

## Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – ocena 16-miesięcznej działalności

Regional Committees for the Adjudication  
of Medical Cases – assessment  
of 16-months of operation

Łukasz J. Krzych, Dariusz Ratajczyk

Received: 16.10.2013  
Revised: 29.12.2013  
Accepted: 02.01.2014  
Published online: 27.08.2014

### STRESZCZENIE

#### WSTĘP

Na podstawie nowelizacji ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powołano wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Celem niniejszego opracowania była analiza danych opisujących działania komisji od początku ich działalności, tj. od 01.01.2012 r. do 30.04.2013 r.

#### MATERIAŁ I METODY

Projekt przeprowadzono w modelu epidemiologicznego badania przekrojowego, na podstawie danych zebranych i udostępnionych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Otrzymane informacje obejmowały: liczbę złożonych wniosków (bez wniosków o ponowne rozpoznanie sprawy), liczbę zwróconych wniosków, powody zwrotów wniosków, liczbę wniosków będących aktualnie przedmiotem prac komisji, liczbę postępowań zakończonych, liczbę wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, liczbę zakończonych postępowań z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz liczbę posiedzeń komisji, w tym posiedzeń organizacyjnych.

#### WYNIKI

W okresie od 01.01.2012 r. do 30.04.2013 r. do komisji wpłynęło łącznie 791 wniosków. Spośród zakończonych postępowań ustaleniem zaistnienia zdarzenia medycznego zakończyło się 60 spraw, natomiast wskutek rozpoznania wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy za zdarzenie medyczne uznano łącznie 23 sprawy. Z tego w całym 2012 r. do komisji wpłynęły łącznie 404 wnioski. Spośród zakończonych postępowań ustaleniem zaistnienia zdarzenia medycznego zakończyły się 22 sprawy, natomiast wskutek rozpoznania wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy za zdarzenie medyczne uznano łącznie 11 spraw.

Śląska Wyższa Szkoła Informatyczno-Medyczna  
w Chorzowie

#### ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr hab. n. med. Łukasz Jerzy Krzych  
Śląska Wyższa Szkoła Informatyczno-Medyczna  
w Chorzowie  
ul. Sportowa 21  
41-506 Chorzów  
tel. +48 32 246 60 00  
e-mail: l.krzych@wp.pl

Ann. Acad. Med. Siles. 2014, 68, 4, 207–217  
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny  
w Katowicach  
eISSN 1734-025X

**WNIOSKI**

Obserwuje się wzrost liczby składanych wniosków, co potwierdza fakt, iż idea powołania komisji zaczyna przynosić zakładane przez ustawodawcę efekty. Daje to korzyści zarówno pacjentom, jak i środowisku medycznemu. Współpraca w ramach komisji personelu medycznego z prawnikami jest niezwykle istotna dla kształtowania świadomości prawnej lekarzy.

**SŁOWA KLUCZOWE**

zdarzenie medyczne; orzeczenie; Rzecznik Praw Pacjenta

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

On the basis of the amendment of the Act of 6 November 2008 on Patients' Rights and Patients' Rights Ombudsman (PRO), provincial committees for the adjudication of medical cases were appointed. The aim of this study was to analyze the data describing the operation of the committees from the beginning of their operations, i.e. 1 January 2012, till 30 April 2013.

**METHODS**

It was a cross-sectional study covering data gathered and made available by the PRO. The information obtained included the number of: applications submitted (excluding requests for case re-examination), returned applications and the reasons for refund requests, applications that are currently being dealt with by the committee, investigations completed, requests for reconsideration, completed proceedings with a request for case re-examination as well as committee meetings, including organizational meetings.

**RESULTS**

In the period from 1 January 2012 to 30 April 2013, the committee received 791 applications. Among the completed proceedings, determining the occurrence of a medical event resulted in 60 cases, whereas as a result of dealing with requests for a reconsideration of medical cases, 23 cases in total were determined. Throughout 2012, the committee received 404 applications. Among the completed proceedings, determining the occurrence of a medical case resulted in 22 cases, whereas as a result of dealing with requests for a reconsideration of a medical event there was a total of 11 cases.

**CONCLUSIONS**

An increase in the number of applications can be noticed, which confirms that the idea of establishing the committee is beginning to deliver the results assumed by the legislature. This provides benefits to both patients and the medical community. Good cooperation between physicians and lawyers is crucial for the development of legal awareness of physicians.

**KEY WORDS**

medical case, judgment, Patients' Rights Ombudsman

**WSTĘP**

Za zdarzenie medyczne przyjmuje się: „zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego” [1].

Na podstawie nowelizacji ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UPP) powołano wojewódzkie komisje

ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (komisje) [1]. Celem postępowania przed komisją jest ustalenie, czy zdarzenie objęte treścią wniosku, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, spełniało przesłanki opisane w UPP [1].

W odróżnieniu od postępowania sądowego, postępowanie przed Komisją jest szybsze i odformalizowane. Wnioskodawca jest obowiązany jedynie uprawdopodobnić, a nie udowodnić zaistnienie zdarzenia medycznego.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się w terminie jednego roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta. Wniosek składa się do komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala, w którym prowadzone było leczenie. Istotne elementy wniosku oraz wymagane załączniki określa UPP. Złożenie kompletnego i opłaconego wniosku (obecnie 200,00 zł) uruchamia postępowanie przed komisją [1]. Koszt postępowania jest stały, bez względu na dochodzoną kwotę.

W skład komisji wchodzi 16 członków, w tym 8 z co najmniej wyższym wykształceniem i tytułem magistra lub równorzędnym w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez co najmniej 5 lat albo mają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych, oraz 8 członków z co najmniej wyższym wykształceniem i tytułem magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez minimum 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo mają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych, którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych. Komisje orzekają w składach 4-osobowych [1].

W posiedzeniach komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, a także ubezpieczyciel, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia określoną w przepisach o działalności leczniczej.

Komisja wydaje orzeczenie nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi. W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi przysługuje prawo zło-

żenia do komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek taki komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania [1].

Komisja ma przede wszystkim umożliwić uprawnionym, w pierwszej kolejności pacjentom, ale także ich prawnym opiekunom lub spadkobiercom, pozasądowe dochodzenie roszczeń. Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego wynosi w odniesieniu do jednego pacjenta 100 tys. zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, lub 300 tys. zł – w przypadku śmierci pacjenta [1].

Wnioskodawca może odrzucić propozycję ubezpieczyciela co do wysokości rekompensaty, podczas gdy od wyroku sądowego przysługuje jedynie apelacja. Komisje mają większe możliwości orzekania o kosztach na zasadach słuszności, natomiast w postępowaniu sądowym są sztywno określone stawki opłat.

Celem niniejszego opracowania była analiza danych opisujących działania wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych od początku ich działalności, tj. od 01.01.2012 r. do 30.04.2013 r. (najbardziej aktualne dostępne dane).

## MATERIAŁ I METODA

Projekt przeprowadzono w modelu epidemiologicznego badania przekrojowego, opierając się na 16-miesięcznych danych zebranych i udostępnionych przez Rzecznika Praw Pacjenta (za okres 01.01.2012–30.04.2013). Informacje uzyskano na podstawie wniosku o udostępnienie informacji publicznej dotyczącej działalności komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w latach 2012–2013. Otrzymane informacje obejmowały: liczbę złożonych wniosków (bez wniosków o ponowne rozpoznanie sprawy), liczbę zwróconych wniosków, powody zwrotów wniosków, liczbę wniosków będących aktualnie przedmiotem prac komisji, liczbę postępowań zakończonych, liczbę wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, liczbę zakończonych postępowań z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz liczbę posiedzeń komisji, w tym organizacyjnych.

Do celów analizy wyodrębniono 3 okresy działalności komisji: rok 2012, 4 pierwsze miesiące roku 2013 oraz łączny okres 01.01.2012–30.04.2013. Prezentowane dane przedstawiono zbiorczo oraz z rozbiorem na poszczególne województwa. Wyniki ujęto w postaci wartości bezwzględnych i/lub odsetka. Dane dotyczące liczby mieszkańców województw zaczerpnięto z Rocznika Demograficznego za 2012 rok.

## WYNIKI

**Styczeń 2012÷kwiecień 2013**

W analizowanym okresie komisje zebrały się 1234 razy, w tym na 32 posiedzeniach organizacyjnych i organizacyjno-szkoleniowych (3%). Do komisji wpłynęło łącznie 791 wniosków, najwięcej w województwie mazowieckim (n = 119; 15%). W województwie śląskim złożono 88 wniosków (11%). Najmniej wniosków wpłynęło województwie lubuskim (n = 16; 2%). Najwięcej zwróconych wniosków było w województwie małopolskim (30 spośród 78 złożonych, tj. 38,5%), natomiast najmniej w lubelskim (2 na 18 złożonych, tj. 11%) i podlaskim (2 na 31 złożonych, tj. 6,5%).

Na dzień 30.04.2013 r. w komisjach było w toku 378 spraw, najwięcej w województwie mazowieckim (n = 77; 20,4%), a najmniej w lubelskim (n = 5; 1,3%) i opolskim (n = 5; 1,3%).

Ustaleniem zaistnienia zdarzenia medycznego zakończyło się 60 spraw (5% wniosków). W województwie łódzkim aż 10 spraw uznano za zdarzenie medyczne. Z kolei w województwach lubuskim i małopolskim uznano tylko po jednej.

Najwięcej wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy wpłynęło w województwie łódzkim (n = 11; 12,4%). Wskutek rozpoznania wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy za zdarzenie medyczne uznano łącznie 23 sprawy (28,5% wniosków powtórnie złożonych), najwięcej w województwach dolnośląskim, pomorskim i lubelskim. W większości województw wskutek ponownego rozpatrzenia sprawy żaden z wniosków bądź tylko jeden został uwzględniony lub uznany za zdarzenie medyczne. Szczegółowe zestawienie danych zawiera tabela I.

**2012 rok vs. okres styczeń÷kwiecień 2013**

W 2012 r. komisje zebrały się 515 razy, w tym na 25 posiedzeniach organizacyjnych (5% posiedzeń). W tym czasie wpłynęły łącznie 404 wnioski, najwięcej w województwie mazowieckim (n = 53; 13,1%). Powyżej 40 wniosków złożono w województwach śląskim i małopolskim, odpowiednio 44 (11%) oraz 41 (10%), a najmniej w lubuskim i podlaskim – po 8 (2%) wniosków.

W 4 pierwszych miesiącach 2013 r. komisje zebrały się aż 719 razy, w tym tylko 9 miało charakter organizacyjny (1,2% posiedzeń). W tym czasie wpłynęło łącznie 387 wniosków, przy czym najwięcej także dotyczyło województwa mazowieckiego (n = 66; 17%). Powyżej 40 wniosków złożono w województwach śląskim i wielkopolskim, odpowiednio 44 (11%) i 43 (11%), a najmniej w lubelskim, lubuskim

i opolskim – odpowiednio 7, 8 i 9, co daje po ok. 2% wniosków.

Porównanie liczby wniosków w poszczególnych województwach ilustruje rycina 1. Pokazuje ona dynamiczny wzrost w tym zakresie w większości województw – liczba wniosków w 4 miesiącach 2013 r. była zbliżona (o ile nie większa) niż w całym 2012 r.

Zestawienie danych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców danego województwa zawiera rycina 2. Co ciekawe, taka prezentacja danych ujawniła, iż największe „zagęszczenie” wniosków odnotowano w województwach opolskim w 2012 r. (3,7/100 000) i podlaskim w ocenianym okresie 2013 r. (3,9/100 000).

W 2012 r. najwięcej zwróconych wniosków było w województwie kujawsko-pomorskim – 14 (na 35 złożonych, tj. 40%). Po 13 wniosków zwrócono w województwach małopolskim i mazowieckim, odpowiednio 32% i 24,5%. Natomiast w ocenianym okresie 2013 r. najwięcej wniosków zwrócono w województwie małopolskim – 17 (na 37 złożonych, tj. 46%). W województwie wielkopolskim zwrócono 12 wniosków, czyli ok. 29% złożonych.

Na koniec 2012 r. w komisjach było w toku 199 spraw: najwięcej w województwie mazowieckim (n = 36; 18%), a najmniej w lubuskim – tylko jedna. Z kolei w kwietniu 2013 r. w komisjach było w toku już 187 spraw, najwięcej w województwie mazowieckim (n = 41; 22,5%), a tylko w województwie lubuskim nie toczyło się w tym okresie żadne postępowanie.

W całym 2012 r. spośród zakończonych postępowań ustaleniem zaistnienia zdarzenia medycznego zakończyły się 22 sprawy, tj. niecałe 5% spośród złożonych w tym roku wniosków. W województwach łódzkim i śląskim w 4 przypadkach uznano zdarzenie za zdarzenie medyczne, co stanowiło odpowiednio: ok. 15% oraz ok. 10% wniosków tam złożonych. W województwach mazowieckim, warmińsko-mazurskim oraz opolskim żadne z rozpatrywanych zdarzeń nie zostało uznane za zdarzenie medyczne.

W pierwszych czterech miesiącach 2013 r., wśród zakończonych postępowań w pierwszej instancji ustaleniem zaistnienia zdarzenia medycznego zakończyło się już aż 38 spraw, tj. 9,8%. W województwie łódzkim w 6 przypadkach uznano zdarzenie za zdarzenie medyczne, co stanowiło ok. 15,8% wniosków złożonych. W województwach mazowieckim, śląskim i wielkopolskim w 5 przypadkach uznano zdarzenie za zdarzenie medyczne, co daje po ok. 13,1% łącznie złożonych tam wniosków. W województwach lubuskim, małopolskim oraz podlaskim żadne z rozpatrywanych zdarzeń nie zostało uznane za zdarzenie medyczne.

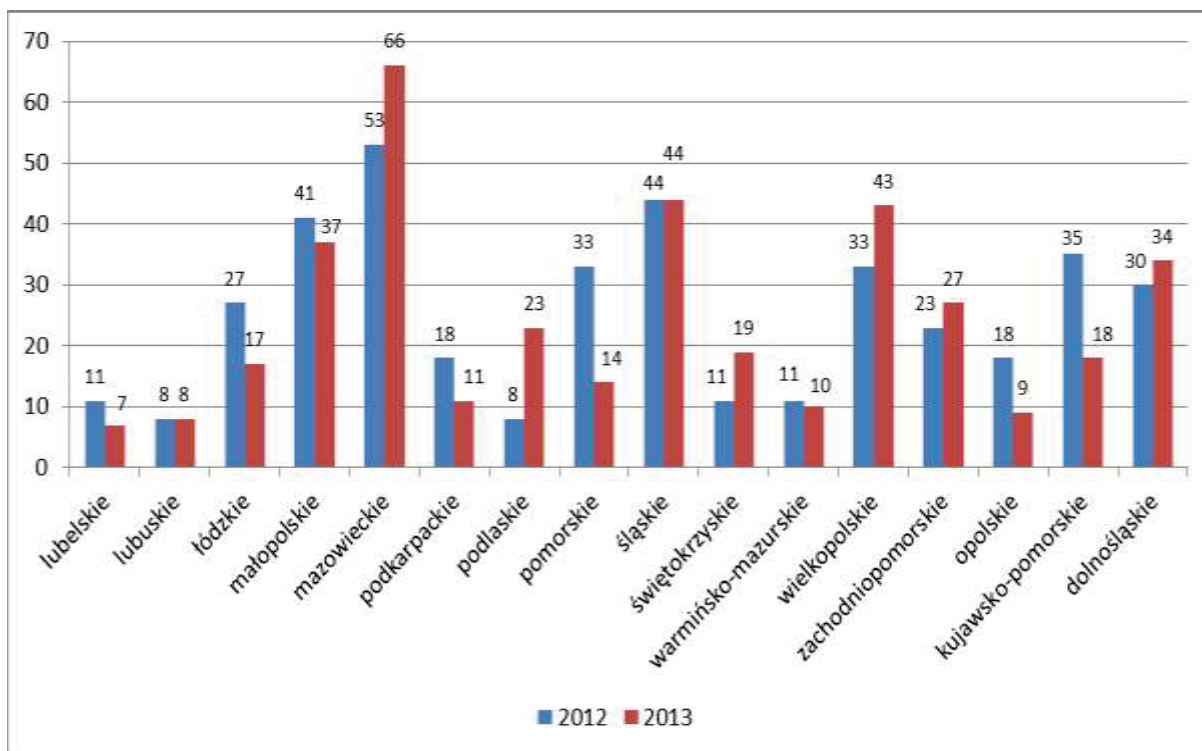
Porównanie działalności komisji w tym zakresie (ryc. 3) także pozwala zaobserwować rosnącą tendencję w większości województw.

Tabela I. Działalność komisji od 1 stycznia 2012 r. do 30 kwietnia 2013 r. roku, z podziałem na województwa  
Table I. Activity of commissions from 1 Jan 2012 till 30 Apr 2013 with regard to province

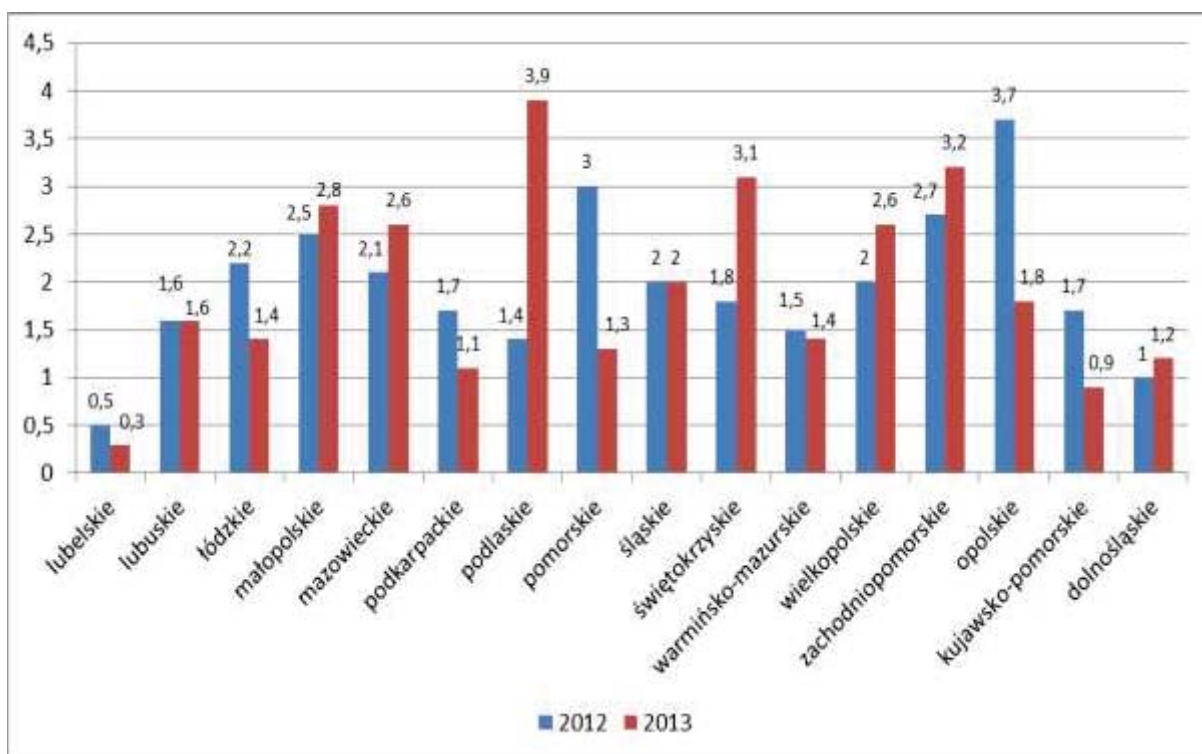
Lp.	Województwo	Liczba złożonych wniosków	Liczba zwróconych wniosków	Liczba postępowań zakończonych w I instancji			Liczba wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy			Liczba postępowań zakończonych w II instancji			Sprawy w toku
				ustalenie zdarzenia medycznego	brak zdarzenia medycznego	umorzenie postępowania	ustalenie zdarzenia medycznego	umorzenie postępowania	brak zdarzenia medycznego	umorzenie postępowania	ustalenie zdarzenia medycznego	brak zdarzenia medycznego	
1	Lubelskie	18 (2,8%)	2 (1,1%)	2 (3,3%)	9 (6,1%)	0	5 (5,6%)	1 (4,4%)	4 (14,3%)	0	5 (1,3%)		
2	Lubuskie	16 (2%)	6 (3,2%)	1 (1,7%)	2 (1,4%)	0	2 (2,3%)	0	0	0	7 (1,9%)		
3	Łódzkie	44 (5,6%)	3 (1,6%)	10 (16,7%)	14 (9,5%)	1 (4,8%)	11 (12,4%)	3 (13%)	3 (10,7%)	0	16 (4,2%)		
4	Małopolskie	78 (9,9%)	30 (16,2%)	1 (1,7%)	3 (2%)	1 (4,8%)	9 (10,1%)	1 (4,4%)	1	0	43 (11,4%)		
5	Mazowieckie	119 (15%)	23 (12,4%)	5 (8,3%)	12 (8,2%)	2 (9,5%)	9 (10,1%)	2 (8,7%)	3 (10,7%)	0	77 (20,4%)		
6	Podkarpackie	29 (3,7%)	9 (4,9%)	3 (5%)	5 (3,4%)	2 (9,5%)	5 (5,6%)	0	0	1 (33,3%)	10 (2,7%)		
7	Podlaskie	31 (3,9%)	2 (1,1%)	2 (3,3%)	4 (2,7%)	0	2 (2,3%)	2 (8,7%)	0	0	23 (6,1%)		
8	Pomorskie	47 (5,9%)	11 (6%)	2 (3,3%)	11 (7,5%)	2 (9,5%)	9 (10,1%)	2 (8,7%)	4 (14,3%)	1 (33,3%)	21 (5,6%)		
9	Śląskie	88 (11,1%)	20 (10,8%)	9 (15%)	11 (7,5%)	0	6 (6,7%)	3 (13%)	1 (3,6%)	0	48 (12,7%)		
10	Świętokrzyskie	30 (3,8%)	6 (3,2%)	2 (3,3%)	4 (2,7%)	0	4 (4,5%)	1 (4,4%)	2 (7,1%)	1 (33,3%)	18 (4,8%)		
11	Warmińsko-mazurskie	21 (2,7%)	3 (1,6%)	4 (6,7%)	6 (4,1%)	0	2 (2,3%)	0	2 (7,1%)	0	8 (2,1%)		
12	Wielkopolskie	76 (9,6%)	22 (11,9%)	6 (10%)	15 (10,2%)	0	7 (7,9%)	1 (4,4%)	1 (3,6%)	0	33 (8,7%)		
13	Zachodniopomorskie	50 (6,3%)	11 (6%)	3 (5%)	12 (8,2%)	4 (19%)	3 (3,4%)	1 (4,4%)	1 (3,6%)	0	20 (5,3%)		
14	Opolskie	27 (3,4%)	13 (7%)	2 (3,3%)	6 (4,1%)	1 (4,8%)	2 (2,3%)	1 (4,4%)	1 (3,6%)	0	5 (1,3%)		
15	Kujawsko-pomorskie	53 (6,7%)	16 (8,7%)	4 (6,7%)	15 (10,2%)	0	4 (4,5%)	1 (4,4%)	1 (3,6%)	0	18 (4,8%)		
16	Dolnośląskie	64 (8,1%)	8 (4,3%)	4 (6,7%)	18 (12,2%)	8* (38,1%)	9 (10,1%)	4 (17,4%)	4 (14,3%)	0	26 (6,9%)		
RAZEM		791	185	60	147	21	89	23	28	3	378		

\* w tym 4 postanowienia o pozostawieniu sprawy bez rozpoznania

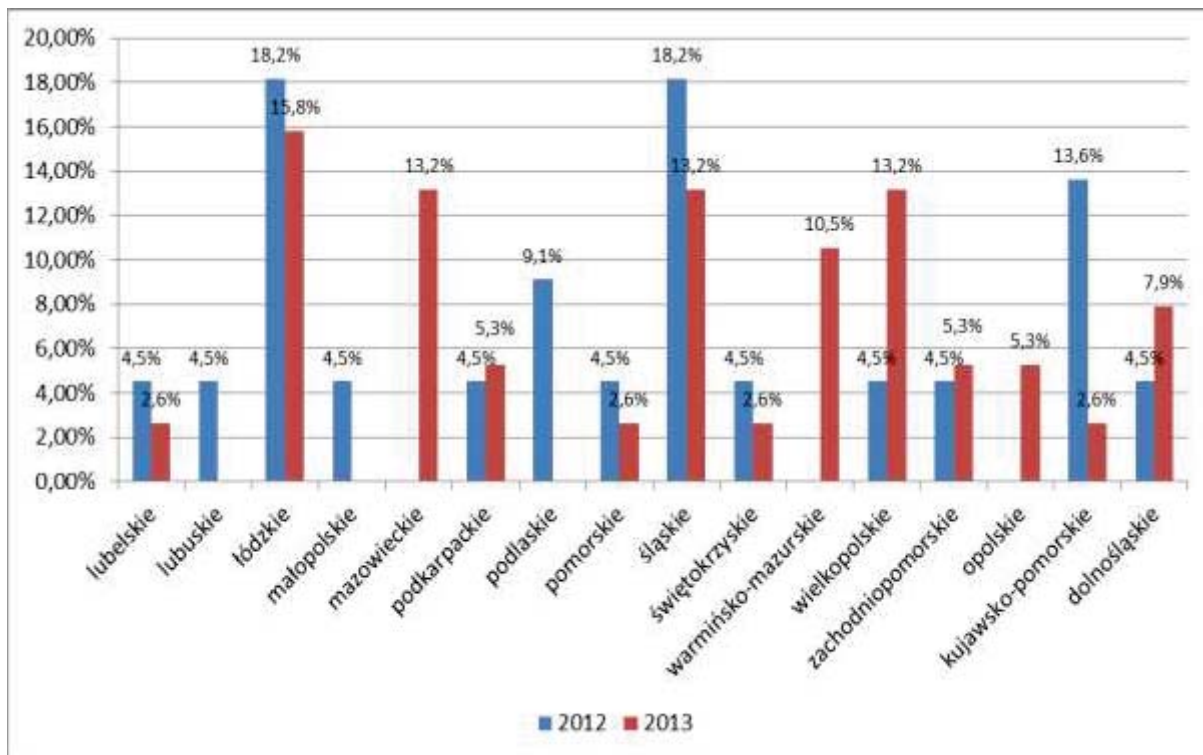




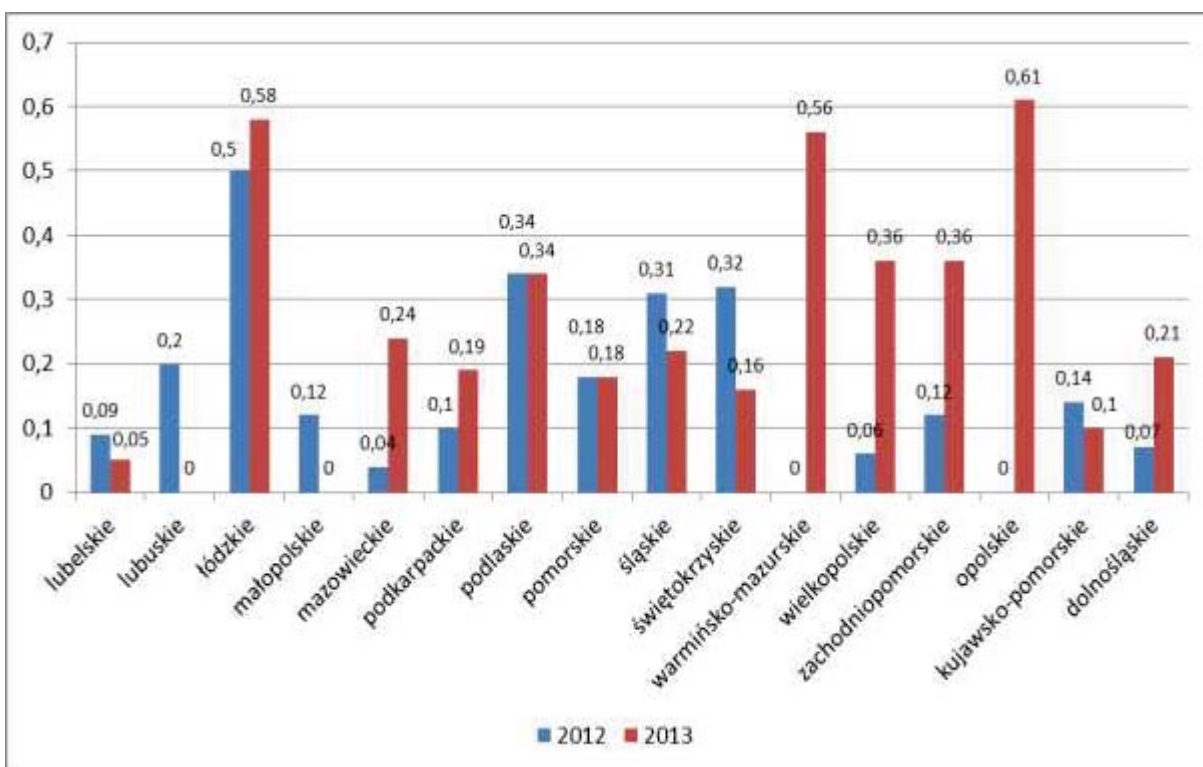
Ryc. 1. Porównanie liczby złożonych wniosków w 2012 roku oraz w okresie 01–04.2013 roku.  
 Fig. 1. Comparison of number of applications between 2012 and period of Jan-Apr 2013.



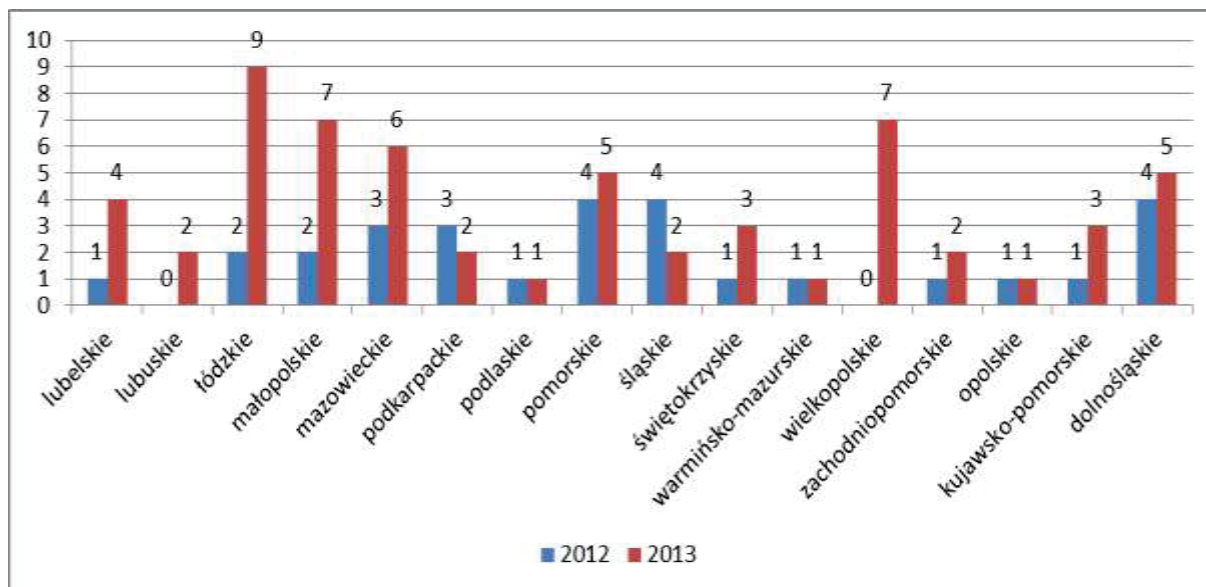
Ryc. 2. Liczba wniosków na 100.000 mieszkańców w 2012 roku oraz w okresie 01–04.2013 roku.  
 Fig. 2. Number of applications per 100,000 inhabitants in 2012 and period of Jan-Apr 2013.



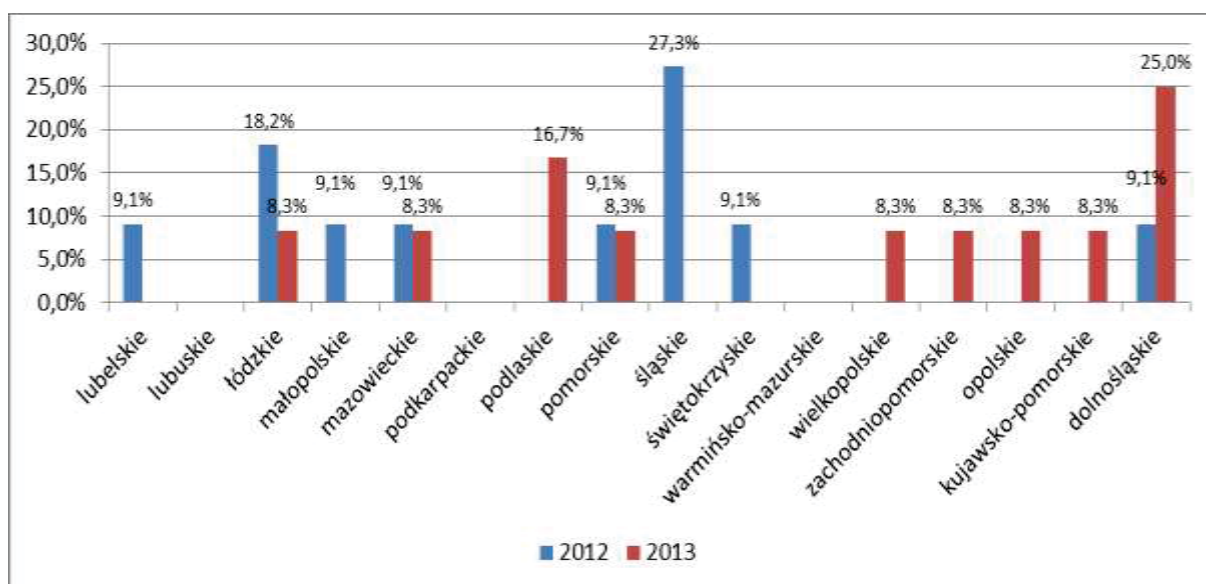
Ryc. 3. Odsetek zdarzeń uznanych za zdarzenie medyczne w I instancji w 2012 roku oraz w okresie 01–04.2013 roku.  
 Fig. 3. Ratio of applications qualified as medical cases in 1<sup>st</sup> instance in 2012 and period of Jan-Apr 2013.



Ryc. 4. Liczba zdarzeń uznanych za zdarzenie medyczne na 100.000 mieszkańców w 2012 roku.  
 Fig. 4. Number of events qualified as medical cases per 100,000 inhabitants in 2012.



Ryc. 5. Liczba wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy w 2012 roku oraz w okresie 01–04.2013 roku.  
Fig. 5. Number of applications re-submitted in 2012 and period of Jan-Apr 2013.



Ryc. 6. Odsetek zdarzeń uznanych za zdarzenie medyczne w II instancji w 2012 roku oraz w okresie 01–04.2013 roku.  
Fig. 6. Ratio of applications qualified as medical cases in 2<sup>nd</sup> instance in 2012 and period of Jan-Apr 2013.

W 2012 r. najwięcej wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy wpłynęło w województwach: pomorskim, śląskim i dolnośląskim, co stanowiło ok. 10% wniosków złożonych, natomiast żaden wniosek nie wpłynął w województwach lubuskim i wielkopolskim. W zachodniopomorskim 1 wniosek nie został rozpoznany z powodu upływu terminu na jego złożenie. Wskutek rozpoznania wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy za zdarzenie medyczne uznano łącznie 11 spraw (38% spośród ponownie złożonych wnio-

sków). Najwięcej w województwie śląskim ( $n = 3$ ; 27%). W większości województw wskutek ponownego rozpatrzenia sprawy żaden z wniosków bądź tylko jeden został uwzględniony lub uznany za zdarzenie medyczne.

Reasumując, wśród przeprowadzonych postępowań za zdarzenie medyczne w 2012 r. uznano łącznie 33 przypadki, tj. 8% złożonych wniosków. Liczbę zdarzeń uznanych za zdarzenie medyczne na 100 tys. mieszkańców województwa przedstawia rycina 4.



Prezentacja wyniku wskazuje największą liczbę zdarzeń w województwach łódzkim w 2012 r. (0,5/100 000) oraz opolskim w 2013 r. (0,61/100 000). W ocenianym okresie 2013 r. najwięcej wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy wpłynęło w województwie łódzkim – 15% wniosków złożonych, natomiast po jednym wniosku wpłynęło w województwach podlaskim, warmińsko-mazurskim oraz opolskim. Wskutek rozpoznania wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy za zdarzenie medyczne uznano łącznie 12 (20% spośród ponownie złożonych wniosków), najwięcej w województwie dolnośląskim (n = 3; 25%). W większości województw wskutek ponownego rozpatrzenia sprawy żaden z wniosków bądź tylko jeden został uwzględniony lub uznany za zdarzenie medyczne. Reasumując, wśród przeprowadzonych postępowań za zdarzenie medyczne w 2013 r. uznano łącznie 50 przypadków, tj. 12,0% złożonych wniosków.

Porównanie lat 2012 i 2013 (ryc. 5 i 6) także ujawnia wzrost liczby wniosków w województwach.

## DYSKUSJA

Celem działalności komisji jest ustalenie, czy dane zdarzenie nosi znamiona zdarzenia medycznego w rozumieniu UPP [1]. Mimo wprowadzenia ustawowej definicji zdarzenia medycznego, problem wcale nie jest łatwy do rozstrzygnięcia, o czym świadczy szeroka dyskusja na temat zakresu odpowiedzialności lekarzy, pozostałego personelu medycznego i w końcu placówki, w której świadczone są usługi opieki zdrowotnej. O ile początkowo niechętnie mówiono o jakichkolwiek pomyłkach czy błędach lekarskich, wychodząc z założenia, że medycyna jest swego rodzaju sztuką, a lekarz swoje decyzje opierał na intuicji [2], to z czasem, pod wpływem silnego zainteresowania prawników odpowiedzialnością prawną lekarza, odstąpiono od takiego pojmowania medycyny i procesu leczenia [3].

Niemniej w literaturze nadal funkcjonowało pojęcie błędu w sztuce lekarskiej, obok którego zaczęły pojawiać się coraz to nowe definicje zaniedbań pracowników opieki zdrowotnej (szczególnie lekarzy i pielęgniarek), a także nieprawidłowości w funkcjonowaniu szeroko rozumianej służby zdrowia. W doktrynie można spotkać takie terminy, jak: błąd medyczny (najczęściej spotykany w literaturze przedmiotu), błąd lekarski, błąd terapeutyczny, zdarzenie niepożądane czy – w związku z nowelizacją UPP – zdarzenie medyczne [4,5,6].

Przedmiotem zainteresowania, obok samej terminologii nieprawidłowości w procesie leczenia, były też poszczególne przypadki w praktyce lekarskiej. Najczęściej oceniano procedury diagnostyki i leczenia

urazów czaszkowo-mózgowych, ale także błędy medyczne z dziedziny chirurgii ogólnej i ortopedii. Powodem tak szerokiego zainteresowania tego typu przypadkami wydaje się fakt, iż w znacznej mierze są to urazy związane z różnego rodzaju upadkami, nierzadko pod wpływem alkoholu [7,8,9]. Powodów zainteresowania potencjalnymi błędami medycznymi należy szukać w publikacjach odwołujących się do różnych danych statystycznych określających liczbowo przypuszczalne nieprawidłowości w procesie leczenia. W 2005 r. szacowano, iż z powodu błędów medycznych może zginąć w Polsce ponad 36 tys. pacjentów, podczas gdy według danych na 2013 r., szacuje się, że pokrzywdzonych wskutek błędów lekarskich co roku w Polsce może być nawet 45 tys. chorych [10,11,12].

Szerokie zainteresowanie w literaturze, ale zapewne także w środowisku praktyków lekarzy i prawników, wywołała nowelizacja UPP [1] w części, w jakiej wprowadzała nowe, obok funkcjonujących w dalszym ciągu przepisów Kodeksu cywilnego, zasady dochodzenia roszczeń odszkodowawczych oraz zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Po pierwsze, wprowadzała ona wspomnianą wcześniej definicję zdarzenia medycznego. Po drugie, miała doprowadzić do przyspieszenia postępowania, a ponadto odciążać sądy powszechne od prowadzenia spraw o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie za błąd medyczny. W praktyce, jak wskazują nasze dane i dane z piśmiennictwa, powołanie komisji było cząstkowym rozwiązaniem problemu, gdyż nie stanowiło regulacji kompleksowej, pomijając fakt, że znalazło się ono w ustawie regulującej materialny aspekt praw pacjenta i instytucję ich ochrony, podczas gdy przedmiotem działalności komisji jest orzekanie o odszkodowaniu i/lub zadośćuczynieniu za doznaną szkodę i/lub krzywdę, a nie o naruszeniu praw pacjenta [13].

Podstawowym zarzutem pod adresem Komisji jest to, że wbrew założeniom nie działają one szybko i skutecznie [14], wobec czego pacjenci wciąż wolać szukać sprawiedliwości w sądzie, niż korzystać z odformalizowanego postępowania przed komisjami [15,16,17,18,19]. Niemniej wyniki niniejszego opracowania wskazują na stopniową zmianę tej tendencji. Niezmiennie – czy to w postępowaniu przed sądem powszechnym, czy przed komisją – fundamentalne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności ma określenie związku przyczynowo-skutkowego między zdarzeniem a szkodą [18,20].

Opisany w pracy wzrost zainteresowania działaniami komisji może być wynikiem przede wszystkim wzrostu świadomości obywateli o możliwości dochodzenia swoich roszczeń, niekoniecznie w postępowaniu sądowym, a ponadto przekonaniem o skuteczności działań komisji. Analiza danych dotyczących liczby wniosków złożonych i zwróconych wskazuje na gwałtowny

ny wzrost liczby wniosków napływających do komisji w zasadzie we wszystkich województwach, a jednocześnie na wyraźną dysproporcję w odsetku zwracanych wniosków. O ile bowiem stosunkowo proporcjonalny we wszystkich województwach jest wzrost liczby wniosków, to już we wnioskach zwracanych widoczna jest wyraźna dysproporcja. Największy wzrost liczby zwracanych wniosków miał miejsce w województwie małopolskim. W całym badanym okresie zwrócono ponad 2,5-krotnie więcej wniosków, przy niespełna 2-krotnym wzroście liczby składanych wniosków. W zasadzie proporcjonalnie za wzrostem liczby składanych wniosków idzie liczba spraw w toku. W badanym okresie w porównaniu z pierwszym rokiem działalności komisji wzrósł odsetek zdarzeń uznanych za zdarzenia medyczne. Przy średnio 2-krotnym wzroście liczby składanych wniosków liczba zdarzeń uznanych za zdarzenia medyczne zwiększyła się blisko 3-krotnie. Jednocześnie także blisko 3-krotnie wzrosła liczba zdarzeń nieuznanych za zdarzenia medyczne. Tak znaczące wzrosty należałoby łączyć z jednej strony z większą świadomością prawną obywateli i świadomym kierowaniem spraw do komisji po wstępnej ocenie, czy dane zdarzenie może zostać uznane za zdarzenie medyczne. Z drugiej strony wzrost liczby zdarzeń niekwalifikujących się jako zdarzenia medyczne należałoby łączyć z odformalizowanym, a szczególnie niskim kosztem postępowania przed komisjami [12].

Wzrost liczby zdarzeń, którym odmówiono przymiotu zdarzenia medycznego, pociągnął za sobą proporcjonalny wzrost liczby wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy. Mimo jednak tak znacznego wzrostu „odwołań”, liczba zdarzeń uznanych wskutek ponownego rozpatrzenia sprawy wzrosła tylko blisko 2-krotnie, co jest zgodne z tendencją wzrostową, a zatem należy uznać, że komisje działają prawidłowo i nie dochodzi do pochopnej kwalifikacji danego zdarzenia. Co więcej, komisje nie uginają się pod naporem oczekiwań społecznych, by jak największą liczbę zdarzeń kwalifikować jako zdarzenia medyczne. Niezauważalna w zasadzie liczba 2 umorzeń postępowań na 387 złożonych wniosków dowodzi z kolei, iż komisje merytorycznie rozpoznają każdy wniosek i dążą do merytorycznego rozpoznania każdej sprawy.

Ocena działalności komisji jest niewątpliwie istotna z punktu widzenia ich porównania z działalnością sądów, dla których miały stanowić alternatywę. Zasadne zatem byłoby, aby pokazać wyniki ich prac na tle wyników analogicznych spraw rozstrzyganych przez sądy (liczba wnoszonych spraw, odsetek poszczególnego rodzaju rozstrzygnięć, odsetek spraw umarzanych, czas trwania postępowania itp.). Brak jednak jakiegokolwiek (!) centralnego czy regionalnego rejestru zawierającego zestawienie spraw dotyczących zdarzeń o charakterze zdarzeń medycznych, szczególnie zawierającego zestawienie spraw o odszkodowanie za błąd medyczny lub błąd w sztuce lekarskiej. Co do zasady sprawy te (o zadośćuczynienie lub odszkodowanie) są rozpoznawane jako sprawy majątkowe i, zgodnie z informacjami otrzymanymi w sekretariatach niektórych sądów, konieczna byłaby weryfikacja każdego aktu cywilnych w sądach rejonowych w celu wyodrębnienia zdarzeń o charakterze zdarzeń medycznych.

## WNIOSKI

1. Obserwowany jest wzrost liczby składanych wniosków do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, co potwierdza fakt, iż idea powołania komisji, tj. umożliwienie alternatywnego postępowania dochodzenia roszczeń przez pacjentów oraz ich rodzin, zaczyna przynosić zakładane przez ustawodawcę efekty.
2. Ustanowienie komisji przynosi korzyści zarówno pacjentom, jak i środowisku medycznemu, gdyż nie trzeba czekać na orzeczenie w ramach sformalizowanego postępowania sądowego opartego w zasadzie na opinii biegłego. Jednocześnie orzeczenia komisji, zwłaszcza podjęte wskutek odwołań, dają lekarzom poczucie, że komisje nie zostały ustanowione w celu swoistego „polowania” na ich potencjalne błędy.
3. Współpraca w ramach komisji personelu medycznego z prawnikami jest niezwykle istotna dla kształtowania świadomości prawnej lekarzy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 j.t. ze zm.). Rozdz. 13a, art. 67a.
2. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Błąd Medyczny”, Warszawa 5–6 marca 2008 r. Cz.1. Prawo i Medycyna. 2008. Dostęp: [www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=82](http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=82)
3. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 08.12.1953 r., sygn. akt II K 811/53.
4. Kryst L. Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej. *Bezpieczeństwo Pracy* 2011; 11: 22–23.
5. Korytkowska D. Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego. *Acta Universitatis Lodzianis – Folia Oeconomica* 2012; 274: 61–70.
6. Kis-Wojciechowska M., Przybylski Z. Błąd medyczny. *Homines Hominibus* 2011; 7: 127–141.

7. Michalska A., Berent J. Błędy medyczne w zakresie diagnostyki i leczenia urazów czaszkowo-mózgowych w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Neurol. Neurochirurg. Pol.* 2007; 41: 327–332.
8. Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Janica J., Dopierała T., Żalusi J., Wardaszka Z. Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego z dziedziny neurochirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Białymstoku. *Ann. Acad. Med. Stetin.* 2007; 53 (supl. 2): 36–38.
9. Deboa D. Błędy medyczne z zakresu chirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej PAM i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2007; 57: 205–209.

10. Wojtasiński Z., Florek-Moskal M. Plaga błędów medycznych. Wprost 2005; 23(1175). Dostęp: <http://www.wprost.pl/ar/77336/Plaga-bledow-medycznych/>
11. Gietka E. Błędy medyczne. Przegląd. Dostęp: [www.przegladtygodnik.pl/pl/artykul/bledy-medyczne](http://www.przegladtygodnik.pl/pl/artykul/bledy-medyczne).
12. Wieczorek H. Błędy lekarskie są poza statystyką. Gazeta Wroclawska. Dostęp: [www.gazetawroclawska.pl/drukuj/317439,bledy-lekarskie-sa-pozostatystyka,id,t.html](http://www.gazetawroclawska.pl/drukuj/317439,bledy-lekarskie-sa-pozostatystyka,id,t.html)
13. Wnęk A., Policha K. Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Rozprawy Ubezpieczeniowe 2011; 11(2). Dostęp: [www.rzu.gov.pl/drukuj/20771](http://www.rzu.gov.pl/drukuj/20771)
14. Górka A. Błędy lekarskie – komisja medyczna nie działa szybko i skutecznie. Gazeta Krakowska. Dostęp: [www.gazetakrakowska.pl/drukuj/955119,bledy-lekarskie-komisja-medyczna-niedziala-szybko-i-skutecznie,id,t.html](http://www.gazetakrakowska.pl/drukuj/955119,bledy-lekarskie-komisja-medyczna-niedziala-szybko-i-skutecznie,id,t.html).
15. Zoń Ł. Zdarzenia medyczne: model szwedzki u nas się nie przyjął. Rynek Zdrowia.pl Dostęp: [www.rynekzdrowia.pl/Moim-zdaniem/Zdarzenia-medyczne-model-szwedzki-u-nas-sie-nie-przyjal,130999,drukuj.html](http://www.rynekzdrowia.pl/Moim-zdaniem/Zdarzenia-medyczne-model-szwedzki-u-nas-sie-nie-przyjal,130999,drukuj.html).
16. Modrzejewska W. Zdarzenia medyczne w praktyce. Medycyna Prywatna.pl Dostęp: [www.medycynaprywatna.pl/zdarzenia-medyczne-w-praktyce/](http://www.medycynaprywatna.pl/zdarzenia-medyczne-w-praktyce/).
17. Gmiterek-Zabłocka A. Odszkodowania za błędy medyczne? Koniec z czekaniem. Gazeta Wyborcza. Dostęp: [www.lublin.gazeta.pl/lublin/2029020,48724,12672413.html](http://www.lublin.gazeta.pl/lublin/2029020,48724,12672413.html).
18. Śliwka M. Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Prawo i Medycyna 2012; 48/49(3–4). Dostęp: [www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1357](http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1357).
19. Barczykowska J. Pacjenci wolą iść do sądu niż do komisji badającej błędy medyczne. Dziennik Łódzki. Dostęp: [www.dzienniklodzki.pl/drukuj/641683,pacjenci-wola-isc-do-sadu-niz-do-komisji-badajacej-bledy-medyczne,id,t.html?cookie=1](http://www.dzienniklodzki.pl/drukuj/641683,pacjenci-wola-isc-do-sadu-niz-do-komisji-badajacej-bledy-medyczne,id,t.html?cookie=1).
20. Bartela E. Związek przyczynowo-skutkowy w błędach medycznych. Portal Medicalnet.pl. Dostęp: [www.medicalnet.pl/Zwiazek-przyczynowo-skutkowy-w-bledach-medycznych,wiadomosc,10,czerwiec,2013.aspx](http://www.medicalnet.pl/Zwiazek-przyczynowo-skutkowy-w-bledach-medycznych,wiadomosc,10,czerwiec,2013.aspx).