa w art. 67i ust. 7 ustawy, o inne kategorie, w tym dodanie możliwości powoływania ekspertów *ad hoc* wyznaczanych przez skład orzekający spośród uznanych specjalistów w danej, czasem wąskiej dziedzinie, a także po drugie – sformułowanie przepisu w sposób umożliwiający zasięgnięcie opinii konsultantów wojewódzkich z innych województw.

W związku z powyższym należy poruszyć także kwestię ustawowych terminów do rozpatrzenia sprawy przed wojewódzkimi komisjami, o których mowa w art. 67j ust. 2 oraz ust. 8 UPP (termin 4 miesiące od złożenia wniosku na wydanie orzeczenia i 30-dniowy na ponowne rozpatrzenie sprawy). W nielicznych przypadkach Komisja stanęła przed dylematem konieczności nieznacznego przekroczenia tych terminów, motywowanego potrzebą starannego przeprowadzenia postępowania dowodowego, co zwłaszcza tyczyło się tych przypadków, w których zasięgnięto opinii

18. Ibidem, s. 74.

19. Zob. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977, s. 261; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 89; E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa ...*, op. cit., s. 59–60.

konsultanta wojewódzkiego. W szeregu składów orzekających uznano, że terminy, o których mowa w wymienionych przepisach, są terminami instrukcyjnymi, a ich mające podstawy przekroczenie, co do zasady, nie powoduje ujemnych konsekwencji dla przebiegu postępowania przed wojewódzką komisją. Niemniej jednak podniesiono, iż dla usunięcia wątpliwości oraz zachowania transparentności ustawodawca powinien przewidzieć *explicite* możliwość przedłużenia tych terminów w określonych okolicznościach.

Kolejnym problemem na gruncie sposobu sformułowania przepisów UPP, na który w toku rozpoznawanych spraw natknęła się Komisja, jest kwestia braku formalnej możliwości wzywania przez składy orzekające do złożenia wyjaśnień osób innych niż wyraźnie wymienione w art. 67i ust. 4 UPP. Ewentualne złożenie wyjaśnień przez innych świadków (np. osoby sprawujące nieformalną opiekę nad pacjentami, towarzyszące im podczas wizyty w szpitalu) może być niejednokrotnie przydatne dla naświetlenia indywidualnych okoliczności poszczególnych spraw, co czasami okazuje się dopiero w toku postępowania. Niestety dowód ten, jak wynika z brzmienia art. 67i ust. 5, może być dopuszczony jedynie na wniosek strony (wnioskodawcy), a z urzędu przez wojewódzką komisję jedynie, gdy osoba mająca być wysłuchana, została wskazana we wniosku jako osoba, która może posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania (art. 67i ust. 4 pkt 3 *in fine*). Zdaniem niektórych członków Komisji takie ograniczenie możliwości dowodowych Komisji należy uznać za niepraktyczne i stanowiące niepotrzebne ograniczenie postępowania dowodowego.

4. Wybrane problemy natury proceduralnej

a) Głosowanie nad orzeczeniem

Jednym z poważniejszych i najbardziej palących problemów natury proceduralnej jest kwestia zastosowania wadliwego przepisu art. 67j ust. 3 UPP, według którego „orzeczenie wojewódzkiej komisji zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego”. Pominąwszy logicznie błędne użycie sformułowania „co najmniej”, przepis ten może prowadzić do pata decyzyjnego w sytuacji, gdy liczba członków składu orzekającego wynosi 4 osoby, a zdania co do treści orzeczenia są podzielone pomiędzy członkami składu w proporcji 2:2. Zgodnie z brzmieniem art. 67j ust. 1 UPP „wojewódzka komisja wydaje [...] orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku”, z czego wynika, że każda sprawa musi zakończyć się merytorycznym orzeczeniem pozytywnym albo negatywnym. Nie ma możliwości odmowy wydania orzeczenia w związku z brakiem osiągnięcia konsensusu pomiędzy członkami składu orzekającego albo z innych przyczyn. Nie można podzielić także zdania wyrażonego w literaturze przez M. P. Ziemiaka, że w razie równego rozłożenia głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.²⁰ Wniosek taki niestety nie wynika z brzmienia ustawy, zwłaszcza art. 67j regulującego kwestię wydawania orzeczeń. Ustawa stanowi jedynie w art. 67e ust. 13 pkt 2, iż w przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego, przy czym przepis ten w wyraźny sposób dotyczy uchwał wojewódzkiej komisji obradującej w pełnym składzie, np. w kwestii regulaminu wojewódzkiej komisji, przy czym w przepisie mowa jest o przewodniczącym wojewódzkiej komisji, a nie przewodniczącym składu

20. M.P. Ziemiak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, w: E. Kowalewski (red.), op. cit., s. 179.

orzekającego. Zarówno zatem wykładnia językowa, jak i *a rubrica* kolejność oraz umiejscowienie odnośnych przepisów wskazują, że zasada przewagi głosu przewodniczącego z pewnością nie dotyczy wydawania orzeczeń w czteroosobowych składach orzekających. W takiej sytuacji, która miała do tej pory miejsce przynajmniej w jednej ze spraw rozpoznawanych przez Komisję, w przypadku polaryzacji stanowisk wśród członków składu orzekającego, co najmniej jedna z osób jest zmuszona odstąpić od swego zdania, celem stworzenia ustawowej większości i umożliwienia wydania orzeczenia. Taka sytuacja godzi w niezależność orzeczniczą członków wojewódzkich komisji i *de facto* stawia ich przed niedopuszczalnym dylematem wyboru pomiędzy swoimi przekonaniem i poglądem na sprawę a wymogami efektywności proceduralnej działania wojewódzkich komisji. Ustawodawca mógł łatwo przewidzieć wystąpienie takiej sytuacji i poszukać możliwości jej rozwiązania, choćby właśnie poprzez zastosowanie tak prostego środka, jakim jest uprzywilejowanie głosu przewodniczącego składu orzekającego jako decydującego.

b) Postępowanie w przypadku sporu o wyłączenie członka składu orzekającego

Komisja napotkała także w jednej ze spraw na kłopoty natury proceduralnej w kwestii instytucji wyłączenia członka składu orzekającego. Niestety, ustawodawca nie przewidział regulacji procedury, wedle której ma przebiegać wyłączenie członka składu w przypadku, gdy członek złożył oświadczenie, o którym mowa w art. 67g ust. 4 UPP, a mimo tego wniosek o wyłączenie takiej osoby składa strona postępowania (w drodze odpowiedniego zastosowania art. 50 k.p.c.). Komisja stanęła przed takim problemem w jednej ze spraw, gdzie wniosek o wyłączenie złożony przez stronę dotyczył przewodniczącego składu orzekającego. Ustawa nie daje w takim wypadku odpowiedzi na pytanie kto i w jakim trybie powinien rozstrzygać tę kwestię, przy czym bez względu na ostatecznie podjętą w takiej sprawie decyzję prawdopodobnie jest w związku z powyższym wniesienie przez stronę niezadowoloną z ostatecznego orzeczenia środka w postaci skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji, o którym mowa w art. 67m UPP.

c) Problem wniosku złożonego ponownie w tej samej sprawie

Komisja stanęła też przed pytaniem o rozstrzygnięcie innego ciekawego problemu proceduralnego, który najwyraźniej umknął uwadze ustawodawcy. W jednej ze spraw wpłynął wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, który dotyczył przypadku już rozstrzygniętego dwukrotnie przez Komisję, która stwierdziła za każdym razem brak zdarzenia medycznego. Niestety ani treść przepisów Rozdziału 13a UPP, ani przywołane w art. 67o UPP przepisy kodeksu postępowania cywilnego nie pozwalają na rozstrzygnięcie tej kwestii wprost w drodze wykładni językowej poprzez zwrot wniosku. W tym zakresie należy moim zdaniem stwierdzić, że istnieje niewątpliwie luka prawna polegająca na braku odesłania do odpowiedniego stosowania art. 199 § 1 pkt. 2 k.p.c. Wniosek taki można wyprowadzić z dwóch przesłanek: po pierwsze zasada powagi rzeczy osądzonej (*res iudicata*) jest powszechnie „przyjmowana we wszystkich procedurach prawnych” (tak np. wyrok NSA z 19.04.2011 w sprawie II OSK 701/10) nie tylko w polskim systemie prawnym, ale też w europejskiej kulturze prawnej w ogóle, i stanowi przejaw racjonalności i celowości konstrukcji każdego prawa o postępowaniu. Po drugie, intencją ustawodawcy było bez wątpienia odpowiednie stosowanie ogólnej procedury sądowej cywilnej do orzekania w sprawach zdarzeń medycznych, o czym świadczy szerokie odesłanie w art. 67o UPP. Stąd też te dwa powody uzasadniają stwier-

dzenie, że brak odesłania do art. 199 § 1 pkt 2 k.p.c. w istocie należy uznać za rzeczywistą lukę prawną. W tej sytuacji istnieją moim zdaniem podstawy do przyjęcia rozszerzającej interpretacji art. 67d ust. 5 UPP, polegającej na stwierdzeniu, że wniosek podlega zwróceniu także w wypadku, gdy wojewódzka komisja wydała orzeczenie w odniesieniu do tego samego zdarzenia (w oparciu o ten sam stan faktyczny) pomiędzy tymi samymi stronami, przy czym nie uległy zmianie okoliczności faktyczne. Za taką wykładnią przemawiać musi bowiem brzmienie art. 67i ust. 1: „Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie [...] stanowiło zdarzenie medyczne”. Skoro w tym samym zakresie przedmiotowym i podmiotowym wojewódzka komisja wydała już orzeczenie, to skierowanie wniosku do merytorycznego rozpoznania przez skład orzekający spowodowałoby, że postępowanie przed wojewódzką komisją okazałoby się bezcelowe. Skoro bowiem w obrocie prawnym funkcjonuje już orzeczenie ustalające stan prawny co do zaistnienia zdarzenia medycznego w konkretnym stanie faktycznym pomiędzy indywidualnie oznaczonymi stronami, a strona skorzystała już ze środka w postaci ponownego rozpoznania sprawy, to orzeczenie takie należy uznać w zakresie przewidzianym przez ustawę za ostateczne. Dlatego też jedynym środkiem, jaki przewiduje ustawa, jest skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji (art. 67m), która jednak ma charakter w zasadzie quasi-kasacyjny, gdyż może być oparta jedynie o zarzut naruszenia przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. Konsekwentnie, jedynie ewentualne uchylenie orzeczenia na skutek zastosowania środka, o którym mowa w art. 67m, umożliwiłoby ponowne merytoryczne rozpoznanie sprawy. Z takiej konstrukcji przepisów oraz ustanowienia przez ustawodawcę instytucji w postaci skargi na stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji można wywodzić dodatkowy argument, iż ponowny wniosek podmiotu o rozpatrzenie merytoryczne sprawy, w której zapadło już orzeczenie komisji wojewódzkiej w tym samym zakresie, bez skorzystania ze środka w postaci wspomnianej skargi z art. 67m stanowić może próbę obejścia prawa. Inna wykładnia, dopuszczająca ponowne, a w konsekwencji dalsze wielokrotne wnioski w tej samej sprawie, prowadziłaby do absurdalnych skutków i umożliwiała sparaliżowanie prac komisji. Już ten fakt sam w sobie stanowi wystarczającą przesłankę dla wojewódzkiej komisji, a wręcz obowiązek dokonania wykładni korygującej art 67d ust. 5 UPP. Ponadto argumentem przemawiającym za rozszerzającą interpretacją art. 67d ust. 5 w zakresie wydania przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji zarządzenia o zwrocie wniosku na tej podstawie w miejsce przekazania sprawy do rozpoznania składowi orzekającemu, jest treść art. 67j ust. 1, zgodnie z którym „Wojewódzka komisja po nardzie wydaje [...] orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo o jego braku, wraz z uzasadnieniem”. Wynika z tego, jak była już mowa powyżej, że skład orzekający wojewódzkiej komisji nie ma możliwości podjęcia innej decyzji kończącej postępowanie w sprawie niż pozytywne lub negatywne orzeczenie merytoryczne, a zatem jedyna możliwość zwrotu wniosku bez jego merytorycznego rozpoznania istnieje na etapie wstępnej kontroli wniosku, o której mowa w art 67d ust. 5 UPP.

d) Orzeczenie zdarzenia medycznego z powodu braku przedstawienia stanowiska przez szpital lub ubezpieczyciela

W końcu należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden ważny aspekt proceduralny postępowania przed wojewódzkimi komisjami, dotyczący także w szczególności sposób ubezpieczycieli i ich działania obok kierowników podmiotów leczniczych prowadzących szpital, przeciwko którym skierowano wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego. Mowa jest o sytuacji, w której wojewódzka komisja wydaje

orzeczenie o zdarzeniu medycznym z przyczyn formalnych, na podstawie art. 67d ust. 6 zd. 3 UPP. Zgodnie z tym przepisem, nieprzedstawienie przez kierownika szpitala i ubezpieczyciela stanowiska w sprawie przesłanego im przez wojewódzką komisję wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w terminie 30 dni jest „równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia”. Przepis ten znalazł zastosowanie już w co najmniej jednej sprawie rozpoznawanej przez gdańską Komisję. Dotyczyło to sytuacji, w której kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital przedstawił swoje stanowisko na piśmie z przekroczeniem terminu. Jednocześnie pełnomocnik szpitala nie złożył wniosku o przywrócenie terminu przy osobistym złożeniu spóźnionego pisma ze stanowiskiem szpitala. Możliwość taka istniała ze względu na odpowiednie stosowanie art. 168 i art. 169 k.p.c. [na podstawie odesłania w art. 67o UPP]. W tych okolicznościach Komisji nie pozostało nic innego jak orzec o ustaleniu zdarzenia medycznego wobec akceptacji wniosku przez szpital. Komisja nie podzieliła także argumentacji pełnomocnika, jakoby termin 30-dniowy był jedynie terminem instrukcyjnym. Jest to relatywnie długi termin, a wymóg sprawnego przeprowadzenia całego postępowania i nałożony na wojewódzką komisję obowiązek wydania orzeczenia w terminie czterech miesięcy od dnia złożenia wniosku [art. 67j ust. 2 UPP] przesądza o stanowczości terminu 30-dniowego.

Trzeba dodać, że w przytoczonej powyżej sprawie nie występował ubezpieczyciel, ponieważ podmiot leczniczy prowadzący szpital nie zawarł umowy obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne. Powstaje na tym tle pytanie – jeśli w sprawie bierze udział także wskazany przez szpital ubezpieczyciel, to czy nieprzedstawienie stanowiska przez co najmniej jeden z tych podmiotów wywołuje skutki, o których mowa w art. 67d ust. 6 UPP, dla obu podmiotów (tzn. dla szpitala i ubezpieczyciela)? Taką interpretację może uzasadniać literalna wykładnia art. 67d ust. 6 zd. 2 UPP: „Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska”. Użycie koniunkcyjnego spójnika „i” przemawia za poglądem, że konsekwencje nieprzedstawienia stanowiska unormowane w zdaniu następnym tego przepisu powinny dotyczyć nie tylko sytuacji, w której stanowiska nie przedstawiają oba te podmioty, ale także gdy nie robi tego przynajmniej jeden z nich. Jednakże warto zauważyć, że o ile współdziałanie tych podmiotów jest istotne dla przebiegu postępowania, o tyle ich sytuacja prawna nie jest jednakowa z perspektywy konsekwencji prawnych orzeczenia wojewódzkiej komisji ustalającego zdarzenie medyczne. Można argumentować, że zarówno szpital, jak i ubezpieczyciel działają w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami jako *sui generis* współuczestnicy. Jednak to ubezpieczyciel jest w końcu „związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji” [art. 67k ust. 1 UPP] i ma obowiązek złożyć propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia podmiotowi składającemu wniosek na skutek wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego [art. 67k ust. 1 i 2 UPP]. Warto zauważyć, że podmiot leczniczy prowadzący szpital ponosi te same konsekwencje i przejmuje na siebie obowiązek wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia w uzgodnionej z wnioskodawcą wysokości jedynie subsydiarnie w braku zawarcia umowy ubezpieczenia [art. 67k ust. 10 pkt 1 UPP]. W związku z tym, o ile brak przedstawienia stanowiska popartego dowodami przez ubezpieczyciela skutkuje automatycznym przyjęciem przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za zdarzenie medyczne bez względu na treść stanowiska szpitala, o tyle odmiennie kształtuje się sytuacja, w której do twierdzeń wnioskodawcy ustosunkuje się jedynie ubezpieczyciel, przy czym to szpital nie przedstawia swojego stanowiska w terminie – a co za tym idzie, z mocy art. 67d ust. 6 UPP akceptuje wniosek. W tej sytuacji ubezpieczyciel nie może ponosić negatywnych skutków „automatycznego” orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego bez szan-

sy przedłożenia swoich wniosków dowodowych. Ma on bowiem prawo samodzielnie prezentować i popierać swoje stanowisko. Podsumowując, formalne orzeczenie o zdarzeniu medycznym oparte na podstawie fikcji prawnej akceptacji wniosku w oparciu o art. 67d ust. 6 UPP w wypadku nieprzedstawienia swojego stanowiska lub przekroczenia terminu 30-dniowego może mieć miejsce w dwóch sytuacjach. Po pierwsze, gdy stanowiska nie przedstawia lub przedstawia z przekroczeniem terminu szpital, jeśli nie zawarł umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych. Po drugie, gdy szpital co prawda przedstawił stanowisko poparte dowodami na brak zdarzenia medycznego, ale swojego stanowiska nie przedstawił w terminie ubezpieczyciel – jest on bowiem w myśl art. 67k podmiotem związanym orzeczeniem komisji i odpowiedzialnym za propozycję i wypłatę odszkodowania i jeśli uznaje w ten sposób swoją gotowość do przyjęcia takiej odpowiedzialności zgodnie z wnioskiem, wydanie orzeczenia o zdarzeniu jest uzasadnione ochroną interesów podmiotu składającego wniosek (pacjenta) i funkcją postępowania przed wojewódzkimi komisjami. Natomiast dopuszczenie odwrotnej sytuacji, w której ubezpieczyciel, przedstawiając swoje stanowisko w terminie wraz z dowodami na jego poparcie ponosi negatywne dla siebie konsekwencje wynikające m.in. z treści art. 67k UPP, z powodu wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego w związku z nieprzedstawieniem stanowiska przez szpital, nie wydaje się uzasadnione. Argument, iż w takim wypadku ubezpieczycielowi przysługuje regres w stosunku do ubezpieczonego szpitala na drodze cywilnej nie jest trafny, ponieważ wychodzi poza rozważania interpretacyjne na gruncie rozpatrywanych przepisów UPP, a ponadto generuje niepotrzebny dodatkowy spór na linii szpital–ubezpieczyciel, wynikający z tytułu tego samego zdarzenia, a co za tym idzie – prawdopodobną konieczność angażowania wymiaru sprawiedliwości do jego rozpoznania. Jest to nieracjonalne i nieefektywne, wszak wojewódzkie komisje miały w zamiarze ustawodawcy odciążyć sądy, a nie przymnażać im pracy. Nadto dodajmy w końcu, że wojewódzkie komisje zostały powołane po to, aby wspomóc sprawne i szybkie rozwiązywanie niektórych konfliktów na gruncie prawa medycznego i powinny dążyć raczej, tam gdzie to możliwe, do merytorycznego rozstrzygnięcia, a nie mnożenia formalnych podstaw kończenia toczących się przed nimi postępowań.

Podsumowanie

Przedstawione wyżej uwagi z pewnością nie stanowią wyczerpującego katalogu licznych problemów nie tylko proceduralnych, ale także materialno-prawnych, z jakimi spotykają się na co dzień w swojej praktyce orzeczniczej wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Kolejne lata funkcjonowania tego specyficznego systemu kompensacyjnego przyniosą nowe doświadczenia, a być może zachęcą również do weryfikacji niektórych tez postawionych wyżej. Z pewnością zaprezentowane tutaj, a także wskazywane już w literaturze inne problemy orzekania o zdarzeniach medycznych, skłaniają do ogólnej refleksji, iż w obecnym kształcie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest co najmniej niedoskonała w zakresie kwestii uregulowanych w Rozdziale 13a i zasługuje na nowelizację.²¹ Trzeba jednakże także zdecydowanie sprzeciwić się formułowanej w ostatnim czasie w niektórych mediach krytyce

21. Warto zauważyć, że w doktrynie sformułowano nawet zarzut niekonstytucyjności art. 67e ust. 2 UPP; zob. E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, w: E. Kowalewski (red.), op. cit., s. 145–162.

samej istoty i całokształtu funkcjonowania systemu orzekania o zdarzeniach medycznych jako zbyt daleko posuniętej. Poglądy, jakoby wojewódzkie komisje nie spełniły swojej funkcji oraz oczekiwań zainteresowanych, czyli z jednej strony pacjentów, a z drugiej podmiotów leczniczych i ubezpieczycieli, są po pierwsze co najmniej przedwcześnie, a po drugie wynikają często z braku głębszej wiedzy i refleksji nad istotą tego systemu. W wielu sytuacjach bowiem, nawet jeśli zapada orzeczenie o braku zdarzenia medycznego, postępowania pełnią bardzo ważną funkcję mediacyjną pomiędzy stronami sporu. Poszkodowanym pacjentom dają pełniejszy obraz ich sytuacji i racji dla działań leczniczych podjętych w ich przypadkach, a lekarzom i kierownikom szpitali uzmysławiają konieczność lepszej realizacji praw pacjenta w praktyce, zwłaszcza obowiązku adekwatnego i przystępnego informowania pacjentów o ich stanie zdrowia i realizowanych procedurach medycznych. Wszystko to nie oznacza, że system w obecnym kształcie nie wymaga być może nawet pilnych zmian, co wykazywano powyżej. Jednakże z pewnością ustawa nie zasługuje na zbyt surową krytykę, jest ważnym nowym narzędziem w rękach pacjentów i niesie ze sobą duży potencjał skutecznego rozwiązywania niektórych trudnych sporów na gruncie prawa medycznego. Wiele pracy jest także do wykonania przez samych członków wojewódzkich komisji – profesjonalna, racjonalna i efektywna wykładnia omawianych przepisów z pewnością będzie wpływała na praktykę orzeczniczą nie mniej niż sama ingerencja ze strony ustawodawcy.

Wykaz źródeł

Akty prawne

- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 660).
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217).
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159).
Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r., Nr 43, poz. 296)
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.).

Literatura

- Bagińska E., *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 145–162.
- Bagińska E., Krupa-Lipińska K., *Zdarzenie medyczne a problem przyczynowości*, w: E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 229–257.
- Bagińska E., *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2013.
- Górski A. (red.), *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2012.
- Karkowska D., *Komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, LEX 2012.

- Koch A., *Związek przyczynowy jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej w prawie cywilnym*, Warszawa 1975.
- Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
- Kowalewski E., *Obowiązkowe ubezpieczenie OC pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1/2011, s. 59–73.
- Mogilski W.W., *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych a ubezpieczenie OC szpitala*, w: Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 111–142.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: Kowalewski E. (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.
- Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977.
- Warkało W., *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972.
- Ziemiak M.P., *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, TNOiK, Toruń 2011, s. 165–216.

Selected decision-making problems related to medical incidents, as exemplified by the work of the Provincial Medical Incident Assessment Board in Gdańsk in 2012

The analysis presented below is devoted to selected practical problems connected with taking decisions in cases related to medical incidents by provincial medical incident assessment boards which have been operating since 1 January 2012 pursuant to Act of 6 November 2008 on Patient's Rights and the Patients' Ombudsman. In connection with the fact that hospitals are obliged to conclude insurance contracts against medical incidents, the hospital's insurer is one of the main participants of the proceedings. Below, the author has presented conclusions on the basis of the first year of operation of the Provincial Medical Incident Assessment Board in Gdańsk. He has indicated both general issues connected with the construction of the „medical incident” concept, as well as more detailed problems of the evidence- and procedure-related nature, including, in particular, those related to voting on a decision and submitting by the applicant another motion in the same case. An opinion has also been expressed on the possibility of issuing a decision on a medical incident due to the fact that the hospital or insurer failed to submit their position by the required date.

Key words: medical incident, provincial medical incident assessment boards, proceedings before the provincial board, medical law, medical insurance.

DR TOMASZ WIDŁAK – adiunkt Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, członek Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Gdańsku, przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta.