



Paweł Dziecioł

Determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu
błędu medycznego w kontekście kontroli ryzyka
podmiotu leczniczego

Determinants of compensation amount for
a medical error in the context of a healthcare
organization's risk control

Praca doktorska

Promotor: dr hab. Piotr Manikowski, prof. UEP
Promotor pomocniczy: dr Magdalena Osak
Pracę przyjęto dnia:

Podpis Promotora

Poznań, 2024 r.

Na powstanie i ostateczny kształt mojej pracy doktorskiej miały wpływ osoby, którym
chciałbym w tym miejscu podziękować:

dr hab. Piotrowi Manikowskiemu, prof. UEP za cenne uwagi i poświęcony czas,
dr Magdalenie Osak za pomoc i zaangażowanie oraz inspirację do podjęcia studiów doktoranckich,
Rodzicom za przekazanie pasji do ubezpieczeń i poszukiwania prawdy,
Małżonce i naszym dzieciom za każdy dzień.

„Siła Wielkiej Matrycy polega na tym, że każdy, kto chce wykazać, że jej nie ma, lub ograniczyć jej skuteczność, jeżeli tylko posługuje się racjonalnymi argumentami, sam korzysta ze środków, które dostarcza Matryca” (Heller, 2012).

Spis treści

Wstęp.....	5
Rozdział 1. Błąd medyczny w działalności podmiotu leczniczego	14
1.1 Błąd medyczny, błąd lekarski a zdarzenie medyczne	14
1.2. Istota błędu medycznego.....	20
1.3. Rodzaje błędów medycznych.....	26
1.4. Inkubacja szkody na osobie powstałej wskutek błędu medycznego.....	33
1.5. Istota działalności podmiotu leczniczego	36
1.6. Finansowe i niefinansowe skutki błędu medycznego dla podmiotu leczniczego	40
Rozdział 2. Zadośćuczynienie za szkodę na osobie z tytułu błędu medycznego	46
2.1. Istota i rodzaje świadczeń z tytułu szkody na osobie	46
2.2. Ekonomiczno-prawne cechy zadośćuczynienia za szkodę na osobie	53
2.3. Modele ekonomicznej wyceny wartości życia i zdrowia	58
2.4. Systemy wyceny zadośćuczynienia za szkodę na osobie w wybranych krajach.....	65
Rozdział 3. Determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego – badanie empiryczne.....	87
3.1. Przedmiot i założenia metodyczne badania	87
3.2. Analiza czynników wysokości zadośćuczynień z tytułu błędów medycznych przyznanych w wyrokach sądów I i II instancji	93
3.2.1 Charakterystyka badanej próby wyroków sądów I instancji	93
3.2.2 Czynniki organizacyjne	95
3.2.3 Czynniki ekonomiczno-społeczne	100
3.2.4 Czynniki medyczne	109
3.2.5 Czynniki prawne	119
3.3. Analiza wyroków sądów II instancji w sprawie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego	129
3.4. Analiza wyroków Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego.....	141
3.5. Identyfikacja determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego	147

Rozdział 4. Znaczenie kontroli ryzyka w zarządzaniu ryzykiem podmiotu leczniczego.....	157
4.1. Tradycyjne koncepcje zarządzania ryzykiem	157
4.2. Zintegrowane koncepcje zarządzania ryzykiem	159
4.3. Etapy zarządzania ryzykiem	164
4.4. Kontrola ryzyka w podmiocie leczniczym	171
 Rozdział 5. Rekomendacje wykorzystania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontroli ryzyka podmiotu leczniczego	182
5.1. Interdyscyplinarny charakter zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym.....	182
5.2. Dochodzenie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego a kontrola ryzyka w podmiocie leczniczym	186
5.3. Kontrola ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym	194
5.3.1. Nierezydualne determinanty wysokości zadośćuczynienia	194
5.3.2. Fizyczna kontrola ryzyka błędu medycznego	196
5.3.3. Finansowa kontrola ryzyka błędu medycznego	202
5.4. Wnioski końcowe	208
Zakończenie	212
Bibliografia.....	221
Spis rysunków	240
Spis tabel.....	241
Spis wykresów	245
Załącznik	246

Wstęp

Punktem wyjścia wyboru tematu pracy doktorskiej jest szeroko przyjęta opinia, że zdrowie i życie ludzkie jest trudno wycenialne, o ile w ogóle jest to możliwe. Skoro pojawia się taka trudność przy wycenie zdrowia i życia, to *per analogiam* wycena szkody na osobie, będącej rozstrojem zdrowia lub śmiercią – spotyka się z podobnym problemem. Mając powyższe na uwadze, można zadać pytanie, w jaki sposób należy ustalać wysokość zadośćuczynienia z tytułu szkody na osobie. Zresztą trudność ta związana z ustalaniem wysokości świadczenia z tytułu szkody na osobie doczekała się w literaturze własnego terminu i została określona miarkowaniem świadczenia.

Istnieje przekonanie, że wraz z ustalaniem wysokości zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej należy indywidualnie podchodzić do rozmiaru krzywdy doznanej przez poszkodowanego (Radwański i Olejniczak, 2016; Strus, 2010; Pazdan, 2018). Jednakże zarówno w literaturze przedmiotu, jak i orzecznictwie wskazuje się na czynniki determinujące wysokość zadośćuczynienia z tytułu szkody na osobie (Daszewski, 2011, s. 191-193). Do najczęściej wymienianych należy długotrwałość cierpień psychicznych i fizycznych, ich intensywność, rodzaj odniesionych obrażeń, wpływ na dalsze życie poszkodowanego, poczucie bezradności i nieprzydatności, konsekwencje w życiu osobistym i zawodowym, rodzaj naruszonego dobra osobistego, wiek poszkodowanego oraz sposób dokonanego naruszenia. Należy wspomnieć, że w niektórych krajach Europy Zachodniej i Środkowej istnieją już nawet systemy wyceny zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej¹ (Kwiecień, 2015). Zresztą, również w Polsce pojawiła się inicjatywa stworzenia takiego systemu wyceny zadośćuczynienia. W tym celu zostało powołane przez Komisję Nadzoru Finansowego Forum Zadośćuczynień. Pomimo publikacji wyników pracy Forum Zadośćuczynień (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017), póki co prace legislacyjne nie zostały rozpoczęte. Warto jednak podkreślić, że wspomniane systemy odnoszą się przede wszystkim do szkody na osobie powstałej w związku z wypadkiem komunikacyjnym, w szczególności zadośćuczynienia dla osób bliskich z tytułu śmierci poszkodowanego.

¹ System wyceny zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej zazwyczaj ma postać algorytmu, dzięki któremu na podstawie wybranych czynników określa się odpowiednią wysokość zadośćuczynienia. Systemy takie funkcjonują m.in. w Austrii, Belgii, Hiszpanii, Szwecji, Wielkiej Brytanii czy we Włoszech.

Choć wysokość zadośćuczynienia powinna odpowiadać rozmiarowi doznanej krzywdy, to wydaje się, że określenie i rozróżnienie okoliczności oraz przyczyny powstania szkody na osobie wydają się istotne z perspektywy wyceny świadczenia. Aby odnieść przedstawioną problematykę do szkód medycznych, w tym miejscu należy zadać pytanie, kto ustala wysokość zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Jeżeli poszkodowany dąży do zaspokojenia roszczenia w trybie ugody, to wysokość świadczenia ustala wspólnie ze sprawcą (podmiotem leczniczym) lub zakładem ubezpieczeń sprawcy (o ile zostanie włączony do negocjacji w sprawie ugody). Tutaj warto dodać, że zarówno w Polsce jak i innych krajach Europy Środkowo-Zachodniej opartych na systemie prawa kontynentalnego, kultura ugodowa dopiero się rozwija. Tym samym, najbardziej popularną ścieżką dochodzenia roszczeń jest proces sądowy, gdzie o wysokości zadośćuczynienia decyduje sąd.

Analizując orzecznictwo w zakresie błędów medycznych można zauważyć, że sądy często powołują się, przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, na determinanty wysokości świadczenia z tytułu błędu medycznego². I choć zazwyczaj sądy określają te determinanty jako „uznane w orzecznictwie”, to często katalog tych determinant różni się między wyrokami.

Skoro przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia sądy kierują się pewnymi czynnikami, to można postawić kolejne pytanie. Czy można uzależnić kontrolę ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym od determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego? Z jednej strony wpływ podmiotu leczniczego na wyrok sądu jest znikomy, natomiast z drugiej strony, jeżeli katalog determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego jest znany, to być może podmiot leczniczy może uwzględnić te determinanty w działaniach prewencyjnych, a nie dopiero *post factum* na sali sądowej.

Odrębność problematyki determinant wysokości zadośćuczynienia i kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym jest poniekąd widoczna w literaturze przedmiotu. Powstało wiele prac o zarządzaniu ryzykiem³, jak i o zadośćuczynieniu (w szczególności o jego prawnych aspektach)⁴. Również miarkowanie świadczenia oraz problematyka ubezpieczeń w kontekście

² Do najczęściej wymienianych należą: wysokość uszczerbku na zdrowiu, długość trwania cierpienia, sytuacja rodzinna powoda, sytuacja materialna powoda, konsekwencje szkody w życiu osobistym i zawodowym oraz trwałość skutków.

³ Por. (Kowalewski, 1999; Rudnicki, 2008a; Hadyniak, 2010; Kaczmarek, 2010; Brühwiler, 2011; Opolski i Waśniewski, 2011; Dionne, 2013; Łyskawa, 2013)

⁴ Por. (Marek, 2007a; Clausmeyer, 2010; Karapanou & Visscher, 2010; Ponzanelli i Baroni, 2010; Strus, 2010; Daszewski, 2011; Karner, 2011; Kowalewski, 2011; Serwach, 2011a; Radwański i Olejniczak, 2016; Pazdan, 2018)

szkody na osobie zostały już szeroko opisane. Ponadto, należy jeszcze wspomnieć o podejmowanych analizach orzecznictwa. Do najistotniejszych należą prace Forum Zadośćuczynień (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017), badanie zlecone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (Budzowska, 2014) oraz prace D. Korytkowskiej-Piaskowskiej (2015; 2022). Niemniej jednak wszystkie te prace skupiają się na samej analizie lub poszukiwaniu determinant wysokości zadośćuczynienia. Stąd też, wydaje się, że praca przedstawiająca wykorzystanie wiedzy o determinantach wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontekście kontroli ryzyka podmiotu leczniczego wypełni lukę w literaturze przedmiotu.

Ze względu na przewagę cech jakościowych w badanej problematyce, w pracy przyjęto metodykę jakościowych pytań badawczych – pytania głównego i pytań dodatkowych, tzw. subpytań (Creswell, 2013, s. 147). Autor sformułował główny problem naukowy w postaci pytania:

**W jaki sposób determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego
można wykorzystać w kontroli ryzyka podmiotu leczniczego?**

Eksploracja głównego problemu badawczego z uwagi na złożoność czynników sprawia, że pytanie główne wymaga uzupełnienia przez pytania dodatkowe. W rozprawie sformułowano następujące pytania szczegółowe:

- Czym charakteryzuje się błąd medyczny z perspektywy podmiotu leczniczego?
- Jakie są istotne cechy zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego?
- Jakie są determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego?
- W jaki sposób można kontrolować ryzyko błędu medycznego?

Rozwiązanie wyżej wymienionych problemów naukowych spełnia trzy rodzaje następujących funkcji rozprawy (Krajewski i Milewski, s. 23-25):

1. funkcja teoretyczna, której odpowiada prezentacja teorii błędu medycznego oraz przedstawienie finansowych i niefinansowych jego skutków dla podmiotu leczniczego;
2. funkcja poznawcza przejawiająca się w identyfikacji determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego;
3. funkcja aplikacyjna realizowana poprzez wykorzystanie wiedzy o determinantach wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontroli ryzyka podmiotu

lecniczego, co ułatwi implementację zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym (w ujęciu procesowym) oraz pomoże w doborze odpowiednich metod kontroli ryzyka błędu medycznego (w ujęciu instrumentalnym).

Celem pracy doktorskiej jest przedstawienie możliwości wykorzystania wiedzy o determinantach wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontekście kontroli ryzyka podmiotu leczniczego, w ujęciu procesowym i instrumentalnym.

Autor, mając na uwadze przewagę liczebną jakościowych determinant wysokości zadośćuczynienia nad ilościowymi, opierając się na metodyce badań naukowych zaproponowanej przez S. Nowaka (2011) oraz J. W. Creswella (2013) na potrzeby wnioskowania inferencyjnego, wykorzystał w pracy metodę indukcyjną niezupełną.

W pracy przyjęto także pojęcie indeksykabilności znaczenia⁵, jako próby uzależnienia przekazów symbolicznych od pewnego konkretnego kontekstu znaczeniowego (Cicourel, 1984; Garfinkel, 2007). Autor przedstawił zatem, w jaki sposób kontrola ryzyka podmiotu leczniczego (jako przekaz symboliczny) może być uzależniona od determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego (jako kontekst znaczeniowy).

Wnioskowanie indukcyjne niezupełne w rozprawie składa się z 3 etapów:

1. Wybór i klasyfikacja czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.
2. Identyfikacja determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.
3. Przedstawienie wykorzystania wiedzy o determinantach wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontekście kontroli ryzyka podmiotu leczniczego, w ujęciu:
 - a. procesowym – etapy kontroli ryzyka dostosowano do inkubacji szkód powstałych w wyniku błędu medycznego;
 - b. instrumentalnym – metody kontroli ryzyka dostosowano do zidentyfikowanych determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

W pierwszym etapie poddano wstępnej analizie 283 wyroki sądów powszechnych i 8 wyroków Sądu Najwyższego oraz przeprowadzono studium literaturowe w celu wskazania czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, które następnie pełniły w

⁵ Termin „indeksykabilność znaczenia” pochodzi z etnometodologii i został wprowadzony przez A.V. Cicourela (1984) oraz H. Garfinkela (2007).

drugim etapie rolę kryteriów oceny każdego z analizowanych wyroków sądów powszechnych. Dodatkowo, na potrzeby kolejnego etapu wnioskowania, dokonano klasyfikacji wyroków sądów powszechnych na wyroki uznające roszczenie, wstępne oraz oddalające powództwo.

Drugi etap wnioskowania jest najbardziej obszerny i ze względu na zakres, stanowi wkład autora do nauki. Przedmiotem analizy są wyroki sądów powszechnych pod kątem identyfikacji determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Po wstępnej analizie w etapie 1. wnioskowania, na podstawie zadośćuczynień zasądzonych w wyrokach sądów I instancji, autor opracował bazę danych czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego i będącej przedmiotem dalszej analizy jako macierz o wymiarach 26x77⁶. Natomiast, na podstawie wyroków sądów II instancji w sprawie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, przygotowano drugą macierz o wymiarach 18x154⁷ w celu uzupełnienia danych z wyroków sądów I instancji o 1 czynnik – zmianę wysokości zadośćuczynienia w wyrokach sądów II instancji, a także w celu analizy ilościowo-jakościowej ze względu na rolę wyroków sądów II instancji. Finalnie, na potrzeby niniejszej dysertacji, na podstawie 283 wyroków wraz z uzasadnieniami (w badanej próbie średnia objętość uzasadnienia do wyroku wynosi 13 stron w formacie A4) sądów powszechnych, opracowano własną bazę danych w formie 2 macierzy o łącznej liczbie rekordów – 4774. Przygotowanie własnej bazy danych polegało na poszukiwaniu i identyfikacji w każdym uzasadnieniu do wyroku każdego z przyjętych czynników (jako osobny rekord w bazie danych) wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Następnie dokonano analizy ilościowo-jakościowej przygotowanej bazy danych. Badanie empiryczne zwieńczone jest analizą jakościową 8 wyroków Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego, ze względu na istotność zawartych w nich twierdzeń.

Opierając się na studium literaturowym, badaniu empirycznym wyroków sądów I i II instancji oraz wyroków Sądu Najwyższego, dokonano identyfikacji determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, by móc je później wykorzystać do prezentacji kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym.

⁶ Macierz o wymiarach 26x77 wynika z przyjętych 26 kryteriów oceny i 77 zadośćuczynień zasądzonych w wyrokach sądów I instancji (szerzej zob. podrozdział 3.1)

⁷ Macierz o wymiarach 18x154 wynika z przyjętych 18 kryteriów oceny i 154 zadośćuczynień rozpatrywanych w wyrokach sądów II instancji (szerzej zob. podrozdział 3.1)

Trzeci etap – końcowy, jest najbardziej wartościowy dla celów pracy doktorskiej. Dzięki analizie jakościowej i ilościowej danych z II etapu badania, autor wskazał możliwości wykorzystania wiedzy o determinantach wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontekście kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym.

Na podstawie przyjętej metody wnioskowania, w dysertacji można wyodrębnić zastosowanie następujących metod badawczych:

I. Metody ilościowe:

- miary statystyczne w zakresie wybranych czynników (potencjalnych determinant) wysokości zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego przyznanych w wyrokach sądów powszechnych (wydziałów cywilnych);

II. Metody jakościowe:

- analiza literatury przedmiotu,
- analiza wybranych modeli ekonomicznej wyceny wartości życia i zdrowia,
- analiza systemów wyceny zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej w wybranych krajach.

Zakres podmiotowy badania obejmuje podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą bez względu na formę organizacyjno-prawną, w szczególności szpitale, ale również przychodnie czy indywidualne praktyki lekarskie. Przedmiotem badania jest kontrola ryzyka w procesie zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym oraz instytucja zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w zakresie metodyki miarkowania świadczenia. Zakres czasowy badania empirycznego obejmuje okres publikacji wyroków sądów powszechnych i Sądu Najwyższego w latach 2013-2019. W pracy przyjęto stan prawny na dzień 01.05.2024 r. Zakres przestrzenny dysertacji jest ograniczony do terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem analizy systemów wyceny zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej, która obejmuje rozwiązania w Austrii, Belgii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, Szwecji, Włoszech i Wielkiej Brytanii.

Przeprowadzone studium literaturowe stanowi podstawę źródeł bibliograficznych w rozprawie, które obejmują publikacje krajowe i zagraniczne, głównie w języku angielskim, ale również – mając na uwadze analizę jakościową rozwiązań w wybranych krajach Europy Środkowo-Zachodniej w zakresie systemów wyceny zadośćuczynienia - analizowano również

pozycje w języku francuskim, hiszpańskim, niemieckim i niderlandzkim. Dodatkowo, uzupełnieniem źródeł bibliograficznych są między innymi akty prawne, publikacje internetowe, ogólne warunki ubezpieczeń, orzecznictwo, raporty, sprawozdania i standardy jakości.

Praca składa się z 5 rozdziałów, poprzedzonych wstępem i podsumowanych w zakończeniu oraz bibliografii, spisów rysunków, tabel i wykresów, a także załącznika z wykazem wyroków sądów będących przedmiotem badania empirycznego. Omówienie różnicy między błędem medycznym, błędem lekarskim a zdarzeniem medycznym, stanowi początek rozdziału 1. W celu dopełnienia obrazu definicji błędu medycznego rozważania rozpoczęto od nadania kontekstu historycznego błędu lekarskiego. Następnie, na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz wyroków Sądu Najwyższego zaprezentowano przegląd definicji błędu medycznego, błędu lekarskiego oraz zdarzenia medycznego. W kolejnym kroku, przedstawiono istotę błędu medycznego. Opierając się na modelu „szwajcarskiego sera” J. Reasona (Grober i Bohnen, 2005), przedstawiono koncepcję błędu medycznego jako przyczyny zdarzenia niepożądanego. Kolejny podrozdział zawiera analizę literatury krajowej i zagranicznej przygotowaną w celu usystematyzowania rodzajów błędów medycznych oraz opracowano własny podział rodzajów błędów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju świadczenia zdrowotnego. Ze względu na nietypową cechę błędu medycznego, jaką jest inkubacja szkody, omówienie istoty i skutków inkubacji szkody stanowi kolejny krok w rozdziale 1. Niezbędnym uzupełnieniem teorii błędu medycznego w niniejszej rozprawie jest kontekst i istota działalności podmiotu leczniczego. Finalnie, zaprezentowano koncepcję finansowych i niefinansowych skutków błędu medycznego, które są punktem wyjścia dla rozdziału 2.

Celem rozdziału drugiego jest omówienie problematyki zadośćuczynienia za szkodę osobową spowodowaną błędem medycznym. Przedstawiono zestawienie rodzajów świadczeń z tytułu szkody osobowej oraz istotę zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Prezentacja ekonomiczno-prawnych cech zadośćuczynienia za szkodę na osobie stanowi kolejny krok w dysertacji. Na podstawie czterech funkcji zadośćuczynienia pieniężnego wyodrębniono cztery typy świadczenia z rozróżnieniem na rodzaj świadczenia, charakter, przedmiot kompensacji oraz warunki szczególne. Dodatkowo, wymieniono przykłady otwartego katalogu dóbr

osobistych, które mogą być kompensowane odszkodowaniem lub zadośćuczynieniem. Zwieńczeniem rozdziału są dwie analizy – modeli ekonomicznej wyceny wartości życia i zdrowia oraz systemów wyceny zadośćuczynienia za szkodę osobową w wybranych krajach. Na podstawie studium literaturowego dokonano analizy modeli ekonomicznej wyceny wartości życia i zdrowia oraz przedstawiono zestawienie 12 metod wyceny. Te z kolei, leżą u podstaw systemów wyceny zadośćuczynienia za szkodę na osobie. Przedmiotem analizy są systemy wyceny w 9 krajach europejskich, w tym ośmiu opartych na systemie prawa kontynentalnego - Austria, Belgia, Francja, Hiszpania, Niemcy, Polska, Szwecja i Włochy, oraz jednego opartego na systemie prawa *common law* – Wielka Brytania. Finalnie, na podstawie studium literatury przedmiotu przedstawiono listę czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej.

Celem rozdziału trzeciego jest wskazanie determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, zarówno na gruncie teoretycznym - na podstawie rozdziałów poprzedzających - jak i empirycznym. W pierwszej kolejności pokazano przyjęte założenia badania empirycznego, które obejmowało 283 wyroki wydziałów cywilnych sądów powszechnych (sądów I i II instancji) oraz 8 wyroków Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego. Przedmiotem analizy wyroków sądów I i II instancji jest 27 czynników wysokości zadośćuczynienia, przy czym wyroki sądów I instancji analizowano pod kątem 26 czynników, które podzielono na 4 grupy - organizacyjne, ekonomiczno-społeczne, medyczne i prawne. Natomiast wyroki sądów II instancji analizowano pod kątem 1 czynnika – zmiany wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Dodatkowo, dokonano analizy ilościowo-jakościowej wyroków sądów II instancji. Następnie poddano analizie jakościowej wyroki Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego. Finalnie, zaprezentowano wyniki badania, w tym autorską identyfikację determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, w podziale na te wyodrębnione w badaniu empirycznym i analizie literatury przedmiotu.

Rozdział 4 stanowi pierwszy krok w realizacji przyjętego założenia w zakresie indeksykacji znaczenia determinant wysokości zadośćuczynienia. Rozpoczyna się on przeglądem tradycyjnych i zintegrowanych koncepcji zarządzania ryzykiem. Następnie omówiono etapy zarządzania ryzyka i zaprezentowano finansowe i niefinansowe metody

kontroli ryzyka podmiotu leczniczego. Natomiast wskazanie znaczenia kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym stanowi zwieńczenie rozdziału 4.

Rozdział piąty jest odpowiedzią na główny problem naukowy niniejszej dysertacji. Na początku przedstawiono interdyscyplinarny charakter kontroli ryzyka, w tym wyszczególniono proces dochodzenia roszczenia oraz zakres kluczowych zadań podmiotu leczniczego w procesie kontroli ryzyka błędu medycznego w podziale na zadania prawne, ubezpieczeniowe, techniczne i administracyjno-zarządcze. Następnie, w kontekście istotnych cech błędu medycznego, zaprezentowano etapy oraz metody kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym, w podziale na fizyczne oraz finansowe metody kontroli, z uwzględnieniem determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Finalnie, przedstawiono wnioski końcowe oraz rekomendacje uzależnienia kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym od determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. W zakończeniu podsumowano wyniki badań i zaprezentowano główne wnioski z poszczególnych rozdziałów pracy.

Rozdział 1. Błąd medyczny w działalności podmiotu leczniczego

1.1 Błąd medyczny, błąd lekarski a zdarzenie medyczne

Pojęcie błędu medycznego od pewnego czasu ugruntowało się już w polskiej literaturze przedmiotu. Niemniej jednak jego definicja, zakres przedmiotowy i podmiotowy, nadal nie dorobiły się swej uniwersalnej postaci, ani powszechnie przyjętego znaczenia. Z pewnością brak definicji legalnej utrudnia to, choć pozostawienie przez ustawodawcę pewnej przestrzeni do wykładni pojęcia błędu medycznego należy uznać za celowe, a może i nawet słuszne.

Trudności z interpretowaniem i stosowaniem terminu błędu medycznego zaczynają się wraz z wymienieniem pojęć bliskoznacznych - błędu lekarskiego (tudzież: błędu w sztuce lekarskiej) oraz zdarzenia medycznego. Z jednej strony wszystkie trzy brzmią podobnie, bywają nawet używane zamiennie, również w orzecznictwie⁸, z drugiej strony już sama wykładnia językowa wskazuje na pewne różnice między nimi.

Błąd lekarski jest najstarszym pojęciem z wymienionych powyżej terminów. I choć pierwsze wzmianki o odpowiedzialności za błędy lekarskie można znaleźć w Kodeksie Hammurabiego z XVIII w. p.n.e., indyjskiej Księdze Praw Manu, egipskiej Księdze Tota czy w polskim traktacie *O niedoskonałych lekarzach* z 1519 r. n.e. (Marek, 2007a, s. 13), to w wykładni błędu lekarskiego niezmiennie od ponad 70 lat aktualne pozostaje orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54). Przyjęto w nim iż „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym” (Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955). Dla potrzeb dalszej interpretacji, należy podkreślić zakres podmiotowy oraz przedmiotowy powyższego orzeczenia. Po pierwsze, błąd lekarski może zostać popełniony przez lekarza. Po drugie, błąd lekarski jest czynnością lub zaniechaniem w zakresie diagnozy lub terapii⁹. I po

⁸ W wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 października 2019 r. (sygn. akt I C 576/17), Sąd poszukując definicji błędu medycznego, w swej ocenie uważa, że należy sięgnąć do przepisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012 r. poz. 159 z późn. zm.). Zgodnie z definicją zdarzenia medycznego zawartą w art. 67a, Sąd uważa, że zdarzenie medyczne jest tożsame z błędem medycznym (Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 października 2019 r.). Autor stanowczo nie zgadza się jednak z powyższą opinią, co próbuje udowodnić w dalszej części pracy.

⁹ W ocenie autora, intencją Sądu Najwyższego była alternatywa łączna w zakresie diagnozy lub terapii, a nie koniunkcja, która może wynikać z wykładni językowej (literalnej) orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. Bowiem, przyczyną błędu lekarskiego może być tylko diagnoza, lub tylko terapia (a także diagnoza i terapia) niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Wydaje się, że Sąd Najwyższy nie

trzecie, owa czynność lub zaniechanie musi być niezgodna z nauką medycyny, co ważne - w zakresie dla lekarza dostępnym. Tak by się przynajmniej wydawało, gdyby nie pogląd, że „każde niepowodzenie w leczeniu musi być wynikiem błędu lekarza, którego pojmowanie zwłaszcza w doktrynie niemieckiej obejmowało elementy obiektywnej sprzeczności działania lekarza z zasadami wiedzy medycznej oraz pierwiastki subiektywnego zawinienia (szerokie ujmowanie błędu lekarskiego)” (Bączyk-Rozwadowska, 2008). Teoria ta, na szczęście, nie przyjęła się w całej swej okazałości w polskim orzecznictwie, choć zakusy (w szczególności kancelarii odszkodowawczych) wraz z *boomem* roszczeń medycznych na przełomie pierwszych dziesięcioleci XXI-ego wieku - były widoczne.

Szerszą definicję błędu lekarskiego zaproponowała A. Liszewska (1998): „oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowią podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności”.

Błąd medyczny uznawany jest za naturalnego następcę błędu lekarskiego, w wyniku ewolucji nie tylko samej medycyny, ale również istotnego wpływu nauk prawnych, ekonomicznych i technicznych. I choć pierwsze próby definicji błędu medycznego notuje się na przełomie XX-ego i XXI-ego wieku, to zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r. za błąd medyczny „należy zakwalifikować działania i zaniechania należytej staranności, naruszające reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej oraz deontologii określającej ich powinności zawodowe” (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r.).

W literaturze przedmiotu, bez względu na zakres przedmiotowy błędu medycznego istotną cechą, która odróżnia błąd medyczny od błędu lekarskiego jest zakres podmiotowy (Liszewska i Serwach, 2021, s. 77). W przypadku błędu lekarskiego, nawet wykładnia językowa zawęża definicję do czynności lub zaniechania lekarza. Błąd medyczny natomiast, ze swojej istoty, jest pojęciem szerszym w zakresie podmiotowym, rozszerzonym co najmniej o pozostały personel medyczny. Zgodnie z definicją przyjętą w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r. działanie lub zaniechanie musi naruszać reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej. Sąd

zamierzał ograniczać błąd lekarskiego w zakresie przedmiotowym jedynie do czynności w zakresie diagnozy i terapii występujących łącznie. A z pewnością przyjęta dalej linia orzecznicza pokazała, że tak skrajna wykładnia językowa nie znajduje zastosowania.

Najwyższy pominął jednak celowo lub przyjął domyślnie zasady wiedzy medycznej (dla lekarza) dostępne. Jeżeli dostępność do zasad wiedzy medycznej została pominięta celowo, to oprócz różnic podmiotowych, błąd medyczny różni się od błędu lekarskiego również w zakresie przedmiotowym.

Zdecydowanie najmłodszym, ale również o odmiennej konstrukcji i w pewnym sensie nowatorskim, jest termin zdarzenia medycznego. Swą wyjątkowość zawdzięcza chociażby definicji legalnej, której nie doczekał się ani błąd lekarski ani błąd medyczny, którą ustawodawca zamieścił w Ustawie 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. Zgodnie z art. 67a zdarzeniem medycznym było „zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną (Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011):

- 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”.

Definicja ta uległa jednak zmianie wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, zgodnie z którą zdarzeniem medycznym jest „zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego (Ustawa z dnia 16 czerwca 2023):

- 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”.

Zdarzenie medyczne w swej istocie przekłada zatem ciężar definicji z przyczyny (odpowiednie dla błędu lekarskiego oraz błędu medycznego), na skutek. To podkreślenie skutku zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta, jest niczym innym jak zawężeniem przedmiotowym. Zdarzeniem medycznym jest bowiem nie tylko samo działanie lub zaniechanie naruszające reguły aktualnej wiedzy medycznej, ale takie, które powoduje określony w ustawie skutek (Serwach, 2012a, s. 12-13).

Warto również dodać, że wprowadzenie pojęcia zdarzenia medycznego przez Ustawodawcę nie miało na celu zastąpienie definicji błędu medycznego i błędu lekarskiego. Głównym celem implementacji zdarzenia medycznego do polskiego porządku prawnego było bowiem wprowadzenie nowego pozasądowego systemu kompensacji szkody bez względu na winę sprawcy (ang. *no fault patient insurance*) (Kowalewski, 2011, s. 33-37; Ludwichowska, 2011, s. 36-37). Polskie rozwiązanie nie było pionierskie w tym zakresie, ponieważ podobny model ubezpieczenia był już przyjęty we Francji oraz krajach skandynawskich (Serwach, 2018, s. 93-98), a istotą ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych jest ochrona interesu pacjenta¹⁰ (Dzięcioł, 2015a) oraz zapewnienie szybkiej kompensacji szkód (Serwach, 2011b, s. 17-18). Niemniej jednak, celem (pozasądowego) postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych było, jak sama nazwa wskazuje - orzeczenie o zdarzeniu medycznym (Wnęk i Policha, 2011). Wojewódzka komisja ustalała zatem czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, jest zdarzeniem medycznym, natomiast orzeczenie o zdarzeniu medycznym zobowiązywało sprawcę (lub jego ubezpieczyciela) do wypłaty odszkodowania, a konkretnie do złożenia propozycji wysokości odszkodowania, którą poszkodowany mógł przyjąć lub odrzucić (szerzej: Sadowska, 2015).

W aktualnym stanie prawnym, w przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego, pacjentowi lub osobie bliskiej, o której mowa w art. 67r ust. 2, przysługuje świadczenie kompensacyjne. Świadczenie te przyznawane jest na podstawie opinii Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, która wydawana jest na skutek postępowania przed Rzecznikiem Praw Pacjenta na wniosek poszkodowanego. Istotną zmianą, w stosunku do poprzedniego kształtu ustawy, są ustalone przed ustawodawcą w art. 67s przedziały

¹⁰ Od początku XXI wieku można zauważyć wyraźny trend w działaniach legislacyjnych, uwzględniający ochronę prawną konsumentów. Dobrym przykładem takich działań ustawodawcy jest nowelizacja kodeksu cywilnego z 2007 r. w zakresie m.in. umowy ubezpieczenia (Orlicki i Pokrzywniak, 2008, s. 16-17)

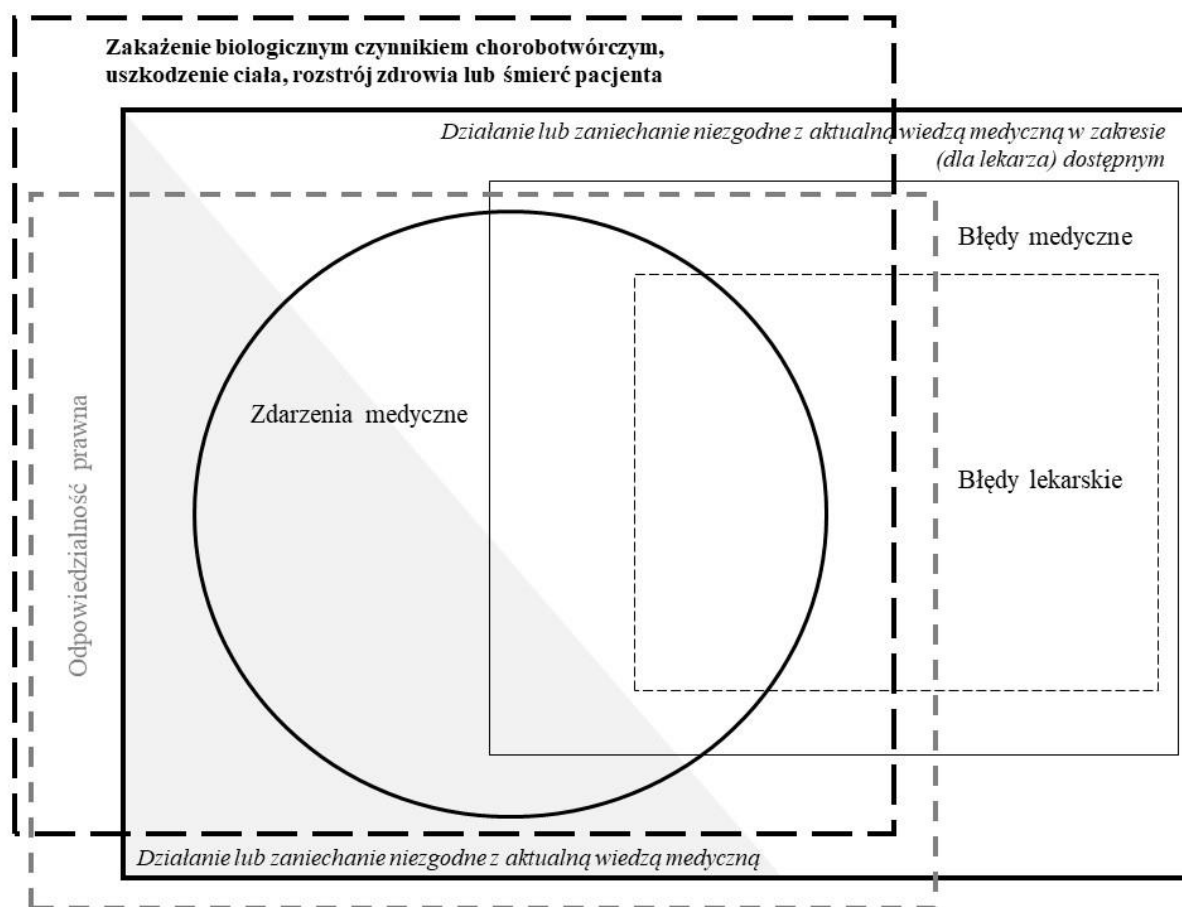
waloryzowanej co roku wysokości świadczenia kompensacyjnego, w zależności od rodzaju szkody (Ustawa z dnia 6 listopada 2008). Wcześniej, ustawodawca określił jedynie maksymalne wysokości świadczenia (Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011).

Porównując termin zdarzenia medycznego z błędem medycznym, należy również uwzględnić odpowiedzialność prawną wynikającą z obu pojęć. Jedną z trzech przesłanek odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, obok szkody i związku przyczynowego, jest wina sprawcy. Czyn zawiniony sprawcy może mieć postać błędu medycznego (Serwach, 2012b). Zatem wystąpienie zawinionego błędu medycznego jest tylko jedną z trzech przesłanek koniecznych do uznania odpowiedzialności cywilnej, a więc nie przesądza jeszcze o odpowiedzialności sprawcy (Białkowski, 2013, s. 62; Fiutak, 2012).

W przypadku zdarzenia medycznego, mówi się o odpowiedzialności za zdarzenie medyczne, w ocenie M. Serwach (2011a, s. 5) – surowej odpowiedzialności szpitali. Surowszej od odpowiedzialności cywilnej, chociażby ze względu na brak konieczności, nie tylko udowodnienia, ale i występowania winy sprawcy. Z drugiej strony odpowiedzialność ta jest zawężona tylko do katalogu szkód wymienionych w ustawowej definicji zdarzenia medycznego (Serwach, 2021a, s. 99-101). Dlatego system kompensacji ubezpieczeniowej, nie powinien być substytutem odpowiedzialności cywilnej (Sadowska, 2015, s. 26). Co jeszcze wyraźniej manifestuje B. Lewaszkiewicz-Petrykowska (1994, s. 190), że „to właśnie odpowiedzialność cywilna gwarantuje pełne odszkodowanie i na tym polega jej przewaga”. Dlatego samo wystąpienie zdarzenia medycznego zgodnego z ustawową definicją, niejako „automatycznie” powoduje odpowiedzialność prawną za to zdarzenie. To po pierwsze, odróżnia odpowiedzialność cywilną z tytułu błędu medycznego od odpowiedzialności prawnej z tytułu zdarzenia medycznego, po drugie odróżnia w konsekwencji same pojęcia.

Podsumowując, punktem wyjścia niniejszych rozważań jest skutek zawarty w definicji zdarzenia medycznego w art. 3 ust. 1 pkt 11 - zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta. Może ono nastąpić w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania lub zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego, „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” (Ustawa z dnia 6 listopada 2008).



Rysunek 1.1. Błąd medyczny, błąd lekarski a zdarzenie medyczne

Źródło: Opracowanie własne.

Warunkiem zarówno błędu medycznego jak i zdarzenia medycznego jest działanie lub zaniechanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną (Serwach, 2021a, s. 104-106). Może być niezgodne z aktualną wiedzą medyczną w zakresie (dla lekarza) dostępnym, ale nie musi. Ta cecha z kolei odróżnia błąd lekarski od błędu medycznego i zdarzenia medycznego. Błąd lekarski musi wynikać z działania lub zaniechania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Ponadto, błąd lekarski może zostać spowodowany jedynie przez lekarza, natomiast błąd medyczny przez lekarza, pozostały personel medyczny lub inny personel podmiotu leczniczego. Błąd medyczny i błąd lekarski odróżnia od zdarzenia medycznego również istotny fakt, że nie muszą one powodować zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta.

Mogą być działaniem lub zaniechaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną, ale nie muszą powodować uszczerbku na zdrowiu lub życiu pacjenta (Serwach, 2021a, s. 106) (np. błąd diagnostyczny nie oznacza jeszcze przyczynienia się do rozstroju zdrowia).

Swoiste przenikanie się definicji błędu medycznego, błędu lekarskiego oraz zdarzenia medycznego, zacznie nabierać wielu wymiarów, kiedy uwzględnimy aspekty odpowiedzialności prawnej, definicji i rozmiaru poniesionej szkody czy rodzaju czynu zawinionego. Podsumowując dotychczasowe rozważania, powyższą wielowymiarowość pojęć postarano się zobrazować na rysunku 1.1.

M. Nesterowicz (2010) podkreśla, że przez wieki uważano, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności cywilnej za błąd medyczny gdyż, jako że nie jest nieomylny, pewnych błędów nie będzie mógł uniknąć. Nie ma wątpliwości, że stan prawny oraz oczekiwania społeczne względem odpowiedzialności za błędy medyczne na pewno uległy zmianie.

1.2. Istota błędu medycznego

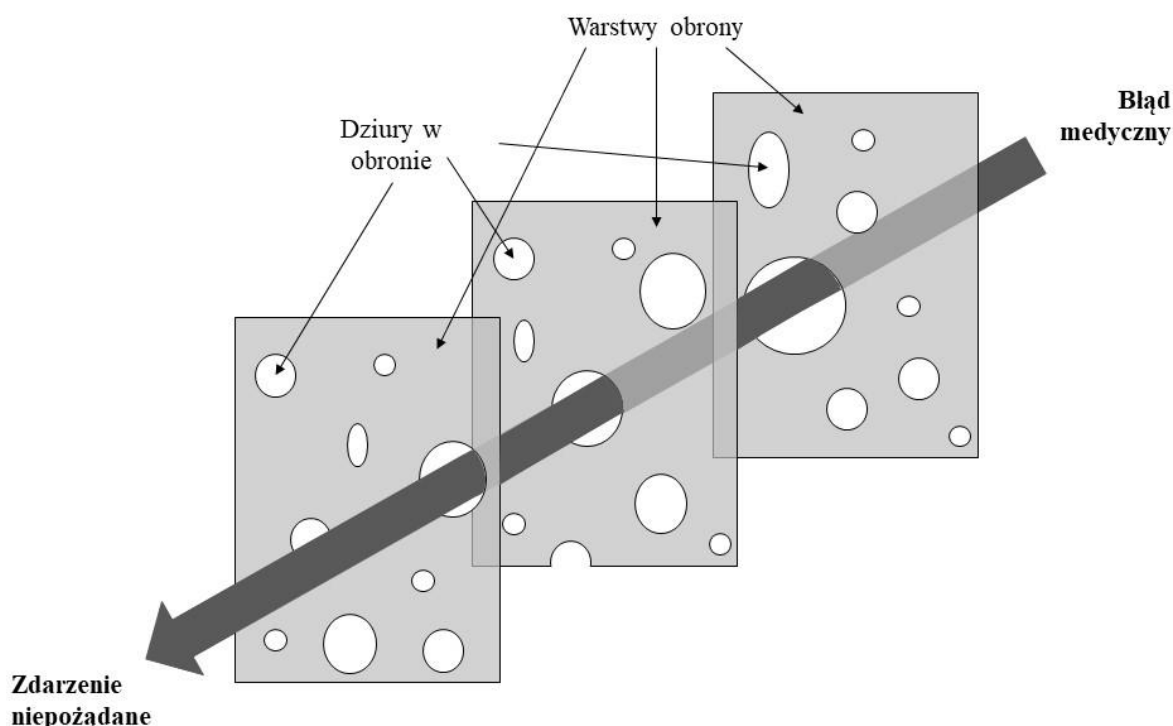
Błąd medyczny wywodzi się z terminu błędu lekarskiego, jednak zakres podmiotowy i przedmiotowy obu pojęć, nie pozwala postawić znaku równości między nimi. Błąd medyczny nie jest również zdarzeniem medycznym, w szczególności, jeśli uwzględnimy odpowiedzialność prawną wynikającą z obu kategorii, co wykazano już wcześniej. O ile definicja błędu lekarskiego zawarta w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. przyjęła się w literaturze przedmiotu i orzecznictwie, a definicja legalna zdarzenia medycznego została przyjęta w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o tyle istotnych propozycji definicji błędu medycznego jest wiele (World Health Organization, 2016, s. 3).

Istnieje pogląd, że błąd medyczny jest ściśle powiązany ze zdarzeniem niepożądanym¹¹ (Korytkowska, 2012, s. 69). W hiszpańskim raporcie ENEAS 2005 błędem medycznym nazywa

¹¹ **Zdarzeniem niepożądanym** nazywamy sytuację, w której pacjent doznaje szkody nieumyślnej w wyniku interwencji medycznej nie wynikającej z wcześniej występującej choroby (Luengas Amaya, 2009). Oznacza to, że szkoda powstała w wyniku świadczenia usługi medycznej, która była niezwiązana z komplikacjami wynikającymi z wcześniej występującej choroby. Dotyczy ono wszystkich rodzajów świadczeń zarówno diagnostycznych jak i terapeutycznych wraz z systemami i urządzeniami wykorzystywanymi w celu osiągnięcia oczekiwanego leczenia. Podstawowy podział zdarzeń niepożądanych dzieli je na (Korytkowska, 2013, s. 56-57):

- Zdarzenia niepożądane, którym można było zapobiec oraz
- Zdarzenia niepożądane, którym nie można było zapobiec.

się „błędne działanie lub zaniechanie w praktyce lekarskiej, które powodują zajście zdarzenia niepożądanego” (Aranaz Andres, 2006). Definicję błędu medycznego Amerykańska Rada ds. Prewencji i Raportowania Błędów Medycznych rozpoczyna od „jakiegokolwiek dającego się przewidzieć zdarzenia (...)” (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2015).



Rysunek 1.2. Model Jamesa Reasona przyczynowości błędów (model „szwajcarskiego sera”)

Źródło: Opracowano na podstawie (Grober i Bohnen, 2005).

Szczegółowy podział zdarzeń medycznych, uwzględnia długość hospitalizacji pacjenta i konieczność organizacji pomocy osób trzecich poszkodowanemu pacjentowi. Każdej literze odpowiada inne zdarzenie niepożądane (Landrigan i in., 2010):

- E – czasowa szkoda na pacjencie wymagająca interwencji medycznej,
- F – czasowa szkoda na pacjencie wymagająca podstawowej lub długotrwałej hospitalizacji,
- G – całkowita szkoda na pacjencie, konieczna opieka długoterminowa,
- H – niezbędna interwencja osób trzecich do utrzymania życia,
- I – śmierć pacjenta.

Podobny pogląd reprezentują E.D. Grober i J.M.A. Bohnen (2005), którzy w oparciu o model „szwajcarskiego sera” przyczynowości błędów, przedstawiony na rysunku 1.2., zaproponowali definicję błędu medycznego jako: „działanie lub zaniechanie w planowaniu lub wykonaniu, które powoduje, lub mogłoby spowodować niezamierzony rezultat”, wskazując bezpośrednio, że błąd medyczny jest przyczyną, a zdarzenie niepożądane skutkiem. N. Carver i J. E. Hipkind (2019) proponują nieco szerszą definicję, rozszerzając przyczynę opieki medycznej o jakiegokolwiek zdarzenie szkodliwe dla pacjenta. W interpretacji rysunku 1.2. konieczne wydaje się przyjęcie szerokiego znaczenia „warstw obrony”. Wyjątkowym spłyceniem okazałoby się zawężenie tego terminu jedynie do obrony sądowej. Dla pełnego obrazu „warstw obrony” pomiędzy błędem medycznym a zdarzeniem niepożądanym - warto uwzględnić co najmniej: aktualną wiedzę medyczną, procedury medyczne, rozmiar wyrządzonych szkód, odpowiedzialność prawną, warunki ekonomiczno-społeczne, infrastrukturę, warunki techniczne i technologie czy w końcu definicję samego błędu medycznego.

W poszukiwaniu tej właściwej i być może uniwersalnej definicji błędu medycznego pomóc może kwerenda zagranicznej literatury przedmiotu. Należy jednak pamiętać, o różnicach chociażby kulturowych i prawnych pomiędzy krajami, które potrafią diametralnie zmienić treść definicji w zastosowaniu. Taki międzynarodowy i międzykulturowy punkt odniesienia definicji błędu medycznego (ang. *medical error* lub ang. *medical malpractice*) można uznać za wartościowy i pomocny. Jednak należy go traktować bardziej jako inspirację, niż możliwość implementacji do krajowej literatury w stanie niezmienionym.

W tabeli 1.1. przedstawiono przykładowe definicje błędu medycznego występujące w literaturze międzynarodowej. W kontekście różnic, ale i podobieństw kulturowych, dostrzec można zbliżone narracje w australijskim badaniu Bhasalea (1998) i amerykańskim badaniu Fischera (1997) w podobnym okresie czasowym. Ponadto, amerykańska definicja Fischera zdecydowanie wyróżnia się na tle pozostałych, akcentem zakresu wyrządzonych szkód¹² (podkreślenie skutków błędu medycznego). Pozostałe definicje kładą większy nacisk na

¹² Powszechnie uznaje się dziś Stany Zjednoczone za „najbardziej roszczeniowe”, w których wysokość zasądzanych odszkodowań oraz zakres krzywd objętych roszczeniem należy do największych. W opinii autora – nieprzypadkowo, skoro akcentowanie szerokiego katalogu krzywd wyrządzonych błędem medycznym, było obecne już w 1997 r. W Polsce aktualnie toczy się dyskusja o granicach szerokiego katalogu krzywd będących podstawą do odszkodowania, jednocześnie wyróżniając coraz to „nowsze” rodzaje krzywd.

przyczynę – „niezamierzone działanie”, „działanie lub zaniechanie”, „działania, które nie powinny się zdarzyć”. W krajowej literaturze przedmiotu również nie brakuje szerokiej listy propozycji definiowania błędu medycznego, jak i znaczących różnic między nimi. Co więcej, z perspektywy czasu widoczny jest wpływ zagranicznego dorobku w tym zakresie.

Tabela 1.1. Przykładowe definicje błędu medycznego występujące w literaturze międzynarodowej

Badanie	Definicje błędu medycznego
Bhasale (1998)	Niezamierzone działanie, które mogło spowodować lub spowodowało szkodę na pacjencie .
Ely (1995)	Działanie lub zaniechanie, za które był odpowiedzialny lekarz, który doprowadził do poważnych konsekwencji dla pacjenta.
Dovey (2002).	Działania w praktyce lekarskiej, które nie powinny się zdarzyć, których nie można było przewidzieć, i które skłaniają do użycia stwierdzenia: „nie chcę by tego jeszcze raz doszło”.
Fischer (1997)	Zdarzenia, które powodują szkody fizyczne, psychiczne (emocjonalne) oraz finansowe na pacjencie.

Źródło: (Korytkowska, 2013, s. 58).

Na początku XX w. próby zdefiniowania błędu medycznego podjął się L. Wachholz, który przyjął, że „błąd jest to nierozmyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego dokonane przez lekarza, lub inną osobę do leczniczej działalności upoważnioną, a to wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania. (...) Błąd może być tylko wtedy uznany za karygodny, jeżeli był widoczny, jeżeli można go było uniknąć, przez zastosowanie zwykłych a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności i jeżeli był wynikiem należytego namysłu lekarza nie zaś działania porywczego wywołanego nagłością przypadku” (Marek, 2007b). Po pierwsze należy zauważyć, że L. Wachholz zawęży listę sprawców jedynie do osób upoważnionych do działalności leczniczej – personelu medycznego. Następnie, zawęży zakres wyrządzonych szkód jedynie do uszkodzenia ciała lub pozbawienia życia. Po trzecie, według L. Wachholza błąd medyczny może zostać wyrządzony jedynie choremu. I po czwarte, za błąd

medyczny nie uznaje on działania porywczego wywołanego nagłością przypadku. Należy jednak pamiętać, że jest to koncepcja z pierwszej połowy XX wieku.

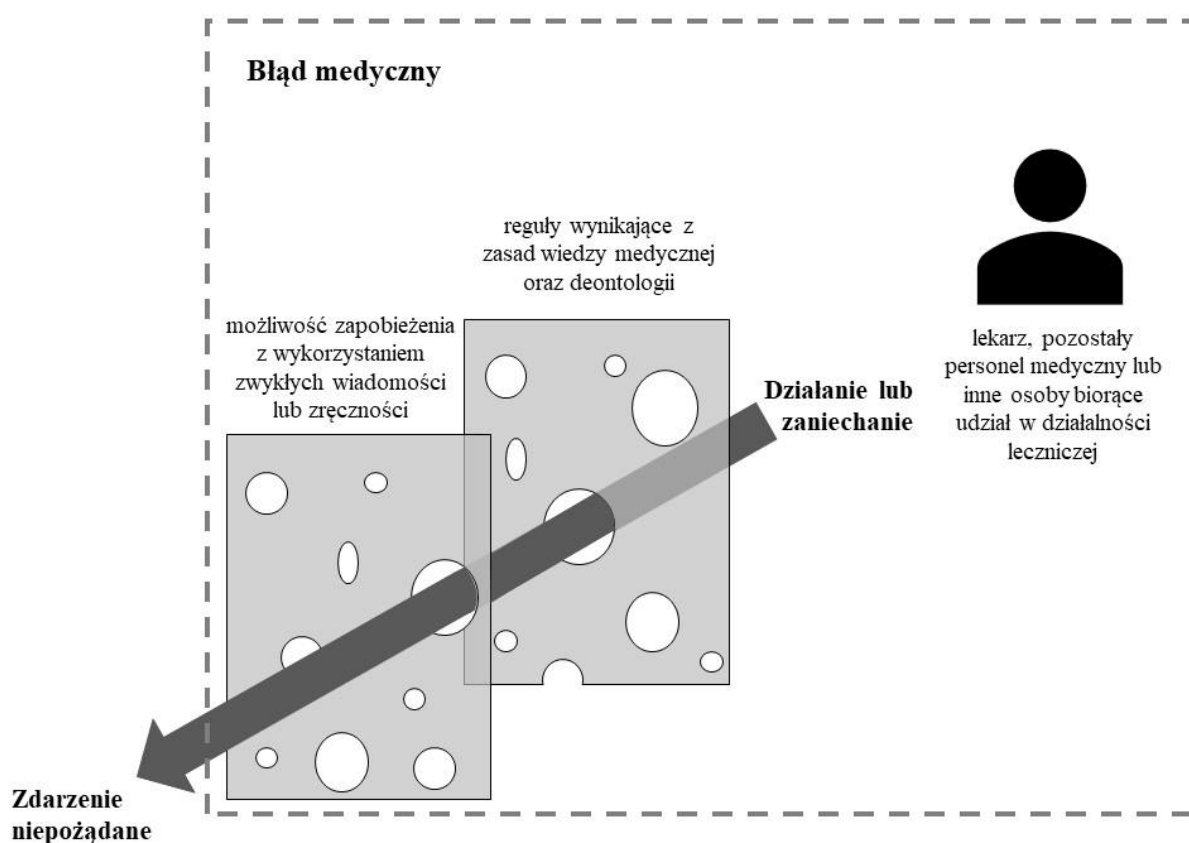
Kolejną istotną koncepcją błędu medycznego z drugiej połowy XX w. jest ta autorstwa B. Popielskiego (1968, za: Korytkowska, 2012, s. 64)., który przyjął, że „jest to postępowanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej, w szkodliwym dla chorego działaniu lub zaniechaniu, którego można było uniknąć stosując się do zasad odpowiadających stanowi wiedzy lekarskiej” B. Popielski podobnie jak L. Wachholz ograniczył błąd medyczny jedynie do poszkodowanego będącego chorym. Poza tym, definicja ta akcentuje przyczynę szkody – „postępowanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej”, jednak autor pozostawia przyczynę w związku ze skutkiem – „w szkodliwym dla chorego działaniu lub zaniechaniu”. W kontekście aktualnej linii orzeczniczej oraz samej definicji błędu medycznego, eksponowanie związku przyczynowo-skutkowego wydaje się znamienne. Należy jednak podkreślić odniesienie do wiedzy lekarskiej, które wskazuje, iż błąd medyczny może wyrządzić jedynie lekarz. Jednak taka definicja nie różniłaby się wówczas od błędu lekarskiego.

Inną propozycję przedstawiła D. Korytkowska (2012, s. 64), która za błąd medyczny uważa „postępowanie lekarza lub innej osoby upoważnionej do działalności leczniczej, które doprowadziło do pogorszenia się stanu zdrowia, uszkodzenia ciała pacjenta lub pozbawienia życia chorego, wskutek braku przeciętnie wymaganej od praktykującego lekarza wiedzy, czy też braku należytej staranności przy wykonywaniu czynności medycznych”. Również i w tej definicji istnieje związek przyczynowy. Podobnie do poprzedników, D. Korytkowska ograniczyła błąd medyczny do poszkodowanego będącego chorym, a w przypadku sprawcy, podobnie jak B. Popielski – jedynie do lekarza.

Kluczową definicją błędu medycznego, w szczególności w kontekście procesowym, a zarazem najbardziej aktualną jest ta zawarta w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r., która kwalifikuje do niego „działania i zaniechania należytej staranności, naruszające reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej oraz deontologii określającej ich powinności zawodowe” (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r.). W wyroku tym można zauważyć propozycję jedną z najszerzych z wyżej wymienionych definicji błędu medycznego. Sąd Najwyższy, słusznie w ocenie autora, w ogóle pomija kwestie skutków, a podkreśla jedynie

zakres przedmiotowy przyczyny, który musi występować, aby działanie lub zaniechanie zostało zakwalifikowane jako błąd medyczny.

Jako jedną z głównych przyczyn wprowadzenia terminu błędu medycznego i „zastąpienia” nim błędu lekarskiego wskazuje się zmianę procesu leczenia. Bowiem, ze względu na gwałtowny rozwój nauk medycznych, zaczęli brać w nim udział – oprócz lekarzy – także inni pracownicy służby zdrowia i specjaliści innych dziedzin nauki (inżynierowie, ekonomiści, menadżerowie) (Morawki, Steciwko, Żórawska, Drobnik i Pirogowicz, 2003, s. 111-112). Właśnie ta przyczyna wydaje się być wystarczającą przesłanką do tego, aby rozszerzyć katalog sprawców błędu medycznego nie tylko o personel medyczny, ale również o inne osoby biorące udział w działalności leczniczej.



Rysunek 1.3. Koncepcja błędu medycznego na podstawie modelu „szwajcarskiego sera”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Grober i Bohnen, 2005).

Podsumowując, aktualną koncepcję błędu medycznego postarano się zobrazować na rysunku 1.3. Następujące cechy błędu medycznego można uznać za istotne:

- Błąd medyczny może zostać popełniony przez lekarza, ale również pozostały personel medyczny lub inne osoby biorące udział w działalności leczniczej (Liszewska i Serwach, 2021, s. 78);
- Błąd medyczny jest działaniem lub zaniechaniem naruszającym reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej oraz deontologii;
- Popełniony błąd jest błędem medycznym, jedynie kiedy można było mu zapobiec z wykorzystaniem zwykłych wiadomości lub zręczności;
- Skutkiem błędu medycznego może być zdarzenie niepożądane.

Wydaje się, że jakiegokolwiek próby uzależniania błędu medycznego od katalogu wyrządzonych szkód lub wplatania związku przyczynowego, są bardziej próbami definicji zdarzenia medycznego lub odpowiedzialności odszkodowawczej, niż samego błędu rozumianego jako możliwą przyczynę zdarzenia niepożądanego.

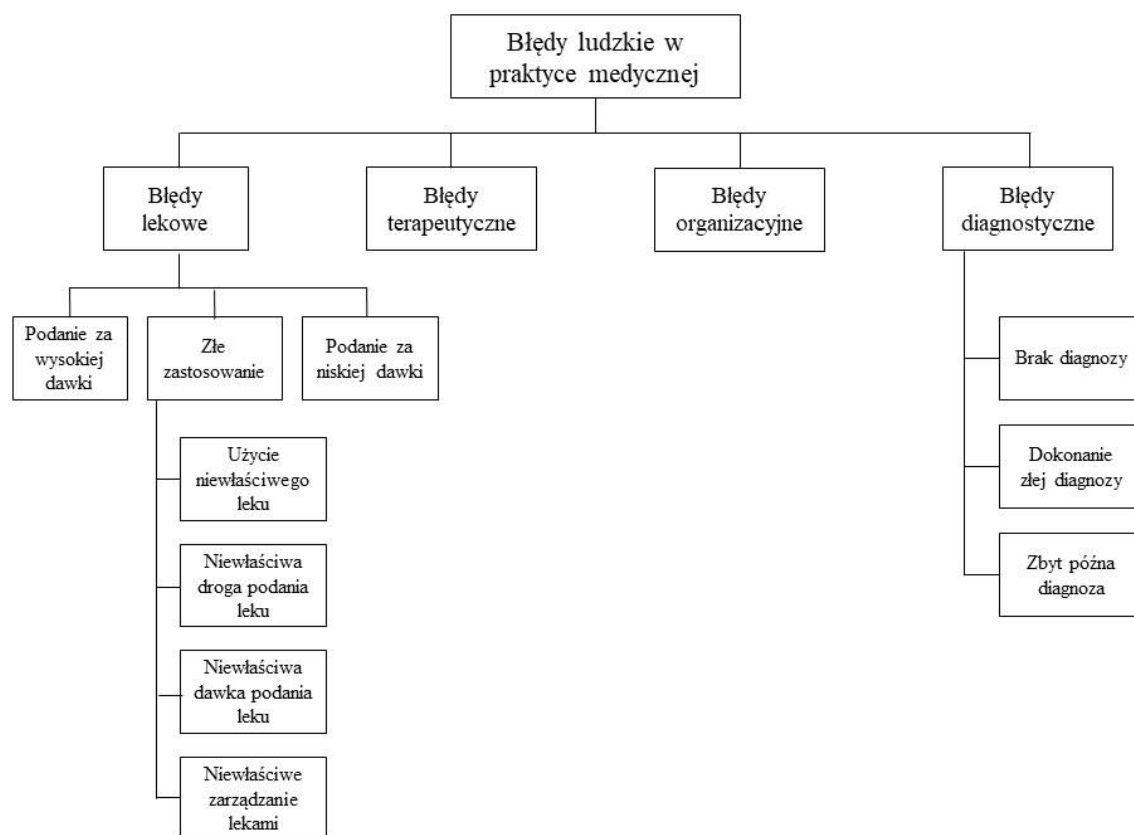
1.3. Rodzaje błędów medycznych

Przedstawienie pełnego obrazu błędu medycznego wymaga uzupełnienia samej definicji o jego rodzaje. Dorobek w tym zakresie widoczny jest zarówno w zagranicznej jak i krajowej literaturze. Z drugiej strony sam układ rodzajowy może służyć pomocą przy określaniu różnic między błędem medycznym, błędem lekarskim a zdarzeniem medycznym.

Jedna z najmłodszych propozycji dzieli błąd medyczny na błędy lekowe, nieprawidłowe transfuzje, błędną diagnozę, błędy terapeutyczne, błędy chirurgiczne, samobójstwa, uszczerbek lub śmierć powiązaną z chorobą psychiczną, upadki, oparzenia, wrzody oraz błędy w danych osobowych (Carver i Hipskind, 2019). Odmienny układ rodzajowy dzieli błąd medyczny ze względu na następujące przyczyny: zaniechanie, zlecenie, planowanie, wykonanie (Grober i Bohnen, 2005).

Istotną zagraniczną koncepcją błędu medycznego w układzie rodzajowym jest ta przedstawiona na rysunku 1.4. W pierwszym kroku, autorzy podzielili błąd medyczny na cztery podstawowe kategorie – błąd lekowy, błąd terapeutyczny, błąd organizacyjny i błąd diagnostyczny. W dalszym kroku błędy lekowe oraz błędy diagnostyczne zostały wyodrębnione ze względu na rodzaj działania lub zaniechania. Błędy lekowe mogą być spowodowane podaniem za wysokiej dawki, złym zastosowaniem lub podaniem za niskiej

dawki. Natomiast błędy diagnostyczne zostały rozdzielone na brak diagnozy, dokonanie złej diagnozy lub zbyt późnej diagnozy (Kopec, Kabir, Reinhart, Rothschild i Castiglione, 2003).



Rysunek 1.4. Klasyfikacja błędów medycznych

Źródło: (Korytkowska, 2013, s. 59).

Na podstawie schematu przedstawionego na rysunku 1.4. można wnioskować, że autorzy założyli popełnienie błędu medycznego nie tylko przez lekarzy, ale także przez personel medyczny czy kadrę zarządzającą. Przykładowo, błąd lekowy może wynikać ze złego zastosowania leku (co otwiera listę dodatkowych sprawców) na skutek m.in.:

- użycia niewłaściwego leku - sprawcą może być lekarz, pozostały personel medyczny lub personel apteki szpitalnej;
- niewłaściwej drogi podania leku – sprawcą może być lekarz lub pozostały personel medyczny;
- niewłaściwej dawki podania leku - sprawcą może być lekarz, pozostały personel medyczny lub personel apteki szpitalnej;

- niewłaściwego zarządzania lekami¹³ – sprawcą może być personel apteki szpitalnej lub kadra zarządzająca,
- błąd diagnostyczny, którego przyczyną może być:
 - brak diagnozy – sprawcą może być lekarz, pozostały personel medyczny lub kadra zarządzająca;
 - dokonanie złej diagnozy – sprawcą może być lekarz lub pozostały personel medyczny;
 - zbyt późna diagnoza - sprawcą może być lekarz, pozostały personel medyczny lub kadra zarządzająca.

Ponadto, pozostałe rodzaje błędów medycznych wskazanych na rys. 1.4 mogą wynikać z działań czy zaniechań innych osób, nie tylko lekarzy.

W krajowej literaturze należy odnotować co najmniej kilka istotnych koncepcji rodzajów błędu medycznego. Podstawowy podział błędów medycznych wyróżnia błąd aktywny i błąd pasywny oraz błąd ogólny i błąd szczegółowy (Liszewska i Serwach, 2021, s. 92-93). A. Fiutak (2012, s. 26) w oparciu o literaturę przedmiotu oraz polskie orzecznictwo wyodrębniła: błędy diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne i organizacyjne. Błąd terapeutyczny został podzielony na dwie sytuacje – kiedy wynika z wcześniej błędnie postawionej diagnozy, lub kiedy stosowano nietrafne leczenie, pomimo właściwie rozpoznanej choroby. Błąd techniczny definiuje się jako niewłaściwe, pod względem technicznym, wykonanie czynności medycznej. Najczęściej błąd techniczny popełniany jest w trakcie zabiegów i operacji (Fiutak, 2010). A. Liszewska (1998) natomiast dzieli błędy techniczne według kryterium rodzaju reguł ostrożności naruszonych podczas wykonywania określonej czynności:

- powszechnie obowiązujące normy ostrożności, których dopuścić się może każdy, niezależnie czy jest lekarzem, czy pielęgniarzką;
- reguły wiedzy i sztuki medycznej, które zostaną popełnione wyłącznie przez personel medyczny posiadający szczególną wiedzę i umiejętności.

Nieco szerszą koncepcję proponuje M. Kościelniak (2014), który oprócz błędu diagnostycznego, terapeutycznego i technicznego wyróżnia jeszcze błąd rokowania oraz informacyjny. Błąd rokowania jest wyrażeniem niewłaściwej prognozy co do stanu zdrowia

¹³ M.in. niewłaściwe przechowywanie lub wydanie leku.

pacjenta (np. stwierdzenie czasowej niezdolności do pracy w sytuacji, gdy istnieją przesłanki do stwierdzenia trwałej niezdolności).

Szerszego wyjaśnienia wymaga błąd informacyjny. Można go intuicyjnie, lecz błędnie, zakwalifikować jako naruszenie praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. Jednakże katalog tych praw jest zdecydowanie szerszy, a przede wszystkim nie wszystkie wynikają z zasad wiedzy medycznej i deontologii, co w pkt. 1.2. zostało uznane za jeden z warunków zaistnienia błędu medycznego. Błąd informacyjny polega zatem na naruszeniu prawa pacjenta do informacji określonych w zasadach wykonywania zawodu lekarza - art. 31 ust. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czyli na naruszeniu obowiązku udzielania pacjentowi i jego przedstawicielowi przystępnej informacji o (Ustawa z dnia 5 grudnia 1996):

- stanie jego zdrowia,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych,
- dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,
- wynikach leczenia,
- rokowaniu.

O roli obowiązku udzielania pacjentowi i jego przedstawicielowi przystępnej informacji może świadczyć fakt, że ustawodawca zamieścił go zaraz za obowiązkiem udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. Wydźwięk zasady wykonywania zawodu lekarza może być zatem następujący: „udzielaj pomocy lekarskiej i informuj”.

Warto jednak dodać, że zawód lekarza nie jest jedynym zawodem medycznym, w którym obowiązek informacyjny w zakresie innym niż obowiązek informowania o Prawach Pacjentach pozostaje obowiązkiem zawodowym. Do grona lekarzy należy również dodać pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych. Zgodnie z art. 16 pkt 2 (Ustawa z dnia 15 lipca 2011) „Pielęgniarka i położna są obowiązane udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu”. Natomiast na podstawie art. 11 ust. 9 pkt 2 (Ustawa z dnia 8

września 2006) „Ratownik medyczny jest obowiązany udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie związanym z podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych w podstawowym zespole ratownictwa medycznego”.

Ponadto, podobny obowiązek ciąży również na farmaceutach. Zgodnie z art. 28 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzenie farmaceuty „Farmaceuta ma obowiązek udzielać, na podstawie dostępnej wiedzy oraz informacji uzyskanych od pacjenta, pełnej i przystępnej informacji w ramach wykonywanej opieki farmaceutycznej oraz usługi farmaceutycznej, a w szczególności informować o produktach leczniczych i wyrobach medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych oraz o ich działaniu, stosowaniu, środkach ostrożności i ewentualnych interakcjach, a także o zasadach ich przechowywania i utylizacji” (Ustawa z dnia 10 grudnia 2020). Choć jeszcze niedawno taki obowiązek na farmaceutach nie spoczywał (Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991).

Podsumowując, sprawcą błędu medycznego może być:

- lekarz,
- pielęgniarka lub położna,
- ratownik medyczny,
- farmaceuta,
- fizjoterapeuta,
- pozostały personel podmiotu leczniczego,
- kadra zarządzająca.

Zupełnie innym podejściem charakteryzuje się klasyfikacja błędu medycznego „według ośrodka krakowskiego”, w której przyjęto kryterium podmiotowo-przedmiotowe (Woźniak, 2018):

- błąd decyzyjny,
- błąd wykonawczy,
- błąd organizacyjny,
- błąd opiniodawczy.

Błąd decyzyjny popełniany jest przez lekarzy nieprawidłowo diagnozujących i leczących nieadekwatnie do stwierdzonego stanu klinicznego chorego (zawiera w sobie błąd

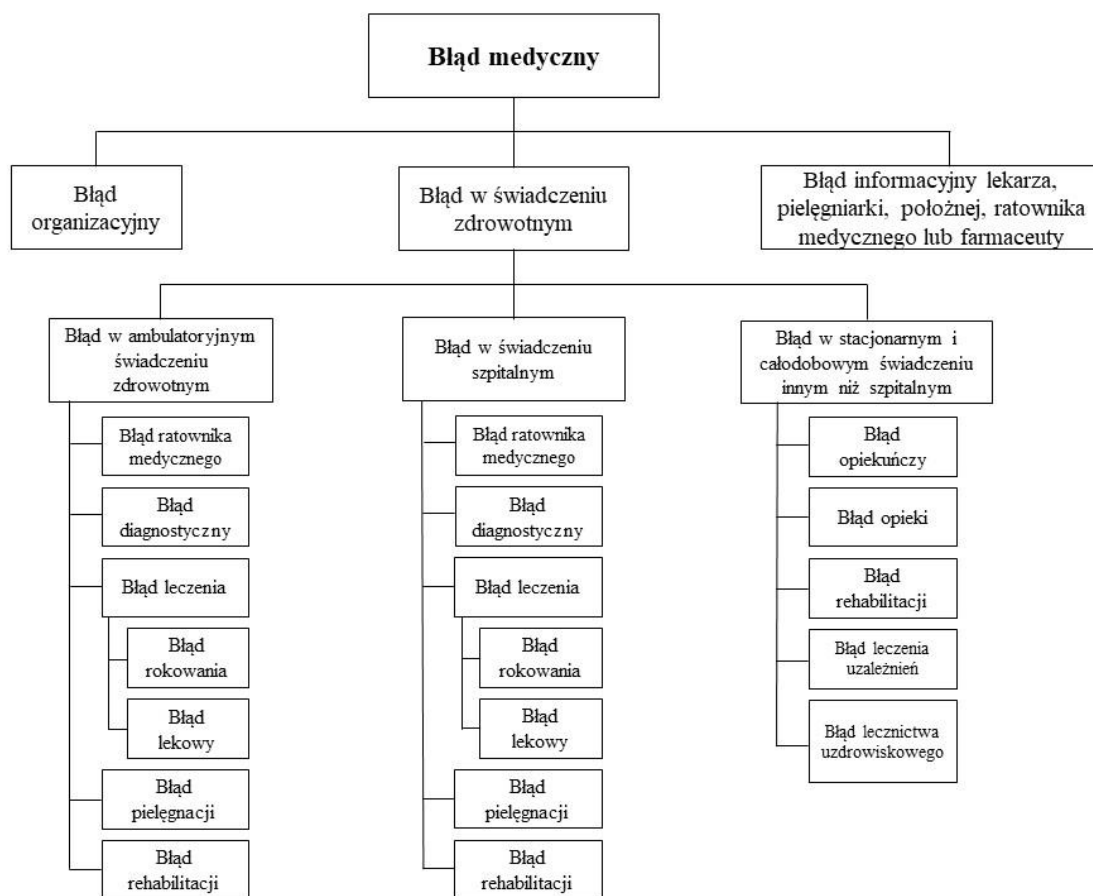
diagnostyczny i terapeutyczny). Błąd wykonawczy popełniany jest przez fachowego pracownika opieki zdrowotnej (lekarza, położną, pielęgniarkę, technikę), nieprawidłowo realizujących decyzję (odpowiednik błędu technicznego). Błąd organizacyjny dotyczy osób organizujących udzielanie świadczeń zdrowotnych. Błąd opiniodawcy popełniany jest przez lekarzy i obejmuje wydawania orzeczeń i opinii lekarskich niezgodnie z zasadami i doktryną opiniodawczą (Woźniak, 2018).

Podsumowując, uwzględniając aktualny stan prawny oraz pozostałe zmiany (w tym technologiczne, ekonomiczne i społeczne), dokonano autorskiego podziału błędu medycznego (rysunek 1.5.). W pierwszej kolejności został on podzielony na błąd organizacyjny, błąd w świadczeniu zdrowotnym oraz błąd informacyjny lekarza, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego lub farmaceuty. Przez błąd organizacyjny rozumie się błąd popełniony przy organizowaniu działalności leczniczej. Natomiast błąd informacyjny dotyczący obowiązków zawartych w art. 31 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 16 pkt 2 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, art. 11 ust. 9 pkt 2 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz w art. 28 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Ponadto, wyróżnia się również błąd rokowania związany z nieprawidłową prognozą stanu zdrowia pacjenta oraz błąd opiniodawczy polegający na udzieleniu błędnej opinii o stanie zdrowia pacjenta (Liszewska i Serwach, 2021, s. 95-97).

Zdecydowanie najszerszą kategorią jest błąd w świadczeniu zdrowotnym, który związany jest z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zdefiniowanych w art. 2 ust. 1 pkt 10 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ze względu na podział przyjęty w ustawie, błąd w świadczeniu zdrowotnym podzielono na błąd w ambulatoryjnym świadczeniu zdrowotnym, błąd w świadczeniu szpitalnym oraz błąd w stacjonarnym i całodobowym świadczeniu innym niż szpitalnym (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011).

Błąd ratownika medycznego związany jest z błędem w wykonywaniu zawodu ratownika medycznego. Błąd diagnostyczny polega na dokonaniu błędnej diagnozy, braku diagnozy lub zbyt późnej diagnozie. Przez błąd leczenia rozumie się niewłaściwe wykonanie czynności leczenia (w tym opieki medycznej). Szczególnym błędem leczenia jest błąd lekowy polegający na błędnym przygotowaniu, zarządzaniu, wydaniu, podaniu lub zapisaniu leku oraz błąd

rokowania, to znaczy postawienie błędnej prognozy stanu zdrowia pacjenta. Następnie, wyszczególniono błąd pielęgnacji związany ze świadczeniem pielęgniarstwowym oraz błąd rehabilitacji związany z rehabilitacją.



Rysunek 1.5. Rodzaje błędów medycznych

Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnim rodzajem błędu w świadczeniu zdrowotnym jest błąd w stacjonarnym i całodobowym świadczeniu innym niż szpitalnym, który można podzielić na poniższe kategorie. Błąd opiekuńczy związany jest ze świadczeniem opiekuńczym. Do błędu opieki zalicza się błędy w świadczeniu paliatywnym, hospicyjnym, opieki długoterminowej oraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Następnie wyróżnić można błąd rehabilitacji polegający na błędnym świadczeniu rehabilitacyjnym (w stacjonarnym i całodobowym świadczeniu innym niż szpitalnym). Dalej, należy uwzględnić błąd w leczeniu uzależnień. Ostatnim rodzajem jest błąd w leczeniu uzdrowiskowym (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011).

Układ rodzajowy przedstawiony na rysunku 1.5 jest jednak nader skomplikowany, stąd na potrzeby pracy autor przyjmuje prosty, choć kompletny, podział na 4 rodzaje błędów medycznych – diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny i organizacyjny, rozszerzony o stosunkowo młodą kategorię – naruszenie praw pacjenta.

1.4. Inkubacja szkody na osobie powstałej wskutek błędu medycznego

Wyjątkową cechą szkody na osobie powstałej wskutek błędu medycznego, również w kontekście kontroli ryzyka, jest okres między wystąpieniem przyczyny a ujawnieniem się szkody, aż po zgłoszenie roszczenia, nazywany inkubacją szkody (Kwiecień, 2009, s. 68). Literatura przedmiotu przypina ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, a w konsekwencji i szkodom medycznym, tak zwany „długi ogon” (ang. *long tail*). Polega on na wydłużonym okresie realizowania się odpowiedzialności cywilnej (Ronka-Chmielowiec, 2013a, s. 15), a także przedawnienia roszczeń z niej wynikających (Sikora, 2012). Ponadto wskazuje się, że to właśnie szkody na osobie realizują się (inkubują) zdecydowanie dłużej niż szkody w mieniu (Celczyńska, 2016, s. 16).

Instytucja przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia należy do najbardziej skomplikowanych. Podstawowym terminem przedawnienia roszczenia z umowy ubezpieczenia jest upływ trzech lat – art. 819 § 1 Kodeks cywilny (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964) (dalej: k.c.).

Kluczowe zatem na potrzeby wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia może okazać się przerwanie biegu przedawnienia roszczenia. Ustawodawca w art. 819 § 4 k.c. dopuszcza dwie czynności, które bieg ten przerywają: zgłoszenie ubezpieczycielowi roszczenia lub zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem (Białkowski, 2017, s. 304). Zatem, fakt braku roszczenia wcale nie powinien usypiać czujności ubezpieczającego lub ubezpieczonego, bowiem termin zdobycia wiedzy o samym zdarzeniu może być znamieny w skutkach dla realizacji świadczenia z umowy ubezpieczenia (Krajewski, 2016, s. 373).

Zgodnie z art. 819 § 3 k.c. termin roszczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym (tzw. odpowiedzialność deliktowa) lub wynikłą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania (tzw. odpowiedzialność kontraktowa).

Podstawą odpowiedzialności kontraktowej jest art. 471 k.c., natomiast ustalenie terminu przedawnienia roszczenia z tzw. kontraktu odbywa się na zasadach ogólnych ujętych w Tytule VI kodeksu cywilnego w art. 117-125 k.c. W przypadku odpowiedzialności kontraktowej, jeszcze niedawno spornym punktem był termin rozpoczęcia biegu przedawnienia. W 2013 roku Sąd Najwyższy wydał uchwałę, w której podkreślił, że „termin przedawnienia roszczenia o zapłatę odszkodowania z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania rozpoczyna bieg od dnia wystąpienia szkody pozostającej w związku przyczynowym z tym zdarzeniem” (Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2013).

Podstawą odpowiedzialności deliktowej jest art. 415 k.c., natomiast termin przedawnienia roszczenia z tzw. deliktu ustawodawca przewidział w art. 442¹ § 1 k.c. i wynosi 3 lata od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się, albo przy należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (przyczyna szkody) (Krajewski, 2016, s. 376).

Oprócz tego, w przypadku odpowiedzialności deliktowej, Ustawodawca przewidział jeszcze dwa istotne wyjątki. Po pierwsze, w przypadku szkody wynikającej ze zbrodni lub występku (przestępstwa) termin przedawnienia roszczenia z umowy ubezpieczenia został wydłużony do lat 20 od dnia popełnienia przestępstwa (art. 442¹ § 2 k.c.).

Po drugie, dużo istotniejsze dla ubezpieczającego i ubezpieczonego, w przypadku wyrządzenia szkody na osobie Ustawodawca wprowadził nie „maksymalny”, lecz „minimalny” termin przedawnienia roszczenia tj. nie wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. To oznacza, że aby w ogóle mówić o przedawnieniu roszczenia z tytułu szkody na osobie, to poszkodowany musi spełnić łącznie dwa warunki – musi dowiedzieć się o szkodzie i musi dowiedzieć się o osobie obowiązanej do jej naprawienia¹⁴ (Krajewski, 2016, s. 376-377). W praktyce może to oznaczać, że roszczenie z tytułu szkody na osobie może przedawnić się po 3 latach od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (przyczyna szkody), ale również po 5 latach, 10 latach, jak i po 50 latach. Istnieje nawet skrajny pogląd, że roszczenia

¹⁴ Tu znaczenie spójnika łącznego „i” jest kluczowe, ponieważ należy spełnić oba te warunki łącznie.

z tytułu błędu medycznego mogą nigdy się nie przedawnić (Gawłowski, 2011), ponieważ spełnienie obu warunków łącznie może okazać się po prostu niemożliwe.

Nieodłącznym elementem inkubacji szkody jest trigger ubezpieczeniowy, czyli czasowy zakres ubezpieczenia. Aktualnie wyróżnia się 4 podstawowe triggerzy (Kowalewski, 2011):

- *act committed*,
- *loss occurrence*,
- *loss manifestation*,
- *claims made*.

Trigger *act committed* obejmuje zdarzenie będące przyczyną szkody, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia. Trigger *loss occurrence* uzależnia odpowiedzialność ubezpieczyciela od powstania szkody w okresie ubezpieczenia. Trigger *loss manifestation* definiuje przesłankę odpowiedzialności ubezpieczyciela jako ujawnienia się szkody w okresie ubezpieczenia. Natomiast trigger *claims made* warunkuje powstanie odpowiedzialności ubezpieczenia od zgłoszenia roszczenia odszkodowawczego w okresie ubezpieczenia (Kowalewski i Mogilski, 2013). Należy jednak dodać, że praktyka ubezpieczeniowa posługuje się większą ilością triggerów w umowie ubezpieczenia. Znane są rozwiązania mieszane, które polegają *de facto* na zawężaniu odpowiedzialności ubezpieczyciela poprzez łączenie dwóch triggerów w jeden zakres czasowy ubezpieczenia. W efekcie na przykład ubezpieczyciel odpowiada jedynie w przypadku wystąpienia łącznie powstania szkody (trigger *loss occurrence*) i zgłoszenia roszczenia (trigger *claims made*) w okresie ubezpieczenia, a nie wystąpieniu tylko jednej przesłanki.

Podsumowując, na inkubację szkody składają się cztery istotne zmienne, które mogą wystąpić w krótkim okresie, ale mogą być też znacznie rozłożone w czasie:

- data wystąpienia przyczyny szkody,
- data powstania szkody,
- data ujawnienia się szkody,
- data zgłoszenie roszczenia odszkodowawczego.

W przypadku szkód medycznych przyczyna szkody może występować niemal w tym samym czasie co powstanie szkody (na przykład błąd techniczny operatora w trakcie zabiegu powodujący uszkodzenie organu). Niemniej jednak przyczyna może wystąpić zdecydowanie

wcześniej niż powstanie szkody. Dobrym przykładem długiego okresu inkubacji jest błąd diagnostyczny, na skutek którego powstanie szkody może mieć miejsce kilka a nawet kilkanaście lat później. W pewnym sensie sama tajemnica ludzkiego ciała też może być przyczyną ujawnienia się szkody z opóźnieniem. Wracając jednak do pierwszego przykładu, ten sam operator w trakcie zabiegu może pozostawić ciało obce u operowanego – data przyczyny i powstania szkody będą niemal tożsame, jednak ujawnienie się tej szkody może nastąpić również z opóźnieniem. Finalnie, bez względu z jaką rozpiętością czasową wystąpią trzy powyższe zdarzenia, odrębną kwestią i również datą jest zgłoszenie roszczenia odszkodowawczego, szerzej wcześniej omówione. Warto dodać, że z perspektywy kontroli ryzyka podmiotu leczniczego, należałoby jeszcze dodać datę zobowiązania do wypłaty świadczenia odszkodowawczego. Biorąc pod uwagę średni czas procesu cywilnego (ok. 3-5 lat), okres realizacji świadczenia dodatkowo wydłuża się, co powoduje określone skutki.

1.5. Istota działalności podmiotu leczniczego

Podmiot leczniczy jest terminem wprowadzonym wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: U.o.d.l.) i dotyczy podmiotów wymienionych w art. 4 ust. 1 U.o.d.l., w tym przedsiębiorców i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z art. 3 U.o.d.l. działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Świadczenia zdrowotne w myśl art. 2 ust. 1 pkt 10 U.o.d.l. są „działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działaniach medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011). Istotnym elementem świadczenia zdrowotnego, będącego przedmiotem działalności leczniczej, jest zatem ochrona zdrowia.

W Polsce prawo do ochrony zdrowia jest przypisane każdemu zgodnie z art. 68 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. Co więcej, w myśl art. 68 ust. 2, władze publiczne zapewniają wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.). W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że podmiotem prawa do ochrony zdrowia jest każdy człowiek (Bała i Załucki, 2013, s. 12), dlatego prawo do

ochrony zdrowia funkcjonuje w Polsce jako *ius in personam*¹⁵ (Serwach, 2019a, s. 69-70), to zaś wpływa bezpośrednio na funkcjonowanie rynku świadczeń zdrowotnych i zasady działalności leczniczej.

Każdy podmiot zamierzający wykonywać działalność leczniczą, bez względu na formę prawną prowadzenia działalności, jest obowiązany zgodnie z ust. 1 art. 100 U.o.d.l. do złożenia wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podmioty lecznicze są rejestrowane u wojewody właściwego dla siedziby lub miejsca zamieszkania, natomiast okręgowe izby lekarskie i pielęgniarskie dokonują wpisów dla swoich praktyk lekarskich odpowiednio do miejsca ich wykonywania. Zgodnie z art. 16 U.o.d.l. działalność lecznicza jest działalnością regulowaną. Oprócz uregulowania zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych w Dziale II U.o.d.l., wiąże się z tym szereg praw i obowiązków przysługujących podmiotowi leczniczemu. W pierwszej kolejności, aby podmiot leczniczy mógł wykonywać działalność leczniczą, jest on zgodnie z art. 17 ust. 1 U.o.d.l. zobowiązany spełniać 4 warunki, w tym zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (szerzej: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011).

Innym obowiązkiem podmiotu leczniczego, na podstawie art. 15 U.o.d.l., jest niemożność odmówienia udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Dodatkowo, zgodnie z art. 28 U.o.d.l. na podmiocie leczniczym ciąży obowiązek m.in. niezwłocznego zawiadomienia wskazanej osoby lub przedstawiciela ustawowego, w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci. Kolejnym zobowiązaniem określonym w art. 28a U.o.d.l., tym razem jedynie podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, jest zgłoszenie Policji w określonym czasie faktu - przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym nie można się skontaktować oraz przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów tożsamości (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011).

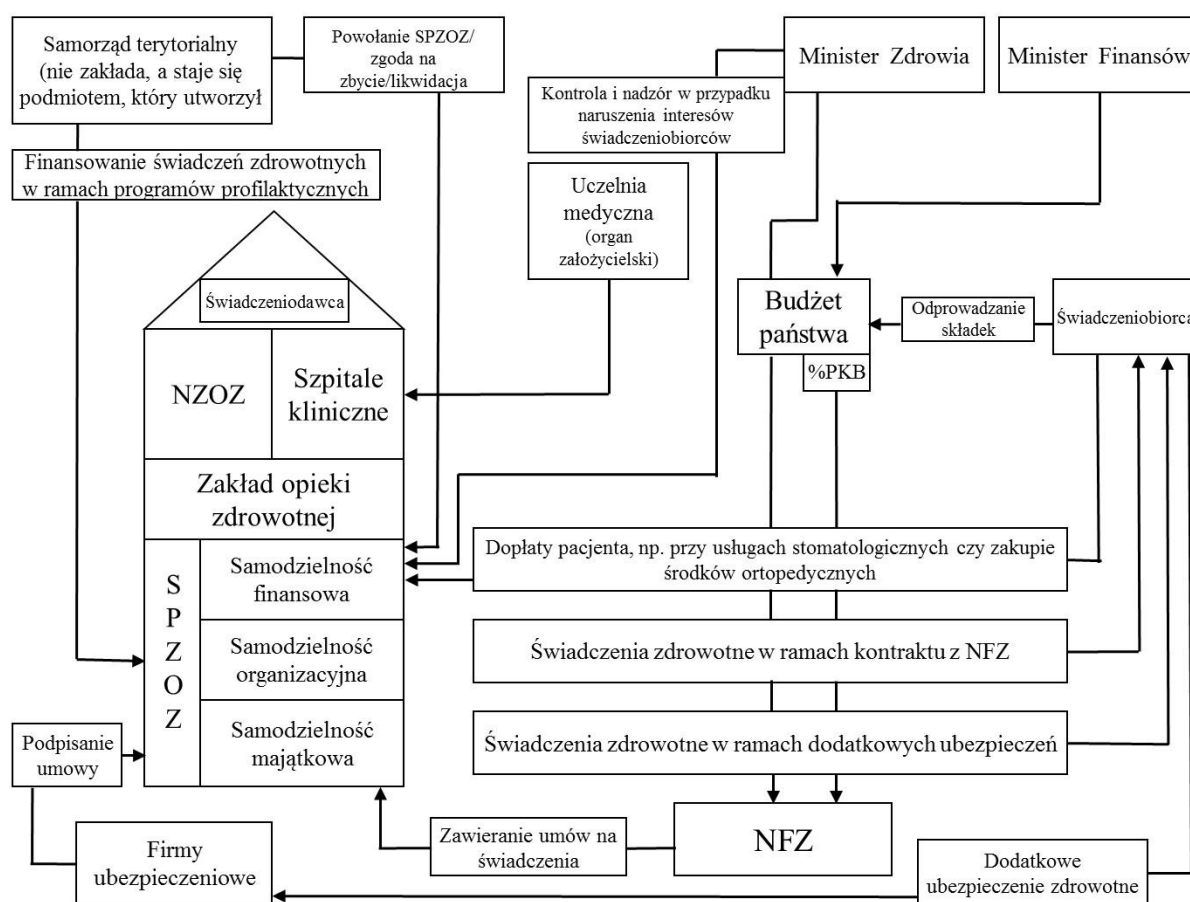
Nieodłączną cechą U.o.d.l. jest ułatwienie racjonalności gospodarowania w ochronie zdrowia, w kontekście podmiotów publicznych. „W przypadku zakładów publicznych jeden

¹⁵ Uprawnienia osobiste.

podmiot (województwo, gmina) pełnił funkcję zarówno organizatora usług medycznych, jak i organu finansującego. Taki system nie skłaniał jednostek ochrony zdrowia ani do dbania o racjonalność wydatków, ani do niezbędnej restrukturyzacji, sprzyjał natomiast zachowaniom patologicznym, czyli między innymi procederowi prywatnych dopłat pacjentów do świadczeń uzyskiwanych w zakładach publicznych” (Dobska i Rogoziński, 2008, s. 17). Owe rozdzielanie funkcji kontrolnych od organizacyjnych jest widoczne w przyznanych organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prawach (dalej: RPWDL). Ustawodawca w art. 108 U.o.d.l. przewidział możliwość odmowy wnioskodawcy wpisu do RPWDL lub wykreślenia wpisu z RPWDL. Zgodnie z U.o.d.l. organ prowadzący może odmówić wpisu do RPWDL na przykład, jeżeli wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem oraz organ prowadzący może wykreślić wpis podmiotu z RPWDL w sytuacji m.in. rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem lub niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011). Z drugiej strony, te istotne narzędzia organu prowadzącego bezpośrednio wpływają również na funkcjonowanie podmiotów prywatnych i warunki prowadzenia działalności leczniczej w Polsce.

Warunki prowadzenia działalności leczniczej w Polsce są w istotny sposób zdefiniowane przez funkcjonujący system opieki zdrowotnej, którego struktura została przedstawiona na rysunku 1.6. Dostosowując nomenklaturę użytą na rysunku do terminologii U.o.d.l. można by jedynie zastąpić Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ), Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (NZOZ) oraz Szpitale kliniczne jednym pojęciem – podmiot leczniczy, choć rozróżnienie organu założycielskiego dla SPZOZ czy szpitali klinicznych byłoby pewnym uproszczeniem w kontekście chociażby samodzielności organizacyjnej. W mikroekonomii taki rynek nazywany jest niedoskonałym monopsonem, w którym funkcjonuje jeden silny nabywca i wielu konkurencyjnych dostawców usług oraz ceny regulowane są przepisami prawa. W takim systemie kupujący ma silniejszą pozycję od sprzedającego, a jednocześnie ma on skłonność do wiązania się ze sprzedającym długofalowymi kontraktami gwarantującymi stabilność systemu. W efekcie na rynku są regulowane i jednocześnie stosunkowo niskie ceny za usługi zdrowotne, duża pewność strumienia gotówki w czasie trwania kontraktu oraz duża niepewność w okresach renegotiacji

kontraktu (Opolski i Waśniewski, 2011, s. 12-13). Istotną cechą prowadzenia działalności leczniczej w Polsce jest system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w którym scentralizowaną funkcję finansowania i nadzoru pełni Narodowy Fundusz Zdrowia (Borda i Osak, 2016, s. 532-533). Dodatkowo, realny wpływ Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów na system opieki zdrowotnej w Polsce, a także bezpośredni udział samorządów terytorialnych w tworzeniu i kontrolowaniu podmiotów leczniczych (prowadzonych zarówno w formie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej jak i spółki prawa handlowego), generuje kolejną i wyjątkową pełnioną funkcję podmiotu leczniczego – to jest funkcję polityczną.



Rysunek 1.6. System opieki zdrowotnej w Polsce po 2003 roku

Źródło: (Dobska, 2013, s. 88).

Mając na uwadze powyższe, podmiotowi leczniczemu można przypisać pewną swoistość. Prócz własnych celów i misji, jest on zobowiązany do realizacji zadań w skali makro, uwzględniając funkcje społeczne, gospodarcze, polityczne i administracyjne. Pewnym

odbiciem pełnionych funkcji przez podmiot leczniczy, jest postulat o próbę integracji zarządzania jakością, zarządzania ciągłością działania oraz zarządzania ryzykiem w jeden system, której przyświecać powinna znana medyczna paremia *primum non nocere*¹⁶ (Opolski i Waśniewski, 2011, s. 169).

Podsumowując, istota działalności podmiotu leczniczego sprowadza się do ochrony zdrowia. Jednakże prowadzenie działalności leczniczej może odbywać się w określonych warunkach, które wynikają z organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz pełnionych funkcji podmiotu leczniczego w społeczeństwie, gospodarce, polityce i administracji.

1.6. Finansowe i niefinansowe skutki błędu medycznego dla podmiotu leczniczego

Działalności podmiotu leczniczego, w kontekście zarządzania ryzykiem, nieodłącznie towarzyszy możliwość popełniania błędu medycznego, a jego kluczowym elementem i konsekwencją są potencjalne skutki. Dość oczywistym i pewnie najistotniejszym jest szkoda wyrządzona poszkodowanemu, zarówno z perspektywy samego poszkodowanego, jak i sprawcy. Jednakże poprzestanie jedynie na tym skutku byłoby z całą pewnością istotnym niedopowiedzeniem. Wydaje się, że dorobek literatury przedmiotu w tym zakresie wymaga uzupełnienia i pewnej systematyzacji.

Autor w pierwszej kolejności podzielił potencjalne skutki błędu medycznego na finansowe i niefinansowe. Następnie w każdej z tych grup wyróżniono skutki zewnętrzne, to znaczy takie, które są realizowane przy pomocy otoczenia zewnętrznego podmiotu leczniczego lub bezpośrednio dotyczą otoczenia zewnętrznego, oraz skutki wewnętrzne, czyli takie, które realizowane są przez podmiot leczniczy lub bezpośrednio go dotyczą (Rysunek 1.7). Należy jednak zaznaczyć, że granica między otoczeniem wewnętrznym a zewnętrznym jest płynna, w szczególności, jeśli uwzględni się skutki pośrednie. Dla porządku proponowanej systematyki przyjęto jednak powyższe uproszczenie.

Pierwszą kategorią zewnętrznych skutków finansowych są świadczenia dla osób trzecich przewidziane w art. 444-448 Kodeksu cywilnego (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964) oraz ustawowe odsetki przysługujące za zwłokę w spełnieniu należnych świadczeń (szerzej: Kwiecień, 2015, s. 38-47). Kolejnym rodzajem zewnętrznych skutków finansowych są kary pieniężne nałożone na podmiot leczniczy lub personel medyczny. Przez ewentualne kary

¹⁶ Po pierwsze nie szkodzić.

pieniężne rozumie się w szczególności kary nakładane przez sądy zawodowe: sąd lekarski w myśl art. 83 ust. 1 pkt 3 (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009) oraz sąd pielęgniarek i położnych w myśl art. 60 ust. 1 pkt 3 (Ustawa z dnia 1 lipca 2011).

Następnie w ramach zewnętrznych skutków finansowych wyodrębniono koszty dodatkowe podmiotu leczniczego, które mogą powstać wraz z wystąpieniem lub obsługą roszczenia poszkodowanego pacjenta. Jako pierwsze można wymienić koszty dobrego imienia (*public relations*) przez które rozumie się koszty przywracania dobrego imienia podmiotu leczniczego, w tym koszty konsultantów PR oraz koszty publikacji informacji (Strupczewski, 2013, s. 119).

Kolejnym istotnym kosztem są opinie medyczne, nie ze względu na cenę, a na rolę, jaką odgrywają, które wydawałyby się zbędne dla zakładu pracy lekarzy. Należy jednak uwzględnić, że wewnętrzne opinie medyczne¹⁷, również generują pewne koszty. Jednakże główną rolę w kontroli ryzyka podmiotu leczniczego odgrywają zewnętrzne (tzw. prywatne) opinie medyczne. Nie tylko ze względu na kosztochłonność, ale przede wszystkim z uwagi na rolę, jaką odgrywają w procesie obsługi roszczenia z tytułu błędu medycznego, jego prawnomedycznej oceny¹⁸ oraz możliwego procesu sądowego¹⁹ (Budzowska, 2012, s. 279).

Następnie, wyodrębniono koszty pomocy psychologa przez które rozumie się ewentualną pomoc dla sprawcy błędu medycznego lub personelu podmiotu leczniczego, którego błąd medyczny bezpośrednio lub pośrednio dotyczył, a jego skutki wymagają pomocy psychologa. Dalej, uwzględniono koszty poszukiwania przyczyny, na które mogą składać się koszty opinii medycznej, ale również koszty ekspertyz, na przykład poszukiwania przyczyny błędu medycznego w sprzęcie medycznym (w celu ustalenia, czy przyczyną błędu był błąd podmiotu

¹⁷ Przez które rozumie się opinie przygotowywane przez lekarza pracującego w danym podmiocie leczniczym (w tym wyjaśnienia personelu).

¹⁸ O ile wykorzystanie opinii medycznej w procesie sądowym jest powszechnie znane, o tyle opiniowanie (wewnętrzne i zewnętrzne) na etapie zgłoszenia zdarzenia lub roszczenia nie jest aż tak popularne. Niemniej jednak, rola opinii medycznej na tak wczesnym etapie roszczenia z tytułu błędu medycznego jest równie istotne. Bowiem, rzetelnie ustalony stan faktyczny może decydować ale i ułatwić administrację i zarządzanie roszczeniem z tytułu błędu medycznego przez podmiot leczniczy. Warto jednak uwzględnić pewną ułomność tzw. opinii prywatnych (tzn. zlecanych przez podmiot leczniczy, a nie sąd), ponieważ ekspert ten może nie mieć dostępu do tak szerokiej informacji, jaką może dysponować biegły sądowy (Drozdowska, 2017, s. 124).

¹⁹ Należy podkreślić kluczową rolę opinii medycznej w procesie sądowym, ponieważ punktem wyjścia każdego wyroku sądu jest ustalenie stanu faktycznego. W tym celu, sądy od lat posługują się opinią biegłych sądowych, stąd w przypadku błędów medycznych, wyrok sądu w sensie prawnym w dużej mierze zależy od ustalonego stanu faktycznego w sensie medycznym (Borys, 2017, s. 62). Stąd też, część wyspecjalizowanych kancelarii prawnych w błędach medycznych nie rozpoczyna swoich działań bez wcześniejszej opinii medycznej eksperta, często pełniącego funkcję biegłego.

lecniczego, jego personelu, czy producenta urządzenia). Kolejnym finansowym zewnętrznym skutkiem błędu medycznego są koszty pozostałych ekspertów, przez które rozumie się koszty usług obcych podmiotów biorących udział w zarządzaniu roszczeniem z tytułu błędu medycznego (np. ekonomistów, inżynierów czy brokerów ubezpieczeniowych).

Kolejną podgrupą skutków są te związane z procesem sądowym. W pierwszej kolejności należałoby wskazać na koszty usług prawnych, w tym koszty obrony. Następnie, można wyróżnić koszty procesowe, których wysokość uzależniona jest również od procentu wygrania lub przegrania sprawy. Rezultatem przegranej sprawy sądowej i zasądzonych świadczeń może być też koszt pozyskania kapitału na poczet wypłaty, w szczególności w przypadku wymagalności świadczenia o znacznym rozmiarze. Ostatnim finansowym skutkiem wypłaconego świadczenia, w przypadku transferu ryzyka na ubezpieczyciela, jest wzrost składki ubezpieczeniowej za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lub ubezpieczenia zdarzenia medycznego w następnym roku ze względu na wzrost szkodowości ubezpieczeniowej podmiotu leczniczego²⁰.

Ostatnią podkategorią zewnętrznych skutków finansowych są wszelkie koszty ponoszone na poczet zapobiegania wystąpienia podobnego zdarzenia lub redukcji potencjalnych skutków zdarzenia. Zbiór tych czynności nazywany jest w literaturze przedmiotu prewencją. Istnieje pogląd, że stosowanie środków prewencyjnych nigdy nie daje pewności, że dane zdarzenie nigdy nie wystąpi. Z drugiej strony kompensacja ubezpieczeniowa prawie nigdy nie pokrywa poniesionej szkody w całości. Stąd podkreśla się istotną rolę łączenia obu funkcji – prewencyjnej i kompensacyjnej (Szpunar, 1973, s. 206-208; Ishikawa i Tsujimoto, 2009, s. 175-176). Prewencja choć może być wykonywana *post factum*, to jednak charakteryzuje się

²⁰ W dużym uproszczeniu autor przyjął, generalnie panującą zasadę na rynku ubezpieczeniowym, że wzrost wartości wypłaconych szkód i założonych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych przez ubezpieczyciela w roku X, wpływa na wzrost składki ubezpieczeniowej w roku X+1. Choć budowa składki ubezpieczeniowej uwzględnia kalkulację składki netto i koszty funkcjonowania zakładu ubezpieczeń (Kowalczyk i Poprawska, 2013, s. 79-81). Jednakże, samo gospodarowanie rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi (Monkiewicz, Gąsiorkiewicz i Hadyniak, 1999, s. 145-147; Kuchlewska, 1994, s. 190-192), zwłaszcza w kontekście wymogów wypłacalności zakładów ubezpieczeń, cechuje się złożonością, a wysokość złożonych roszczeń nie jest jedynym czynnikiem decydującym o wysokości rezerwy założonej przez ubezpieczyciela (Śliwiński, 2017, s. 781-785; Lisowski, 2017, s. 853-857; Kowalczyk i Poprawska, 2013, s. 153-155; Kowalczyk-Rólczyńska, 2016, s. 221-223). Ponadto, należy pamiętać, że indywidualna składka ubezpieczeniowa zależy także od portfeli ubezpieczeniowych i przyjętej metodyki modelowania ryzyka w portfelu (Ronka-Chmielowiec, 2013b, s. 41-42; Gołębiowski, 2010, s. 37-41), a także cyklu ubezpieczeniowego (underwritowego), w tym twardego lub miękkiego rynku (Manikowski, 2013, s. 23-27).

działaniem *a priori*. W przypadku błędu medycznego środki prewencyjne mogą przybrać postać: szkolenia personelu, reorganizacji procedur lub procesów czy wdrożenia systemu jakości (np. standardów akredytacyjnych wymaganych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia). Następnie wyodrębniono wewnętrzne skutki finansowe błędu medycznego, czyli takie, które realizowane są przez podmiot leczniczy lub bezpośrednio jego dotyczą. Pierwszą grupą są skutki około-medyczne, do których zalicza się koszty dodatkowej opieki medycznej (w tym koszty reoperacji), koszty dodatkowych badań diagnostycznych, koszty dodatkowych środków medycznych i leków, które nie wystąpiłyby, gdyby nie błąd medyczny. Przykładem takich kosztów jest reoperacja finansowana ze środków własnych podmiotu leczniczego, nierefundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejną podgrupą są koszty administracyjne, na które składają się koszty obsługi zgłoszenia zdarzenia i koszty obsługi zgłoszenia roszczenia. Rozumie się przez nie koszty związane z przyjęciem zgłoszenia od poszkodowanego, koszty zgłoszenia zdarzenia lub roszczenia do ubezpieczyciela, koszty udostępnienia dokumentacji medycznej, a także koszty pracy administracyjnej przy obsłudze zgłoszenia zdarzenia lub roszczenia (w tym koszty pozyskania opinii medycznej czy koszty koordynacji pracy działu prawnego i medycznego). Ostatnie wewnętrzne skutki finansowe błędu medycznego dotyczą sytuacji po realizacji roszczenia. Podmiot leczniczy może ponieść dodatkowe koszty zmiany personelu, na przykład w sytuacji zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Natomiast zbiór wszystkich zewnętrznych i wewnętrznych skutków finansowych może powodować pogorszenie płynności finansowej podmiotu leczniczego, w szczególności, kiedy świadczenie dla poszkodowanego przybiera duże rozmiary.

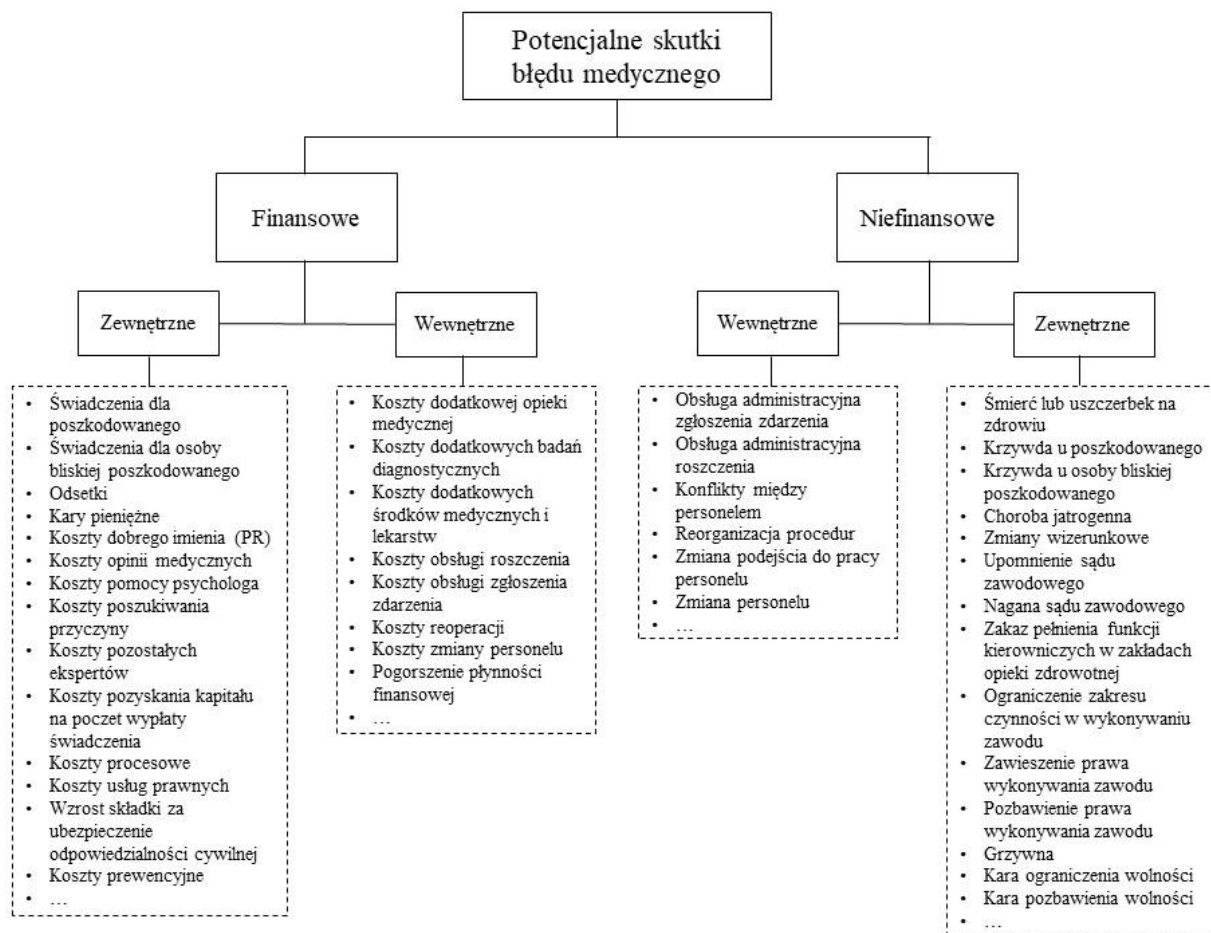
Drugą podstawową kategorią skutków błędów medycznych są te o charakterze niefinansowym. Pierwsza podgrupa niefinansowych skutków wewnętrznych dotyczy pracy i jej organizacji, związanej z obsługą zgłoszenia zdarzenia lub roszczenia. Kolejnym skutkiem są ewentualne konflikty między personelem, do którego może przyczynić się błąd medyczny. Podłożem takich konfliktów może być wieloskładowa lub trudna do wyjaśnienia przyczyna błędu medycznego. Następnie wyodrębniono reorganizację procedur, głównie medycznych, mającą charakter działań prewencyjnych. Ostatnie dwa niefinansowe skutki wewnętrzne dotyczą personelu. Jednym ze skutków może być zmiana podejścia do pracy przez personel, przez co rozumie między innymi zmianę podejścia do ryzyka (na przykład bardziej asekurancka

praca lub zwiększenie jej biurokratyzacji czy wręcz niechęć do podejmowania się danej czynności). Następnie wymieniono zmianę personelu, która może powstać na przykład w sytuacji zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu, a która może powodować dodatkową organizację lub reorganizację stanowiska pracy.

Następną kategorią niefinansowych skutków błędu medycznego są skutki zewnętrzne, realizowane przez otoczenie zewnętrzne podmiotu leczniczego lub którego dotyczą. Wydaje się, że najpoważniejszym skutkiem błędu medycznego jest wyrządzona szkoda mająca postać śmierci, uszczerbku na zdrowiu, krzywdy poszkodowanego lub krzywdy osoby bliskiej (Kwiecień, 2015, s. 16-21). Kolejnym niefinansowym skutkiem błędu medycznego może być choroba jatrogena (Kościelniak, 2014). Choroba jatrogena jest „zdarzeniem możliwym, pożądanym lub nie, o którym lekarz wie, że może zajść (Korytkowska, 2013, s. 64). Choroba jatrogena różni się od błędu medycznego tym, że stosując dane działanie lecznicze, personel medyczny ma świadomość możliwości wystąpienia negatywnych skutków (Cerecedo Cortina, 1997, s. 76). Ponadto, błąd medyczny może skutkować zmianą wizerunku, w szczególności jego pogorszeniem, na przykład w sytuacji spektakularnego lub medialnego błędu medycznego (przykładowo, kiedy poszkodowanym jest osoba publiczna).

Istotną podgrupę niefinansowych skutków zewnętrznych stanowią sankcje, uregulowane w odpowiednich przepisach, wykonywania zawodu medycznego. W pierwszej kolejności można wymienić upomnienie sądu zawodowego w myśl art. 83 ust. 1 pkt 1 (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009) oraz art. 60 ust. 1 pkt 1 (Ustawa z dnia 1 lipca 2011). Kolejną sankcją może być nagana sądu lekarskiego lub sądu pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 83 ust. 1 pkt 2 (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009) oraz art. 60 ust. 1 pkt 2 (Ustawa z dnia 1 lipca 2011). Sąd lekarski może również orzec zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat w myśl art. 83 ust. 1 pkt 4 (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009). Natomiast sąd pielęgniarek i położnych może orzec zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat oraz zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat na podstawie art. 60 ust. 1 pkt. 4-5 (Ustawa z dnia 1 lipca 2011). Ponadto, sąd zawodowy może ograniczyć prawo wykonywania zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat, zawiesić prawo wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat lub

pozbawić prawa wykonywania zawodu w myśl art. 83 ust. 1 pkt. 5-7 (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009) oraz art. 60 ust. 1 pkt. 6-8 (Ustawa z dnia 1 lipca 2011).



Rysunek 1.7. Potencjalne skutki błędu medycznego dla podmiotu leczniczego

Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnimi, a zarazem chyba najbardziej dotkliwymi dla personelu podmiotu leczniczego skutkami błędu medycznego mogą być sankcje zawarte w art. 148-162 Kodeksu karnego (Borysewicz, 2017, s. 12-18). Bez względu na rodzaj przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu sankcją może być grzywna, kara ograniczenia wolności, kara pozbawienia wolności, kara 25 lat pozbawienia wolności lub kara dożywotniego pozbawienia wolności (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997). Na rysunku 1.7. przedstawiono najistotniejsze możliwe skutki błędu medycznego, jednakże należy mieć na uwadze, że katalog ten może być szerszy.

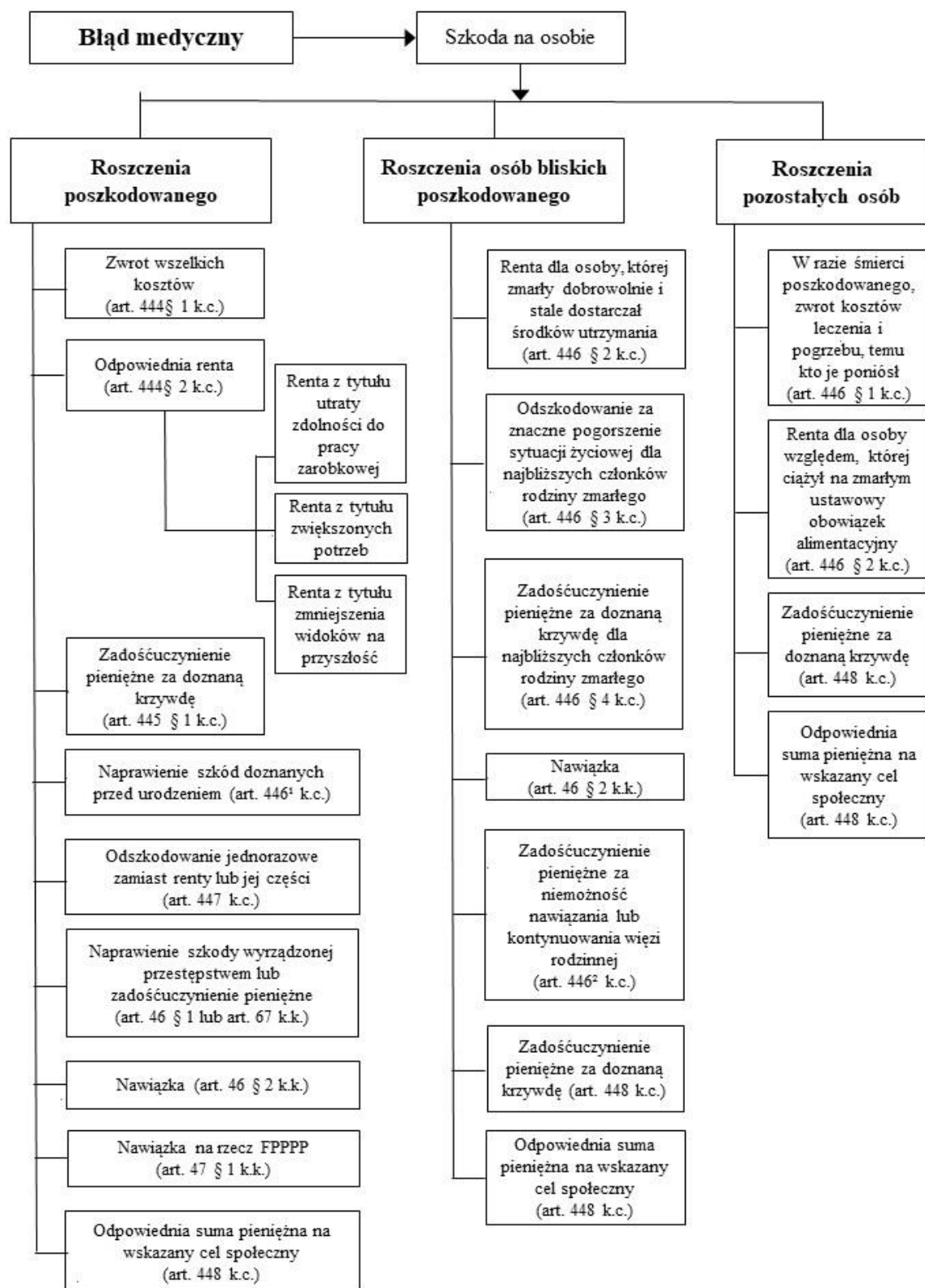
Rozdział 2. Zadośćuczynienie za szkodę na osobie z tytułu błędu medycznego

2.1. Istota i rodzaje świadczeń z tytułu szkody na osobie

Brzemiennym skutkiem finansowym błędu medycznego jest roszczenie odszkodowawcze poszkodowanego mogące być podstawą zobowiązania podmiotu leczniczego do zapłaty świadczenia z tytułu szkody na osobie. Proces ten nie jest jednak zero-jedynkowy, ponieważ problematyka świadczeń z tytułu błędu medycznego należy do najbardziej skomplikowanych i cechuje ją wielowymiarowość oraz interdyscyplinarność. Na całkowity kształt niniejszej kwestii wpływają czynniki prawne, medyczne, ekonomiczne (ze szczególnym uwzględnieniem czynników ubezpieczeniowych), społeczne oraz techniczne, a niekiedy i polityczne.

O ile roszczenie odszkodowawcze (rozumiane jako prawo żądania naprawienia szkody poprzez zapłatę) poszkodowanego może przybrać dowolną postać, o tyle o skuteczności roszczenia decydują konkretne ramy systemu odpowiedzialności odszkodowawczej. System ten warunkowany jest przesłankami i zasadami odpowiedzialności oraz podstawą zakresu roszczeń (Radwański i Olejniczak, 2016, s. 82-90; Matys, 2010, s. 177-257; Raczyński, 2010, s. 46; Serwach, 2009a; Kucharski, 2019, s. 27-104). Ponadto o skuteczności roszczenia, oprócz przepisów prawa, decyduje również ich wykładnia w procesie decyzyjnym sądu, innego organu (na przykład Rzecznika Praw Pacjenta w związku z postępowaniem w sprawie świadczenia kompensacyjnego) lub ubezpieczyciela. W przypadku kompensacji roszczenia z umowy ubezpieczenia o skuteczności roszczenia decyduje również zakres ochrony ubezpieczeniowej²¹, wynikający z zawartej umowy ubezpieczenia przez zobowiązanego (Kwiecień, 2015, s. 38; Raczyński, 2010, s. 43-45). W kontekście zarządzania ryzykiem podmiotu leczniczego kluczową rolę odgrywają podstawy zakresu roszczeń, jakie mogą być wniesione przez poszkodowanego. Zostały one zawarte w art. 444-448 Kodeksu cywilnego (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). Dodatkowo należy również uwzględnić sankcje zawarte z Kodeksie karnym, przewidziane w razie popełnienia przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu uregulowane w art. 148-162 k.k. (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997). Zbiór tych świadczeń zobrazowano na rysunku 2.1.

²¹ Skuteczność roszczenia odszkodowawczego nabiera swoistej postaci w przypadku kompensacji z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ponieważ o skuteczności nie decyduje jedynie zakres ochrony ubezpieczeniowej, ale również normy prawne zawarte w regulacjach systemu odpowiedzialności odszkodowawczej (Cudna-Wagner, 2002, s. 11-19; Wąsiewicz, 1994, s. 66-68), będące przedmiotem ubezpieczenia.



Rysunek 2.1. Rodzaje świadczeń z tytułu szkody na osobie wyrządzonej wskutek błędu medycznego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964; Ustawa z dnia 6 czerwca 1997).

W pierwszej kolejności ustawodawca w art. 444 § 1 k.c. przewidział możliwość zwrotu wszelkich kosztów wynikłych z powodu uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. W określonych przypadkach kwota ta powinna być wyłożona z góry przez zobowiązanego. Następnie, na podstawie art. 444 § 2 k.c. poszkodowany może żądać odpowiedniej renty, o ile utracił on całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). Istotą odszkodowania jest kompensacja wymiernych strat finansowych, w tym między innymi kosztów: leczenia, rehabilitacji, opieki, transportu, przygotowania do innego zawodu oraz pochówku (Kwiecień, 2015, s. 41; Daszewski, 2011).

Na podstawie art. 445 § 1 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednie zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). I choć zadośćuczynienie w języku prawnym używane jest co najmniej w kilku znaczeniach (Szpunar, 1998, s. 24-29), to najczęściej w prawie cywilnym rozumie się zadośćuczynienie jako „środek naprawienia przez zapłatę szkody niemajątkowej (krzywdy) przez świadczenie pieniężne w razie spowodowania śmierci, uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, naruszenia praw pacjenta, naruszenia praw autorskich i pokrewnych oraz nieokreślonej ilości dóbr osobistych, a także przez złożenie nakazanego oświadczenia lub inne zachowanie się sprawcy” (Strus, 2010, s. 23). Jednocześnie należy podkreślić różnicę pomiędzy odszkodowaniem, a zadośćuczynieniem. Odszkodowanie bowiem z w swej istocie ma pokryć szkodę majątkową, natomiast zadośćuczynienie szkodą niemajątkową (Szpunar, 1998, s. 24). Taki podział powoduje, że roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie są odrębne i od siebie niezależne²² (Strus, 2010, s. 23-27).

Jeżeli poszkodowany zmarł wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, to zgodnie z art. 446 § 1 k.c. zobowiązany powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). Krąg podmiotów mogących dochodzić zwrotu poniesionych kosztów nie został tutaj ograniczony, zatem przyjmuje się, że należy się on każdej osobie, która pokryła określone koszty (Kwiecień, 2015, s. 41; Serwach, 2021b, s. 256-258). W przypadku gdy na zmarłym ciążył obowiązek alimentacyjny osoba, której przysługiwało świadczenie może żądać renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do

²² Wykładnia taka została przyjęta w: (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 1974, sygn. akt II CR 396/74).

możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego, na podstawie art. 446 § 2 k.c. Takiej samej renty mogą żądać osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli wymagają tego zasady współżycia społecznego (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964).

W razie śmierci poszkodowanego, w myśl art. 446 § 3 i § 4 k.c. sąd może przyznać członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli skutek śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej oraz odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). Roszczenie te przysługuje osobom najbliższym, w szczególności współmałżonkowi i dzieciom zmarłego, ale także – zgodnie z przyjętą praktyką orzecniczą – innym bliskim, w tym rodzicom, dziadkom, rodzeństwu (Kwiecień, 2015, s. 41; Serwach, 2019b; Serwach, 2021b, s. 268-270). Praktyka orzecznicza niejednokrotnie spotyka się z problemem uznania relacji z poszkodowanym za najbliższą. Na szczęście pogląd, iż śmierć osoby bliskiej nie może być źródłem wzbogacenia, a określona suma pieniędzy nie jest właściwym środkiem na ukojenie bólu pozostałych najbliższych (Szpunar, 2000, s. 137-145), wydaje się stawiać granicę między bliskimi, a najbliższymi. Odrębną kategorię stanowią kryteria pomocne w określaniu wysokości zadośćuczynienia dla najbliższych. W praktyce można wyróżnić kryteria uniwersalne oraz indywidualne dla najbliższych osób, rodziców czy małżonków (Daszewski, b.d.).

Wymieniając roszczenia jakie poszkodowany może wnosić, nie sposób pominąć prawo *nasciturusa*²³. Zgodnie z art. 446¹ k.c. z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych jeszcze przed urodzeniem. Specjalny przywilej ustawodawca przyznał poszkodowanemu również w art. 447 k.c., na podstawie którego poszkodowany może żądać jednorazowego odszkodowania zamiast renty lub jej części, w szczególności gdy poszkodowany stał się inwalidą, a przyznanie odszkodowania ułatwi mu wykonywanie nowego zawodu (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964).

Istotną zmianą wprowadzoną Ustawą z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny jest uregulowanie w art. 446² k.c. roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne dla najbliższych członków rodziny za doznaną krzywdę powstałą w związku z niemożnością

²³ Przez *nasciturusa* w prawie cywilnym rozumie się dziecko poczęte, ale nienarodzone, szerzej: (Mazurkiewicz, 1973; Haberko, 1999; Banyk, 2014).

nawiązania lub kontynuowania więzi rodzinnej w razie ciężkiego i trwałego uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (Ustawa z dnia 24 czerwca 2021). Regulacja ta nie wprowadza zupełnie nowego roszczenia (Chrzanowska, 2019), a raczej jednoznacznie przyznaje prawo do roszczenia dla osób najbliższych i w pewnym sensie rozwiewa dotychczasowe wątpliwości i dyskusje (Golecki, 2021)²⁴. Aby jednak zadośćuczynienie zostało przyznane, na podstawie art. 446² k.c. można domniemywać, że powinny zostać spełnione następujące przesłanki:

- u poszkodowanego musi nastąpić ciężkie i trwałe uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia (w literaturze przedmiotu opisywane jako „stan wegetatywny”);
- niemożność nawiązania lub kontynuowania więzi rodzinnej przez najbliższych członków rodziny z poszkodowanym;
- związek przyczynowy między szkodą na osobie a naruszeniem więzi rodzinnej;
- członek rodziny posiadał „więź rodzinną” z poszkodowanym przed wystąpieniem szkody;
- powód należy do najbliższych członków rodziny.

Co istotne, art. 446² k.c. ma charakter retrospektywny, bowiem zgodnie z art. 2 (Ustawa z dnia 24 czerwca 2021) stosuje się art. 446² k.c. do zdarzeń powstałych również przed dniem wejścia w życie ustawy, co jest źródłem wielu wątpliwości w kontekście możliwości stosowania (szerzej: Serwach i Orlicki, 2021). Zresztą, wraz z wprowadzeniem art. 446² k.c. pojawiły się też inne kwestie sporne, będące przedmiotem debat, do których należy zaliczyć: „trwałość” uszkodzenia ciała w kontekście zarówno czasu trwania uszkodzenia jak i jego uleczalności lub nieuleczalności, niedookreślony krąg osób uprawnionych kwalifikujących się jako „najbliżsi członkowie rodziny”, przesłanek istnienia „więzi rodzinnej” czy kwalifikacji „relacji rodzinnych” jako dobra osobistego. W kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego, art. 446² k.c. z

²⁴ Przed wejściem w życie Ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, dochodzenie roszczenia z tytułu doznanej krzywdy powstałej w związku z niemożnością nawiązania lub kontynuowania więzi rodzinnej w razie ciężkiego i trwałego uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, było możliwe na podstawie art. 448 k.c. Jednakże punktem spornym był zakres szkody uprawniający najbliższych członków rodziny poszkodowanego do świadczenia. Dodatkowo, wykładnia językowa art. 444-449 k.c. może sugerować, że świadczenie dla osób bliskich poszkodowanego może być przyznane jedynie w przypadku śmierci poszkodowanego. Wejście w życie art. 446² k.c. daje jednak kres tak wąskiej interpretacji przepisów oraz dosyć precyzyjnie określa stan zdrowia poszkodowanego, będącego przesłanką do roszczenia. Co więcej można odnieść wrażenie, że przepis ten inicjuje wykładnię rozszerzającą art. 448 k.c. o kolejne „nowe” roszczenia dla osób bliskich poszkodowanego, niekoniecznie zmarłego.

pewnością jest potwierdzeniem kolejnego prawa do roszczenia osób poszkodowanych i może być załącznikiem do kolejnych coraz to „nowych” roszczeń przeciwko podmiotowi leczniczemu.

Szeroko wykorzystywanym źródłem roszczeń w ostatnich latach stał się art. 448 k.c., na podstawie którego sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na żądanie poszkodowanego zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). W pierwszej kolejności należy podkreślić otwarty katalog osób pokrzywdzonych. Stąd w literaturze przedmiotu wyróżnia się osoby bezpośrednio oraz pośrednio pokrzywdzone (Serwach, 2021b). Następnie, istotną cechą zadośćuczynienia przewidzianego w art. 448 k.c. jest otwarty zbiór krzywd²⁵. Na podstawie art. 448 k.c. poszkodowany może również żądać odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez niego cel społeczny, mającej charakter kompensacji lub represji (Kwiecień, 2015, s. 44-45). Charakterystyka roszczeń za szkody na osobie w polskim systemie prawa cywilnego została przedstawiona w tabeli 2.1.

Odrębną kategorię świadczeń do zapłaty, których może być zobowiązany podmiot leczniczy stanowią te, w przypadku których, szkoda została wyrządzona przestępstwem. W razie skazania sąd może orzec lub orzeka na wniosek, stosując przepisy prawa cywilnego, obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, na podstawie art. 46 § 1 Kodeksu karnego (dalej: k.k.). Sąd może też zobowiązać sprawcę do naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, w sytuacji warunkowego umorzenia postępowania karnego na podstawie art. 67 § 1 k.k. Kolejnym rodzajem świadczenia, jeżeli orzeczenie obowiązku określonego w art. 46 § 1 k.k. jest znacznie utrudnione, jest nawiązka w wysokości do 200 000 złotych na rzecz pokrzywdzonego lub osoby najbliższej w razie śmierci pokrzywdzonego, jeżeli sytuacja życiowa wskutek śmierci pokrzywdzonego uległa znacznemu pogorszeniu, w myśl art. 46 § 2 k.k. W razie śmierci w wyniku popełnionego przez skazanego przestępstwa, sąd może orzec nawiązkę na rzecz osoby najbliższej, której sytuacja życiowa wskutek śmierci poszkodowanego uległa znacznemu pogorszeniu. Specjalne świadczenia ustawodawca przewidział w art. 47 § 1 k.k. w

²⁵ Otwarty katalog krzywd, będących podstawą do roszczenia, istotnie odróżnia świadczenia, o których mowa w art. 444-447 k.c. (w miarę precyzyjnie określone przesłanki w postaci wymienionych krzywd) ze świadczeniem przewidzianym w art. 448 k.c. (niedookreślone przesłanki w postaci krzywdy). W efekcie, dochodzenie roszczenia na podstawie art. 444, 445, 446, 446² lub 447 k.c. jest łatwiejsze, niż dochodzenie roszczenia na podstawie art. 448 k.c., której ze swej natury stwarza wątpliwości interpretacyjne (Romatowska, 2014).

razie skazania sprawcy za umyślne przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu, którym jest nawiązka na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997).

Tabela 2.1. Charakterystyka roszczeń za szkody na osobie w polskim systemie prawa cywilnego

Beneficjent	Świadczenie/ przedmiot roszczenia	Charakter szkody	Płatność	Przedmiot kompensacji	Relacja czasowa szkody w stosunku do chwili wyceny roszczenia
Poszkodowany bezpośrednio	odszkodowanie	majątkowy	jednorazowa	koszty	przeszła co do zasady – (wyjątkowo z góry zgodnie z k.c.)
	renta	majątkowy	okresowa (co do zasady)	utraczone dochody, zwiększone potrzeby	przeszła i przyszła
	zadośćuczynienie	niemajątkowy	jednorazowa	krzywda	przeszła i przyszła
Poszkodowany pośrednio	odszkodowanie	majątkowy	jednorazowa	koszty	przeszła i przyszła
	renta	majątkowy	okresowa (co do zasady)	utraczone dochody	przeszła i przyszła
	zadośćuczynienie	niemajątkowy	jednorazowa	krzywda	przeszła i przyszła

Źródło: (Kwiecień, 2015, s. 47).

Podsumowując, szeroka lista świadczeń z tytułu szkody na osobie wyrządzonej wskutek błędu medycznego została przedstawiona na rysunku 2.1. Prawną podstawę przyznania świadczenia zazwyczaj stanowią przepisy Kodeksu cywilnego, ale w określonych przypadkach znajdują zastosowanie również przepisy Kodeksu karnego. Istota świadczeń odszkodowawczych, bez względu na rodzaj, zawsze sprowadza się do idei pełnego pokrycia wyrządzonej szkody. O ile ustalenie wysokości świadczenia w przypadku odszkodowania, zwrotu kosztów czy renty²⁶ jest względnie proste, o tyle prawidłowe ustalenie wysokości zadośćuczynienia każdorazowo jest wyzwaniem. Zadośćuczynienie, jak już wspomniano, ma

²⁶ Należy dodać, że odmienną cechą można przypisać świadczeniom rentowym z tytułu utraconych dochodów, w kontekście kalkulacji wysokości świadczenia, ponieważ zakres czasowy tego świadczenia obejmuje nieznana przyszłość utraconych dochodów (Jędrzychowska, 2017, s. 87-90).

bowiem kompensować szkodę o charakterze niemajątkowym, która w literaturze przyjęła otwarty tytuł - krzywdy. Stąd też, zadośćuczynienie zalicza się do nietypowego i wyjątkowo skomplikowanego świadczenia.

2.2. Ekonomiczno-prawne cechy zadośćuczynienia za szkodę na osobie

Zadośćuczynienie pieniężne należy zatem do świadczeń odszkodowawczych za szkodę na osobie wyrządzonej wskutek błędu medycznego i ze względu na swoje ekonomiczno-prawne cechy wyróżnia się na tle pozostałych świadczeń. Szczegółowa analiza cech zadośćuczynienia pieniężnego z pewnością wspomaga skuteczną kontrolę ryzyka podmiotu leczniczego.

Nieodłączną cechą świadczenia odszkodowawczego jest odpowiedzialność odszkodowawcza, jej przesłanki i zasady odpowiedzialności w prawie cywilnym. Wymienia się wystąpienie trzech przesłanek, koniecznych do powstania odpowiedzialności odszkodowawczej (Radwański i Olejniczak, 2016, s. 82-83):

- zdarzenie, z którym system prawny łączy na określonych zasadach czyjś obowiązek naprawienia szkody²⁷;
- powstanie szkody;
- związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą²⁸.

²⁷ Pierwsza przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej w swej istocie warunkowana jest zasadami odpowiedzialności. Wśród nich można wymienić (Radwański i Olejniczak, 2016, s. 84-86):

- zasadę winy,
- zasadę ryzyka,
- zasadę słuszności,
- zasadę gwarancyjno-repartycyjną.

W przypadku odpowiedzialności za szkodę na osobie powstałej wskutek błędu medycznego, najczęściej występuje zasada winy. Dlatego, jeżeli podmiotowi przypisuje się odpowiedzialność odszkodowawczą na zasadzie winy, to nieodłącznym warunkiem jest wystąpienie zawinionego czynu (lub zaniechania). W uzupełnieniu należy dodać, że odpowiedzialność na zasadzie winy może opierać się na różnych rodzajach odpowiedzialności (tzw. reżimach) – deliktowej lub kontraktowej (szerzej: Białkowski, 2017).

²⁸ Pomimo, że związek przyczynowy jest bezwzględnym wymogiem powstania odpowiedzialności odszkodowawczej na gruncie teorii prawa cywilnego, to jednak odpowiedzialność za błąd medyczny cechuje się istotnym odstępstwem. Bowiem, przyjęto się w judykaturze, iż wykazanie (udowodnienie) związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą nie jest konieczne. Nie chodzi jednak o pominięcie tej istotnej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, a jedynie o uwzględnienie warunków i wiedzy (medycznej, technicznej, prawnej itd.). Panuje powszechne przekonanie, że organizm ludzki jest skomplikowanym organizmem, który nadal skrywa przed nami jeszcze wiele tajemnic. Mając powyższe na uwadze, wykazanie związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem sprawczym a szkodą na osobie, niejednokrotnie jest po prostu niemożliwe (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2012 r.). Stąd od dłuższego czasu utrzymuje się w polskich sądach linia orzecnicza, w której wymaga się udowodnienia jedynie okoliczności uprawdopodobniających związek przyczynowy graniczący z pewnością (tzw. dostateczna doza

Kompletne omówienie cech i problematyki odpowiedzialności odszkodowawczej wymagałoby pogłębionej analizy. Na potrzeby niniejszej pracy omówiono jedynie jej podstawy, by móc scharakteryzować ekonomiczno-prawne cechy zadośćuczynienia pieniężnego, które mogą okazać się pomocne w kontekście zarządzania ryzykiem błędu medycznego przez podmiot leczniczy. Na rysunku 2.2. przedstawiono zestawienie podstawowych funkcji zadośćuczynienia pieniężnego oraz jego cech. Wyodrębniono cztery podstawy prawne zadośćuczynienia pieniężnego przewidziane w art. 445 § 1, art. 446 § 3 i § 4 oraz art. 448 k.c. Zadośćuczynienie scharakteryzowano przez określenie rodzaju świadczenia, charakteru płatności, przedmiotu kompensacji oraz wskazano również warunki szczególne zadośćuczynienia pieniężnego. Nieodłącznym elementem zadośćuczynienia jest kompensowana krzywda – naruszenie dóbr osobistych, których przykłady zostały wymienione.

Świadczenie odszkodowawcze pełni trzy podstawowe funkcje społeczne:

- kompensacyjną,
- represyjną,
- prewencyjną i wychowawczą.

Funkcja kompensacyjna polega na wyrównaniu szkody i doprowadzeniu do takiej sytuacji, jak gdyby zdarzenie wywołujące szkodę nie nastąpiło. Funkcja represyjna polega na zadaniu dolegliwości osobie odpowiedzialnej za szkodę. Natomiast funkcja prewencyjna i wychowawcza wyraża się w oddziaływaniu norm prawnych i orzeczeń stosujących te normy, w kierunku kształtowania lub umacniania postaw ludzi sprzyjających zapobieganiu wyrządzaniu szkód (Radwański i Olejniczak, 2016, s. 98-99). Te teoretyczne podstawy świadczenia odszkodowawczego przypisuje się również szczególnemu rodzajowi odszkodowania – zadośćuczynieniu pieniężnemu. Mając jednak na uwadze, że zadośćuczynienie ma na celu kompensować niematerialną szkodę – krzywdę, na gruncie teorii i praktyki spotykać można wiele dylematów.

Jak już wspomniano, według Z. Strusa (2010, s. 23-27) najczęściej w prawie cywilnym rozumie się zadośćuczynienie jako „środek naprawienia przez zapłatę szkody niemajątkowej (krzywdy) przez świadczenie pieniężne w razie spowodowania śmierci, uszkodzenia ciała i

prawdopodobieństwa wystąpienia związku przyczynowego), ponieważ uzyskanie całkowitej pewności nie jest konieczne (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r.; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r.; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 1977 r.).

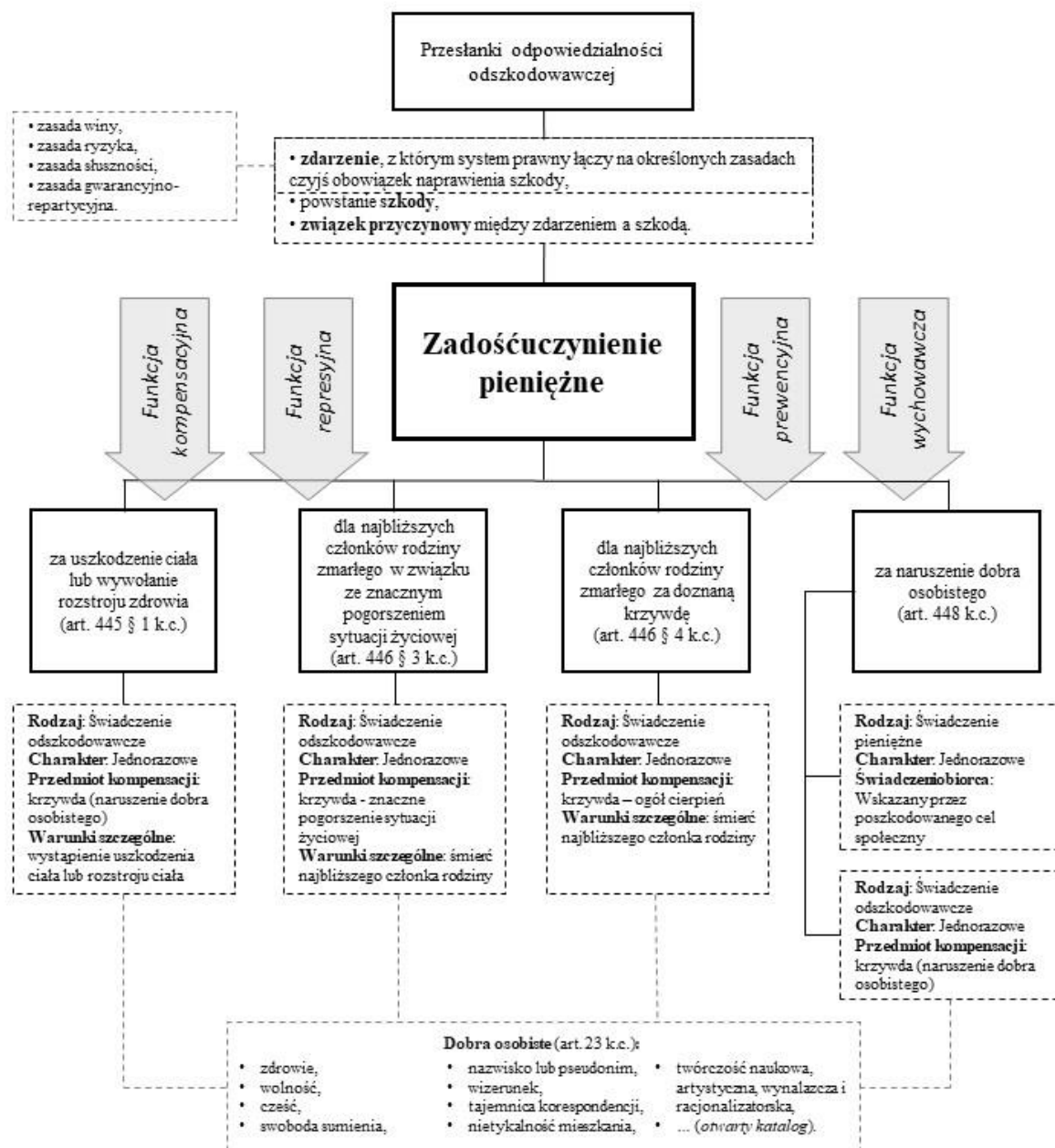
rozstroju zdrowia, naruszenia praw pacjenta, naruszenia praw autorskich i pokrewnych oraz nieokreślonej ilości dóbr osobistych, a także przez złożenie nakazanego oświadczenia lub inne zachowanie się sprawcy”. I choć zadośćuczynieniu pieniężnemu przyświeca idea pełnego pokrycia wyrządzonej szkody w myśl funkcji kompensacyjnej świadczenia odszkodowawczego, to zadośćuczynienie pieniężne może prowadzić tylko do pewnego złagodzenia, w drodze pośredniej, następstw naruszenia dóbr osobistych (Radwański i Olejniczak, 2016, s. 99). J. Matys natomiast za zadośćuczynienie uważa „jednorazowe świadczenie pieniężne przyznawane bezpośrednio poszkodowanemu lub najbliższemu członkowi rodziny zmarłego w przypadku wyrządzenia szkody niemajątkowej (krzywdy) będącej konsekwencją zdarzenia określonego w przepisach prawa” (Matys, 2010, s. 139). Definicja ta jednak nie uwzględnia dóbr osobistych innych osób niż poszkodowanego lub najbliższych członków rodziny zmarłego, które zawarte są w definicji Z. Strusa, a które mają źródło w art. 448 k.c.

Podstawą roszczeń o zadośćuczynienie pieniężne za krzywdę wyrządzoną wskutek błędu medycznego jest art. 445 § 1, art. 446 § 3 i § 4 oraz art. 448 k.c. (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). Ponadto, jak już wcześniej wspomniano, zadośćuczynienie za krzywdę wyrządzoną przestępstwem przeciwko życiu i zdrowiu ustawodawca przewidział w Kodeksie karnym, jednak z zastrzeżeniem w art. 46 k.k., że sąd może orzec lub orzeka zadośćuczynienie, stosując przepisy prawa cywilnego (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997). Stąd, przedmiotem dalszej analizy są przepisy i teoria instytucji zadośćuczynienia w prawie cywilnym.

W myśl art. 445 § 1 k.c. warunkiem przyznania przez sąd zadośćuczynienia pieniężnego jest wystąpienie wypadku, o którym mowa w art. 444 k.c., to jest uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Skutkiem tego wypadku musi być (niematerialna) krzywda, którą to zadośćuczynienie ma kompensować. Krzywda zazwyczaj rozumiana jest jako naruszenie dóbr osobistych, które są zaś przedmiotem wielu analiz. Ustawodawca objął je ochroną prawa cywilnego i wymienia - jedynie przykłady - w art. 23 k.c. (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964):

- zdrowie,
- wolność,
- cześć,
- swoboda sumienia,
- nazwisko lub pseudonim,

- wizerunek,
- tajemnica korespondencji,
- nietykalność mieszkania,
- twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska.



Rysunek 2.2. Cechy zadośćuczynienia pieniężnego za szkodę na osobie powstałej wskutek błędu medycznego

Źródło: Opracowanie własne.

Przyjęta przez ustawodawcę konstrukcja art. 23 k.c. powoduje, że katalog chronionych dóbr osobistych pozostaje otwarty i wraz z rozwojem nauk prawnych, jak i pozostałych nauk, nieustannie ulega rozszerzeniu o kolejne „nowe” dobra osobiste (Pazdan, 2018, s. 119)²⁹.

Podsumowując, w myśl art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne:

- jest świadczeniem odszkodowawczym,
- jest jednorazowe,
- dotyczy szkody niemajątkowej,
- przedmiotem kompensacji jest krzywda,
- może zostać przyznane przez sąd jedynie w razie wystąpienia wypadku – uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że to właśnie przedmiot kompensacji zadośćuczynienia pieniężnego wywołuje zarówno teoretyczne jak i empiryczne dylematy, w szczególności w zakresie wyceny szkody (Kwiecień, 2015, s. 47-48; Strus, 2010, s. 30; Serwach, 2009a; Serwach, 2021b, s. 243-247).

Inną podstawą roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne jest art. 446 § 3 i § 4 k.c. Fakultatywne zadośćuczynienie pieniężne przewidziane w art. 446 § 3 dla najbliższych członków rodziny zmarłego warunkowane jest znacznym pogorszeniem ich sytuacji życiowej. W myśl art. 446 § 4 k.c. sąd może przyznać zadośćuczynienie najbliższym członkom rodziny zmarłego. Aby roszczenie takie było skuteczne, wymienia się dwa istotne warunki (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964): śmierć najbliższego członka rodziny oraz doznanie krzywdy. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że art. 446 § 4 k.c. nie limituje wysokości zadośćuczynienia, a do jego przyznania wystarczy oprócz doznania krzywdy wykazać jedynie przynależność do kręgu najbliższych członków rodziny zmarłego. Ustawodawca nie podał listy osób należących lub nienależących do kręgu najbliższych członków rodziny, zatem każdorazowej oceny relacji rodzinnej dokonuje sąd. Najczęściej do grona najbliższej rodziny zalicza się: dzieci (w tym *nasciturus*), współmałżonka zmarłego, rodziców, rodzeństwo (w tym przyrodnie), macochę, ojczyma, dzieci przyjęte na wychowanie, babkę, dziadka,

²⁹ Do dóbr osobistych niewymienionych w art. 23 k.c. zalicza się m.in.: życie rodzinne, więź między osobami żyjącymi, kult zmarłych, poczucie przynależności do określonej płci, uczucia religijne, zakłócenie spokoju duchowego, prawo do godnego odbywania kary pozbawienia wolności, prawo do prywatności (Romańska, 2014), a nawet przyjaźń osoby duchownej - w konkretnym przypadku papieża Jana Pawła II (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2004).

konkubenta/konkubinę i ich dzieci. Podsumowując, zadośćuczynienie pieniężne przewidziane w art. 446 k.c. jest (Daszewski, 2011):

- jednorazowe,
- kompensacją ogółu cierpień po utracie osoby najbliższej,
- osobiste – przynależne wyłącznie uprawnionemu członkowi rodziny zmarłego,
- fakultatywne – uznaniowe przez sąd.

Ostatnią analizowaną podstawą dochodzenia roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne za szkodę na osobie jest art. 448 k.c. Pierwszym warunkiem uznania roszczenia jest naruszenie dobra osobistego, omawiane już powyżej a wymienione częściowo w art. 23 k.c. Drugą istotną cechą jest fakultatywność, to znaczy sąd może przyznać zadośćuczynienie pieniężne, ale nie musi. Dodatkowo, ustawodawca przewidział w art. 448 k.c. możliwość zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez poszkodowanego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia szkody (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964).

Kluczową cechą zadośćuczynienia pieniężnego przewidzianego w art. art. 445 § 1, art. 446 § 3 i § 4 oraz art. 448 k.c. jest sposób ustalania jego wysokości. W tym zakresie zadośćuczynienie pieniężne z pewnością wyróżnia się na tle pozostałych świadczeń odszkodowawczych, gdzie wysokość świadczenia powinna odpowiadać poniesionej szkodzie materialnej, ponieważ zadośćuczynienie pieniężne jako jedyne kompensuje szkodę niematerialną – krzywdę. W literaturze przedmiotu metodyka ustalania wysokości świadczenia dorobiła się własnej nazwy - miarkowania zadośćuczynienia pieniężnego (Daszewski, 2011; Kwiecień, 2015; Matys, 2010). Swą wyjątkowość miarkowanie świadczenia zawdzięcza przedmiotowi wyceny – życiu i zdrowiu człowieka (Wieteska, 2015, s. 236). Panuje powszechne przekonanie o bezcenności tych wartości, jednakże na potrzeby wyceny szkody, a co za tym idzie i wysokości zadośćuczynienia, wycena wartości życia i zdrowia wydaje się konieczna (Daszewski, 2011, s. 198-199).

2.3. Modele ekonomicznej wyceny wartości życia i zdrowia

Istnieje szeroko przyjęta opinia, że zdrowie i życie ludzkie jest trudno wycenialne, o ile w ogóle jest to możliwe. Skoro pojawia się taka trudność przy wycenie zdrowia i życia, to *per analogiam* wycena szkody na osobie, będąca rozstrojem zdrowia lub śmiercią – spotyka się z

podobnym problemem. Zadośćuczynienie pieniężne za szkodę na osobie wyrządzoną wskutek błędu medycznego w swej istocie kompensuje szkodę niematerialną.

Jedną z podstaw miarkowania zadośćuczynienia jest wycena wartości życia i zdrowia, której pierwszych prób upatruje się w instytucji *wergild*, *bøde*, *blood money* czy główszczyźnie. Były one jednak raczej uproszczoną formą, zazwyczaj z arbitralnie ustaloną wysokością, uzależnioną głównie od statusu społecznego, a także płci lub wieku. Koncepcje te uznaje się za oparte na bogactwie osoby poszkodowanej, zatem ich istota przewidywała, że wartość życia i zdrowia rośnie wraz ze starzeniem się i gromadzeniem majątku (Kwiecień, 2015, s. 97-98). Wraz z upływem czasu pojawiły się nieco bardziej zaawansowane metody wyceny wartości życia i zdrowia ludzkiego. W XVII wieku Sir William Petty podjął się próby szacowania wartości kapitału ludzkiego (ang. *value of life*), kalkulując wartość ekonomiczną robotnika. Z czasem, w latach 50 i 60 XX wieku, wartość życia stała się elementem teorii kapitału ludzkiego (ang. *human capital*) za sprawą Schultza, Beckera i Mincera (Hofflander, 1966, s. 381-382).

Pojęcie wartości życia należy do jednych z najbardziej kontrowersyjnych terminów w ekonomii. W literaturze przedmiotu można wyróżnić dwie podstawowe koncepcje wartości życia. Pierwsza to optymalna wartość z perspektywy ubezpieczenia, druga jest wartością potrzebną do „odstraszenia”. Za optymalną wartość ubezpieczeniową uznaje się taką wartość, która pozwala na utrzymanie przychodów po wypadku do czasu odzyskania zdrowia. Na potrzeby określenia wartości życia, perspektywa ubezpieczeniowa pełni funkcję marginalną. Punktem wyjścia na potrzeby określenia wartości „odstraszającej” jest pytanie o wartość jaką byłaby dla ofiary odpowiednią zachętą, aby uniknąć wypadku (Durlauf i Blume, 2008, s. 586).

Odminną metodę zaproponował Ernest Engel pod koniec XIX w. szacując wartość życia dziecka oparł się na koszcie utraconej produkcji (ang. *cost-of-production*) rozumianym jako wydatki ponoszone przez rodziców. Wartość w wieku x wyznaczył poniższym wzorem, który miał zastosowanie jedynie dla $x \leq 26$, kiedy to człowiek stawał się „w pełni wyprodukowany” (Engel, 1883, za: Kwiecień, 2015, s. 99-100):

$$C_x = c_0 \left[1 + x + k \frac{x(x+1)}{2} \right]$$

gdzie:

- C_x to całkowite koszty produkcji (z pominięciem stopy procentowej, amortyzacji i kosztów utrzymania) w wieku x ,
- c_0 oznacza koszty poniesione do chwili urodzenia,
- k to roczny procentowy wzrost kosztów.

Kolejną koncepcją jest tzw. statystyczna wartość życia (ang. *Value of Statistical Life* – VSL). O ile poprzednie u swych podstaw zmierzają do ustalenia indywidualnej wartości życia, o tyle VSL w swej istocie jest pewnym uśrednieniem. Niemniej jednak, statystyczna wartość życia jest powszechnie wykorzystywana w Stanach Zjednoczonych przy ustalaniu wartości odszkodowania dla poszkodowanych, ponieważ jest ona ustalana przez agencję rządową i co roku aktualizowana (Smith, 1997), a w niektórych krajach Europy Zachodniej i Środkowej jest podstawą tzw. systemu wyceny zadośćuczynienia z tytułu szkody osobowej (Viscusi i Aldy, 2003).

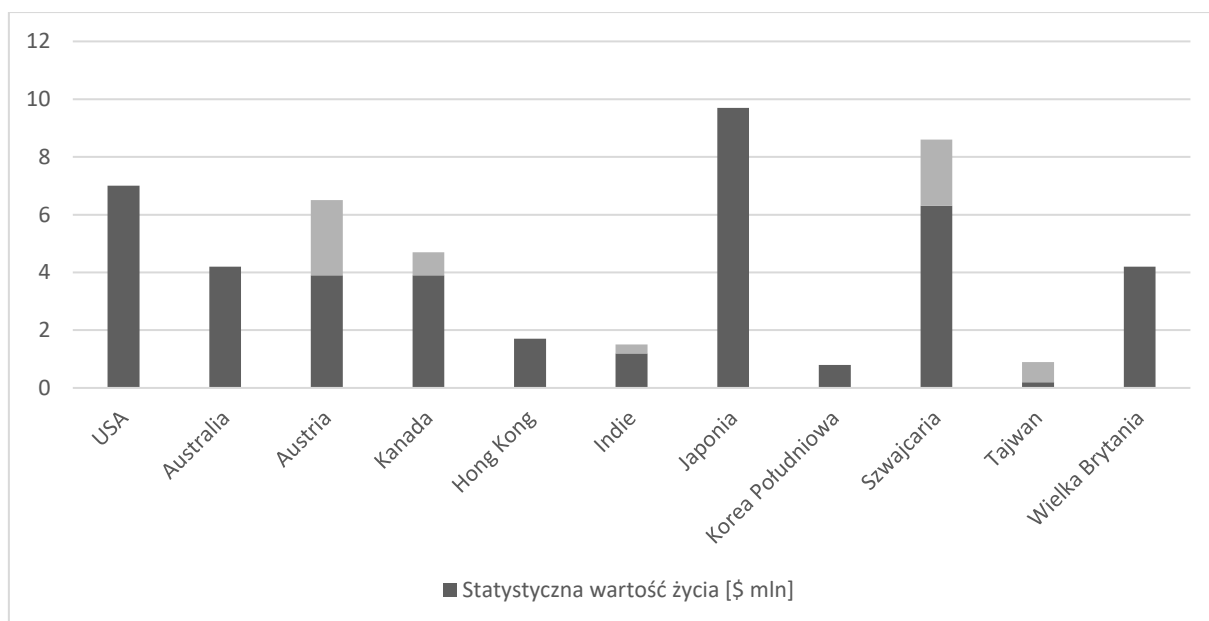
U podstaw statystycznej wartości życia upatruje się koncepcję Adama Smitha, według którego pracownicy oczekują zróżnicowania wynagrodzenia w zależności od dodatkowego ryzyka. Kolejnym krokiem jest hedoniczny model cen i wag S. Rosena oraz M. Smitha. Uzależnia on decyzję pracownika o wyborze pracy z ryzykiem wypadku śmiertelnego [p] od maksymalnej oczekiwanej użyteczności [EU]. Kolejną zmienną jest krzywa cen [$w(p)$], użyteczność zdrowia [$U(w)$] oraz użyteczność śmierci [$V(w)$], która rozumiana jest jako funkcja masy spadkowej pracownika. Funkcja użyteczności jest pewnym dobrem, kiedy zdrowie jest bardziej pożądane niż stan chorobowy, a pracownik cechuje się awersją do ryzyka lub jest neutralny do ryzyka. Wybór pracy można przedstawić następującym wzorem:

$$MAX_p EU = (1 - p)U(w(p)) + pV(w(p))$$

Z powyższego wzoru, uwzględniając cenę skorygowaną o ryzyko dw/dp , można wyprowadzić kolejny wzór (Durlauf i Blume, 2008, s. 587). Zgodnie z nim cena skorygowana o ryzyko jest ilorazem różnicy użyteczności zdrowia i użyteczności śmierci oraz sumy użyteczności zdrowia skorygowanej o ryzyko wypadku śmiertelnego $(1 - p)U'(w)$ i użyteczności śmierci skorygowanej o ryzyko wypadku śmiertelnego $pV'(w)$.

$$\frac{dw}{dp} = \frac{U(w) - V(w)}{(1 - p)U'(w) + pV'(w)}$$

W badaniach W.K. Viscousi oraz J.E. Aldy z 2000 r. oszacowano statystyczną wartość życia na podstawie rynku pracy w wybranych 10 krajach na świecie (wykres 2.1.). Najwyższa wartość życia została oszacowana w Japonii – \$ 9,7 mln, a najmniejsza w Tajwanie od \$ 0,2 mln do \$ 0,7 mln. Zgodnie z wykresem 2.1., na początku XXI wieku w krajach wysoko rozwiniętych (m.in. Japonia, USA czy Wielka Brytania) wartość życia na podstawie rynku pracy jest wyższa, a w krajach rozwijających (m.in. Tajwan, Korea Południowa czy Indie) wartość ta jest niższa. Z upływem czasu, kwantyfikacja ta traci na aktualności i może służyć jedynie inspiracji lub jako pewien kontekst.



Wykres 2.1. Wyceny statystycznej wartości życia w 2000 roku na podstawie rynku pracy w wybranych krajach na świecie

Źródło: (Viscusi i Aldy, 2003).

Wycena życia ludzkiego ma również swój wymiar praktyczny, bowiem wykorzystywana jest przy analizie kosztów i korzyści z tytułu redukcji przedwczesnych zgonów (Giergiczny, 2006). W literaturze przedmiotu wyróżnić można wiele metod wyceny wartości życia i zdrowia, jednak do najważniejszych można zaliczyć przedstawione w tabeli 2.2, w której przedstawiono metodę, jej ewentualne rodzaje oraz krótki opis determinant wyceny wartości życia, które dana koncepcja zawiera.

Istotną cechą hedonicznej wartości życia jest ocena wielkości szkody w skali „Utraty przyjemności z życia” (ang. *The Lost Pleasure of Life* – LPL) przedstawiona w tabeli 2.3. W myśl

tej koncepcji, miarkowaniu szkody nadano siedmio-stopniową skalę od „braku szkody”, przez „umiarkowaną” i „ciężką”, aż po „katastrofalną”. Każdemu poziomowi szkody nadano wartość procentową oraz podano konkretny przykład szkody.

Tabela 2.2. Metody ekonomicznej wyceny wartości życia

Metoda wyceny życia	Rodzaj metody	Determinanty wyceny wartości życia
Metoda kapitału ludzkiego	Metoda kosztowa	Inwestycje w człowieka (na edukację, szkolenia i opiekę zdrowotną)
	Metoda dochodowa	Wyrażana jako wartość zarobków brutto lub konsumpcji netto
Wycena warunkowa	Metoda chęci do zapłaty	Wydatki na prewencję - aby uniknąć niepożądanego zdarzenia
	Metoda gotowości do akceptacji	Premia – którą osoba jest skłonna zaakceptować za zwiększone ryzyko zgonu lub obrażeń
Koncepcja wartości domniemanej (ang. <i>implied value of life</i>)	Statystyczna wartość życia	Tempo zmiany płacy pracownika w stosunku do zmian ryzyka zgonu
	Wycena życia w orzecznictwie w sprawie indywidualnych roszczeń	- Wnioskowanie z orzecznictwa w sprawach podobnych, lub - Odwołanie do wartości ustalanych w ekonomicznych ekspertyzach rynkowych
Metoda kosztu produkcji i zastąpienia	Metoda kosztu według klasycznej teorii ekonomii	Wartość dobra jest równa jego kosztowi
	Wykorzystanie teorii użyteczności	Koszty kapitału, czynniki pracy i jakość pracy, czynniki dodatkowe np. psychofizyczne
Hedoniczna wartość życia (ang. <i>hedonic damages</i>)	Utrata radości z życia (LOEL)	Ustalenie spadku zdolności odczuwania wartości życia jako całości - porównanie życia przed i po stracie w czterech obszarach funkcjonowania: - w życiu prywatnym (codziennej aktywności) - emocjonalno-psychicznego - społecznego - zawodowego
Analiza jakości życia	Wycena bólu i cierpienia na bazie QALY	QALY (ang. <i>quality-adjusted life-year</i>) odnosi się do liczby lat życia skorelowanej z jego jakością w aspekcie stanu zdrowia. QALY uwzględnia czas oraz przypisuje wagi dla poszczególnych stanów zdrowia (z przedziału od 0 do 1, gdzie: 1 – stan idealny, 0 – śmierć). Podstawową kwestią jest ustalenie katalogu stanów zdrowia, którego dokonuje się w oparciu o:

		- porównanie dwóch sytuacji (stanów zdrowia) - porównanie zamiany x lat życia w doskonałym zdrowiu na y lat życia w określonym stanie zdrowia - porównanie sytuacji wydłużenia życia określonej liczby ludzi w określonych dwóch stanach zdrowia - wskazanie wartości określonej dolegliwości w przedziale od 0 (śmierć) do 1 (idealny stan zdrowia). - Określenie swojej sytuacji w ustalonych, wskazanych w badaniu płaszczyznach³⁰ i następnie dodatkowo na ustalonej skali
	Analiza potrzeb (ang. <i>need analysis</i>)	Analiza potrzeb wykorzystywana w procesie planowania sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu na życie w czterech krokach: 1. Identyfikacja tych potrzeb rodziny, które chciałby ona finansować po śmierci jej członka i utracie dochodów w budżecie gospodarstwa domowego. 2. Ustalenie kosztorysu środków niezbędnych do pokrycia zidentyfikowanych potrzeb. 3. Zidentyfikowanie istniejących źródeł pokrycia tych potrzeb. 4. Projektowanie kompromisu między potrzebami a kosztami ubezpieczenia.
	System niewiążących mnożników korygowanych wiekiem (ang. <i>nonbinding age-adjusted multipliers - NBAAM</i>)	Kwantyfikacja straty w postaci bólu i cierpienia bazuje na wartości kosztów leczenia, dla których wprowadza się system progresywnych mnożników. Mnożniki rosną wraz poziomem kosztów.

Źródło: opracowano na podstawie (Kwiecień, 2015, s. 102-122).

Za nieco bardziej szczegółową koncepcję można uznać zestaw mnożników (ang. *nonbinding age-adjusted multipliers* – NBAAM) zaproponowany przez R. Avrahama, który

³⁰ Wyróżnia się dwie metody (Brazier, Deverill i Green, 1999):

- EuroQoL EQ-5D w której wyróżnia się pięć płaszczyzn (mobilność, samodzielność, zwyczajowe aktywności, ból/dyskomfort, lęk/depresja, w ramach których ustalono 243 różne stany zdrowia
- Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), w którym wskazuje się osiem płaszczyzn (wzrok, słuch, mowa, chodzenie, zręczność, emocje, poznanie, ból), a w każdym pięć lub sześć poziomów gradacji, co daje 972 tys. stanów (Horsman, Furlong, Feeny i Torrance, 2003).

zaprezentowano w tabeli 2.4. Swą kwantyfikację świadczenia za ból i cierpienie opiera on na wartości kosztów leczenia skorygowanej o odpowiedni mnożnik (szerzej: Avraham, 2006, s. 86-120). Propozycja R. Avrahama wydaje się być jednak swoistym uproszczeniem, w swych założeniach pomijająca chociażby takie aspekty szkody, jak skutki w życiu prywatnym, zawodowym czy społecznym poszkodowanego.

Tabela 2.3. Ocena wielkości szkody w skali LPL

Poziom (wielkość) szkody		Przykład
Brak	-	-
Minimalna	1-17%	Człowiek bierze udział w wypadku samochodowym i traci kilka dni pracy. Funkcjonowanie rodziny i związku, zakłócone przez kilka dni, wraca do poziomu sprzed szkody.
Nieznaczną	17-33%	Człowiek łamie rękę, co skutkuje trwałą niezdolnością do udziału w zajęciach rekreacyjnych. Ma rzadkie epizody wystąpienia łagodnej depresji. Wszystkie inne aspekty funkcjonowania – praktyczny, emocjonalny, społeczny i zawodowy są na poziomie sprzed szkody.
Umiarkowana	33-50%	Człowiek traci nogę w wypadku samochodowym, co wpływa na funkcjonowanie w praktyce. Jego aktywność rekreacyjna jest ograniczona, cierpi na sporadyczne ataki łagodnej depresji.
Surowa, ciężka	50-67%	Poparzonemu w pożarze pozostają rozległe blizny. Funkcjonowanie społeczne znacznie zredukowane, człowiek doświadcza znacznej utraty poczucia własnej wartości i częstych okresów przygnębienia. Praktyczne i zawodowe funkcjonowanie na poziomie sprzed szkody.
Ogromna	67-83%	Człowiek zostaje sparaliżowany częściowo i wymaga opieki na co dzień. Praktyczne, społeczne i zawodowe funkcjonowanie – znacznie zmniejszone – doświadczenie ciężkiej depresji i utraty poczucia własnej wartości.
Katastrofalna	83-100%	Człowiek jest „przykuty do łóżka”, wymaga codziennej opieki pielęgniarstwa. Funkcjonowanie we wszystkich aspektach – w praktyce, emocjonalne i społeczne – są znacznie zmniejszone. Jest niezdolny do pracy.

Źródło: (Berla, Brookshire, Smith, 1990, s. 3, za: Kwiecień, 2015, s. 112).

Tabela 2.4. Przykładowe mnożniki do ustalenia świadczeń za ból i cierpienie (NBAAM)

Koszty leczenia	Mnożnik	Świadczenie za ból i cierpienie
0 – \$100 000	0,5	0 - \$50 000
\$100 001 - \$500 000	0,75	\$750 000 - \$375 000
\$500 001 - \$1 000 000	1	\$500 001 - \$1 000 000
>\$1 000 000	1,25	>\$1 250 000

Źródło: (Avraham, 2006, s. 111).

Wycena wartości życia i zdrowia ludzkiego, pomimo bogatej i długiej historii dorobku, pozostaje wyzwaniem aktualnym, wymagającym nieustannej aktualizacji i rozwoju. Na podstawie powyższej kwerendy literatury przedmiotu, można wyróżnić następujące determinanty wartości życia i zdrowia, które stanowią składowe różnych modeli:

- bogactwo poszkodowanego³¹,
- inwestycje w człowieka i koszty, w tym wydatki na dziecko ponoszone przez rodziców,
- roczny wzrost kosztów,
- wybór pracy uzależniony od ryzyka wypadku śmiertelnego,
- wydatki na prewencję, aby uniknąć niepożądanego zdarzenia,
- różnica przed i po wypadku w funkcjonowaniu w życiu prywatnym, emocjonalno-psychicznym, społecznym i zawodowym,
- potrzeby poszkodowanego i jego bliskich.

2.4. Systemy wyceny zadośćuczynienia za szkodę na osobie w wybranych krajach

Ekonomiczne modele wyceny życia i zdrowia, oprócz walorów teoretycznych, mają również praktyczne zastosowanie, ponieważ bywają podstawą budowy systemu wyceny zadośćuczynienia za szkodę osobową. Te z kolei, są coraz częściej stosowanym rozwiązaniem w krajach europejskich, w szczególności przy wycenie zadośćuczynienia za szkodę w związku z wypadkiem komunikacyjnym (głównie śmierci). O rozwoju popularności systemu miarkowania zadośćuczynienia, świadczyć może chociażby sam fakt powołania w Polsce w 2016 r. Forum Zadośćuczynień w celu ustabilizowania i przewidywalności w zakresie kształtowania wysokości zadośćuczynienia dla ofiar wypadku komunikacyjnego (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017, s. 4).

Analiza systemów wyceny zadośćuczynienia za szkodę osobową została dokonana w głównej mierze w zakresie rozwiązań w krajach europejskich opartych na systemie prawa kontynentalnego – Austrii, Belgii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, Polsce, Szwecji i Włoszech. Wyjątek stanowi Wielka Brytania, w której obecny jest anglosaski system prawa *common law*. Jednak ze względu na bogate doświadczenia miarkowania zadośćuczynienia w tym kraju, został on włączony do przedmiotu analizy. Aczkolwiek dla pełnego obrazu należy zawsze

³¹ Przez bogactwo poszkodowanego rozumie się nie tylko posiadany majątek, ale również osiągnięte dochody i utrzymanie nich po wypadku do czasu odzyskania zdrowia, masa spadkowa czy pewien status społeczny.

uwzględniać kontekst anglosaskiej kultury i systemu prawnego. Należy nadmienić, że przedmiotem analizy nie są jedynie systemy znormalizowane lub funkcjonujące w formie aktu prawnego. Autor przez system wyceny zadośćuczynienia rozumie zbiór doświadczeń w wybranym kraju w danym zakresie, a także propozycję takich rozwiązań, jak w przypadku Polski. Łącznie przeanalizowano rozwiązania systemowe miarkowania zadośćuczynienia za szkodę osobową w 9 europejskich krajach.

Austria

Austriacki kodeks cywilny ABGB (niem. *Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch*) z 1811 r. przewiduje w § 1325 zadośćuczynienie za ból i cierpienie stosowne do okoliczności. I choć w doktrynie austriackiej nie funkcjonuje enumeratywny katalog wysokości zadośćuczynienia za krzywdę, to istnieją jednak stawki przypisujące wartość pieniężną za każdy dzień, w którym odczuwany jest ból i cierpienie (niem. *Tagessätze*) i pełniące funkcję taryf sądowych. Uzależnione są one od poziomu bólu – od €100/1 dzień za lekki ból, do €300/1 dzień za poważny ból (Karner, 2011, s. 6). Taryfy te często są wykorzystywane przez sądy, jednakże w przypadku poważnych szkód mają one małe znaczenie (Kwiecień, 2015, s. 133).

Belgia

W Belgii na przestrzeni ostatnich lat wypracowano kolejną, siódmą już od 1995 r., wersję tabel w zakres ustalania świadczeń z tytułu szkody na osobie (nld. *Indicatieve tabel*). Tabele są dziełem zespołu interdyscyplinarnego, w którego skład wchodzi sędziowie, adwokaci, policjanci oraz rodzice ofiar wypadków śmiertelnych. Tekst ostateczny został zredagowany przez środowisko sędziowskie (magistraty, w tym Związek Krajowy Magistratów Pierwszej Instancji oraz Związek Królewski Sędziów i Policjantów) (Kwiecień, 2015, s. 139). Dokument ten jednak rozpoczyna się od znamienego wstępu: „Tabela nie jest panaceum na szybkie obliczanie szkód spowodowanych przez ludzi, ani też nie jest obowiązkową zasadą określającą, jak należy podejść do tej szkody. Ta tabela pokazuje tylko jak można oszacować szkodę” (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 1). Kwoty zawarte w tabeli należy zatem traktować jedynie jako wskazówkę dla sądów (Karapanou i Visscher, 2010, s. 57), a nie jak zobowiązujący kalkulator wysokości zadośćuczynienia.

Belgijskie *Indicatieve Tabel* wyróżnia się na tle innych rozwiązań niemal kompleksowym podejściem i stosunkowo dużym stopniem szczegółowości. W pierwszej kolejności tabele

dzielią szkody na: szkody na osobie (nld. *Schade aan personen*), szkody w mieniu (nld. *Schade aan voorwerpen en kosten*) oraz odsetki i prowizje (nld. *Interest en provisie*). Szkody na osobie zostały podzielone na szkody tymczasowe (nld. *De tijdelijke schade*), szkody trwałe (nld. *De blijvende schade*) oraz szkody bliskich ofiary (nld. *Het overlijden*), do których zalicza się koszty pochówku (nld. *Begrafeniskosten*), cierpienia ofiary poprzedzające zgon (nld. *Schade ex haerede*) czy szkody „współistniejące” (nld. *Schade van de naastbestaande*) (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017).

W ramach szkód trwałych polegających na osobistej niezdolności (nld. *De persoonlijke ongeschiktheid*) dla szkód specyficznych (nld. *De specifieke schade*) zaproponowano ryczałtowe kwoty zadośćuczynienia, które są w Belgii jedynie punktem odniesienia, który można skorygować o okoliczności indywidualnego przypadku. Przykładem takiej specyficznej szkody są szkody estetyczne (nld. *De esthetische schade*), za które można spodziewać się orientacyjnej wysokości zadośćuczynienia, przedstawionej w tabeli 2.5. Jest ona ustalana w zależności od wieku poszkodowanego oraz siedmio-stopniowej skali szkody (skala Julina). Innym przykładem specyficznej szkody jest taka szkoda, której sprawca zapobiegł wystąpieniu trwałych bólów i uszkodzeń (nld. *De pijn*). Wtedy sugeruje się ustalenie wysokości zadośćuczynienia w skali 1/7 - stopień minimalny. Do innych szkód specyficznych zalicza się również uszkodzenia seksualne (nld. *De seksuele schade*) np. impotencja czy anorgazmia, oraz utratę przyjemności z życia (nld. *De genoegenschade*) polegającej przede wszystkim na ograniczeniu w całości lub w części uprawiania sportu lub hobby (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 11).

Miarkowanie zadośćuczynienia z tytułu trwałej szkody osobowej (nld. *vergoedingen de blijvende schade*) ustalane jest na podstawie trzech rozmiarów szkody: niezdolności osobistej (nld. *persoonlijke ongeschiktheid*), niezdolności gospodarstwa domowego (nld. *huishoudelijke ongeschiktheid*) skorygowanej o udział poszkodowanego w gospodarstwie domowym (nld. *aandeel huishouden*) oraz niezdolności ekonomicznej (nld. *economische ongeschiktheid*). Przy czym za niezdolność w jednym z trzech obszarów przyjmuje się iloraz procentowej niezdolności ustalonej przez eksperta i 100%. Natomiast wysokość zadośćuczynienia za niezdolność w jednym z trzech obszarów liczona jest jako iloczyn niezdolności i stawki

ryczałtowej zaprezentowanej w tabeli 2.6. Zatem można obliczyć wysokość zadośćuczynienia według następującego wzoru (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 15):

$$\begin{aligned} & \text{Zadośćuczynienie za trwałą szkodę osobową} \\ &= [(niezdolność osobista * stawka ryczałtowa) \\ &+ (niezdolność gospodarstwa domowego * stawka ryczałtowa \\ &* udział w gospodarstwie domowym) \\ &+ (niezdolność ekonomiczna * stawka ryczałtowa)] \end{aligned}$$

Tabela 2.5. Kwoty ryczałtowe zadośćuczynienia z tytułu szkód estetycznych według skali wieku i stopnia uszczerbku w Belgii

Stopień	1/7	2/7	3/7	4/7	5/7	6/7	7/7
Wiek	Minimalny	Bardzo lekki	Lekki	Średni	Poważny	Bardzo poważny	Wyjątkowy
0-10	€ 540	€ 2 150	€ 4 850	€ 8 625	€ 15 000*	€ 20 000*	€ 30 000* ³²
11-20	€ 520	€ 2 075	€ 4 700	€ 8 300	€ 14 500	€ 19 250	€ 29 000
21-30	€ 490	€ 2 000	€ 4 400	€ 7 850	€ 13 700	€ 18 250	€ 27 500
31-40	€ 450	€ 1 800	€ 4 100	€ 7 250	€ 12 600	€ 16 800	€ 25 250
41-50	€ 400	€ 1 600	€ 3 600	€ 6 500	€ 11 200	€ 14 900	€ 22 250
51-60	€ 350	€ 1 400	€ 3 100	€ 5 550	€ 9 700	€ 12 900	€ 19 500
61-70	€ 275	€ 1 100	€ 2 600	€ 4 400	€ 7 750	€ 10 350	€ 15 500
71-80	€ 200	€ 800	€ 1 750	€ 3 100	€ 5 500	€ 7 300	€ 11 000
>81	€ 115	€ 450	€ 1 050	€ 1 850	€ 3 200	€ 4 250	€ 6 400

Źródło: (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 11).

Przykładowo, jeżeli poszkodowanym jest 20-letni mężczyzna, a niezdolność osobista została oceniona na 15%, niezdolność gospodarstwa domowego na 10%, niezdolność ekonomiczna na 6% oraz udział poszkodowanego w gospodarstwie domowym wynosi 35%, to zgodnie z powyższym wzorem oraz stawkami ryczałtowymi w tabeli 2.6, proponowana wysokość zadośćuczynienia wynosi € 27 930 według poniższych obliczeń.

³² Kwoty zadośćuczynienia oznaczone (*) należy traktować jako proponowane minimalne. W przypadku braku możliwości ustalenia udziału poszkodowanego, przyjmuje się dla kobiety 65% udział, a dla mężczyzny 35% udział w gospodarstwie domowym (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 13).

$$\text{Zadośćuczynienie} = [(15 * \text{€ } 1\,140) + (10 * \text{€ } 1\,140 * 35\%) + (6 * \text{€ } 1\,140)]$$

$$\text{Zadośćuczynienie za niezdolność osobistą} = \text{€ } 17\,100$$

$$\text{Zadośćuczynienie za niezdolność gospodarstwa domowego} = \text{€ } 3\,990$$

$$\text{Zadośćuczynienie za niezdolność ekonomiczną} = \text{€ } 6\,840]$$

Zadośćuczynienie łącznie = € 27 930

Tabela 2.6. Proponowane stawki ryczałtowe zadośćuczynienia z tytułu trwałej szkody osobowej w Belgii

Wiek	Minimalna stawka ryczałtowa
<15	€ 1 220
16	€ 1 200
17	€ 1 185
18	€ 1 170
...	...
30	€ 990
31	€ 975
32	€ 960
...	...
60	€ 540
61	€ 525
62	€ 510
...	...
83	€ 195
84	€ 180
>85	€ 165

Źródło: (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 14-15).

Ostatnią kategorią szkody są te, doznane przez bliskich ofiary (nld. *Het overlijden*). Jedną z nich jest szkoda „współistniejąca” (nld. *Schade van de naastbestaande*), na którą składają się szkody moralne (nld. *Morele schade*) oraz szkody materialne (nld. *Materiële schade*). Dla szkód moralnych doznanych przez bliskich ofiary zaproponowano zadośćuczynienie uzależnione od relacji poszkodowanego z ofiarą (tabela 2.7). Tabela zawiera propozycję wysokości

zadośćuczynienia jedynie dla najbliższej rodziny ofiary (małżonkowie, rodzice, dzieci, dziadkowie, wnuki), jednakże autorzy tabeli nie wykluczają możliwości dochodzenia roszczeń przez innych bliskich, warunkując to ustaleniem specyficznego związku uczuciowego z ofiarą.

Tabela 2.7. Kwoty ryczałtowe zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego w Belgii

Poszkodowany	Beneficjent	Zadośćuczynienie
Małżonek/a lub Kokubent/ina	Małżonek/a lub Kokubent/ina	€ 15 000
Rodzic współzamieszkujący	Dziecko współzamieszkujące	€ 15 000
	Dziecko nienarodzone (poronienie)	€ 24 000
Rodzic niezamieszkujący wspólnie	Dziecko niezamieszkujące wspólnie	€ 6 000
Dziecko współzamieszkujące	Rodzic	€ 15 000
Dziecko niezamieszkujące wspólnie	Rodzic	€ 6 000
Dziecko nienarodzone	Rodzic	€ 3 000
Rodzeństwo współzamieszkujące	Rodzeństwo współzamieszkujące	€ 3 000
Rodzeństwo niezamieszkujące wspólnie	Rodzeństwo niezamieszkujące wspólnie	€ 1 800
Dziadkowie współzamieszkujący	Wnuki współzamieszkujące	€ 3 000
Dziadkowie niezamieszkujący wspólnie	Wnuki niezamieszkujące wspólnie	€ 1 500
Wnuki współzamieszkujące	Dziadkowie współzamieszkujący	€ 3 000
Wnuki niezamieszkujące wspólnie	Dziadkowie niezamieszkujący wspólnie	€ 1 500
Inne osoby również mogą domagać się zadośćuczynienia pod warunkiem, że zostanie ustalony specyficzny związek uczuciowy z ofiarą.		

Źródło: (Tasset, Van Wilderode, Geysen i Peeters, 2017, s. 18).

Francja

We Francji istnieje system kompensacji utraty radości z życia (franc. *préjudice physiologique*). I choć zadośćuczynienie ma pokryć szkodę niematerialną w oparciu o skalę

punktów procentowych i sugerowane stawki zadośćuczynienia lub przedziały stawek (Comandé, 2009, s. 8-9), to „w ocenie Sądu Kasacyjnego wartości punktowe mogą stanowić zaledwie punkt wyjścia do oceny, która wymaga indywidualizacji” (Kwiecień, 2015, s. 144). Istotną krytykę modelu francuskiego przedstawiła M. Denimal, która uważa, że istnieje kontrast między wolą ustawodawcy wyrażoną w ustawie z dnia 21 grudnia 2006 r., a jej stosowaniem. Skutkiem tego kontrastu są znaczące różnice w przyznawanych wysokościach zadośćuczynień. Stąd, proponuje nową wizję systemu odszkodowań, bardziej przejrzystą i uproszczoną, opartą na dwóch filarach – personalizacji (franc. *personnalisation de l'estimation du prejudice*) i uproszczeniu odszkodowania (franc. *simplification de l'indemnisation*). Propozycja uproszczenia zakłada stosowanie mieszanego odszkodowania (franc. *indemnisation mixte*), wzorowanego na systemie Quebec (Denimal, 2016, s. 207-488).

Hiszpania

W Hiszpanii funkcjonuje system wyceny szkód na osobach powstałych w wypadkach drogowych (hiszp. *Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*). System składa się z trzech sekcji zasad ustalania wysokości szkody na osobie (hiszp. *Reglas para la valoración del daño corporal*) (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, s. 31-50):

- zadośćuczynienia za śmierć (hiszp. *Indemnizaciones por causa de muerte*),
- zadośćuczynienia za trwałe następstwa (hiszp. *Indemnizaciones por secuelas*) oraz
- zadośćuczynienia za obrażenia tymczasowe (hiszp. *Indemnizaciones por lesiones temporales*).

Zgodnie z art. 62 *Real Decreto Legislativo 8/2004* zadośćuczynienie za śmierć przewidziane jest dla pięciu kategorii poszkodowanych (hiszp. *Categorías de perjudicados*) – owdowiały małżonek, wstępni, zstępni, rodzeństwo i bliscy krewni. Owdowiałemu małżonkowi należy się stała kwota zadośćuczynienia, o ile nie został prawnie w separacji, w zależności od grupy wiekowej ofiary, zgodnie z art. 63. W myśl art. 64 każdy wstępny zmarłego otrzymuje zadośćuczynienie w stałej kwocie, która różni się w zależności od tego, czy zmarły miał mniej niż trzydzieści lat, czy więcej. Każdemu zstępnemu przydzielana jest stała kwota, różniąca się w zależności od ich wieku, z wyodrębnieniem ze względu na różne etapy dojrzewania i rozwoju – do czternastu lat, od czternastu do dwudziestu lat, od dwudziestu do trzydziestu lat oraz

powyżej trzydziestego roku życia. Warto dodać, że przez zstępnych rozumie się głównie dzieci zmarłego, natomiast zasady ustalania ewentualnego zadośćuczynienia dla wnuków zmarłego przewidziano w art. 65 ust. 2. Zgodnie z art. 66 rodzeństwo otrzymuje stałą kwotę, która różni się od wieku, w zależności od tego, czy poszkodowany ma do trzydziestu lat, czy powyżej trzydziestu lat. W myśl art. 67 przez krewnych rozumie się jedynie osoby, które mieszkały z ofiarą przez co najmniej pięć lat bezpośrednio przed śmiercią i były z nią szczególnie bliskie pod względem pokrewieństwa lub uczucia. Co ciekawe, każdy krewny otrzymuje stałą kwotę, niezależnie od wieku (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre).

Dokładnego wyliczenia wysokości zadośćuczynienia należy dokonać na podstawie tabel załączonych na 275 stronach jako aneks do *Real Decreto Legislativo 8/2004*. Podstawowe wysokości zadośćuczynienia za śmierć przedstawiono w tabeli 2.8. Jednakże ostateczna kwota należnego zadośćuczynienia uzależniona jest od relacji rodzinnej ze zmarłym, wieku oraz czynników korygujących (Gonzalez, 2011, s. 6):

- dochód netto,
- okoliczności rodzinne,
- jedynactwo,
- śmierć obu rodziców,
- śmierć nienarodzonego,
- przyczyny powstania wypadku.

Ustandaryzowany jest również hiszpański system scoringowy wysokości odszkodowania za trwałe uszczerbki, składający się z systemu punktów przyznawanych za trwałe uszczerbek, wiek poszkodowanego oraz kwoty kompensacji za każdy punkt. Zakres obrażeń ustalany jest na podstawie dowodów medycznych i jest klasyfikowany punktowo. Kompensacja nie uwzględnia jednak bólu i cierpienia (Kwiecień, 2015, s. 137).

Klasyfikacja punktowa trwałego uszczerbku składa się z dwóch sekcji: szkód anatomiczno-funkcjonalnych (hiszp. *De secuelas anatómico-funcionales*) oraz szkód estetycznych (hiszp. *Perjuicio estético*). Pierwsza sekcja została podzielona na dziesięć rozdziałów ze względu na dziedzinę medycyny, od szkód neurologicznych, przez szkody naczyniowe czy szkody układu trawiennego, aż po szkody skórne. W ramach danej dziedziny przypisana jest liczba punktów lub przedział punktów odpowiadający danej szkodzi (tabela 2.9).

Tabela 2.8. Kwoty zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego w Hiszpanii

Kategoria 1. Owdowiały małżonek	
Do 15 lat wspólnego pożycia, jeśli ofiara miała do 67 lat	90 000 €
Do 15 lat wspólnego pożycia, jeśli ofiara miała od 67 do 80 lat	70 000 €
Do 15 lat wspólnego pożycia, jeśli ofiara miała ponad 80 lat	50 000 €
Za każdy dodatkowy rok wspólnego pożycia lub ułamek, niezależnie od wieku ofiary	1 000 €
Kategoria 2. Wstępni	
Każdy rodzic, jeśli zmarłe dziecko miało do 30 lat	70 000 €
Każdy rodzic, jeśli zmarłe dziecko ukończyło 30 lat	40 000 €
Każdy dziadek/babcia, tylko w przypadku wychowywania zmarłego wnuka	20 000 €
Kategoria 3. Zstępni	
Każde dziecko do 14 lat	90 000 €
Każde dziecko w wieku od 14 do 20 lat	80 000 €
Każde dziecko w wieku od 20 do 30 lat	50 000 €
Każde dziecko powyżej 30 roku życia	20 000 €
Każdy wnuk tylko w przypadku wychowywania przez zmarłego/ą dziadka/babcię	15 000 €
Kategoria 4. Rodzeństwo	
Każdy brat/siostra do 30 roku życia	20 000 €
Każdy brat/siostra, który ukończył 30 lat	15 000 €
Kategoria 5. Bliscy krewni	
Każdy bliski krewny*	10 000 €
*W myśl art. 67 przez krewnych rozumie się jedynie osoby, które mieszkały z ofiarą przez co najmniej pięć lat bezpośrednio przed śmiercią i były z nią szczególnie bliskie pod względem pokrewieństwa lub uczucia.	

Źródło: (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, s. 51).

I tak dla przykładu: niedoczynność tarczycy wyceniona jest na 10 punktów, dla porażenia nerwu przeponowego ustalono przedział od 2 do 90 punktów, pogłębieniu się wcześniejszej choroby zwyrodnieniowej stawów przypisano przedział od 1 do 5 punktów, natomiast za

trwały stan wegetatywny przyznano 100 punktów. Sekcja szkód estetycznych składa się jedynie z sześć-stopniowej skali rozmiaru szkody oraz odpowiadającym punktom. Za lekkie szkody estetyczne przyznaje się do 6 punktów, za średnie szkody od 14 do 21 punktów, natomiast największe szkody estetyczne odpowiadają od 41 do 50 punktów (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, s. 256-272).

Tabela 2.9. Kwoty odszkodowania za trwały uszczerbek w Hiszpanii

Punkty	Wiek poszkodowanego				
	Poniżej 2 lat	20 lat	50 lat	70 lat	Powyżej 100 lat
1	900,00 €	849,85 €	744,73 €	656,21 €	596,31 €
20	28 985,33 €	27 370,20 €	23 581,07 €	20 375,89 €	15 968,80 €
40	83 224,24 €	78 856,80 €	68 156,80 €	58 111,66 €	42 130,40 €
60	159 201,04 €	150 330,00 €	130 766,00 €	110 823,60 €	77 386,80 €
80	260 514,87 €	245 998,40 €	214 342,67 €	181 036,80 €	123 657,60 €
100	367 838,80 €	347 342,00 €	302 903,67 €	255 397,71 €	172 482,00 €

Źródło: (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, s. 272-290).

Hiszpański system scoringowy odszkodowania uwzględnia również korektę z tytułu współwystępowania następstw wynikających z tego samego wypadku (hiszp. *Secuelas concurrentes*), a ostateczny wynik punktowy wynika z zastosowania poniższego wzoru (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, s. 38):

$$\frac{(100 - M) * m}{100} + M$$

gdzie:

M – punkty za szkodę większą,

m – punkty za szkodę mniejszą.

Niemcy

Niemcy są przykładem kraju, w którym miarkowanie zadośćuczynienia za krzywdę oraz zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej nie jest uregulowane prawnie (Kwiecień, 2015, s. 131). Niemniej jednak, pomimo systemu prawa kontynentalnego, posiadają dosyć bogate doświadczenie w publikowaniu i korzystaniu z tabel zasądzonych zadośćuczynień w

podobnych sprawach (niem. *Schmerzensgeldtabelle*) (Clausmeyer, 2010, s. 76). I choć tabele te nie są publikowane przez sądy, a przez prywatnych wydawców (Pott, 2020), to „większość składów orzekających najpierw ustala wysokość odszkodowania na podstawie takich zestawień, uwzględniając charakter szkody, a następnie tak uzyskaną kwotę obniża przy użyciu zabiegów matematycznych według stopnia przyczynienia się poszkodowanego. Ocena krzywdy przez sąd nakierowana jest w szczególności na rodzaj poniesionego uszczerbku, rodzaj i długość niezbędnego leczenia, liczbę i rodzaj koniecznych operacji, długość pobytu w szpitalu oraz okres niezdolności do pracy”. Ponadto uwzględnia się dalsze konsekwencje zdarzenia, możliwe inwalidztwo oraz winę sprawcy, a przypadku braku ubezpieczenia OC sprawcy – również trudną sytuację majątkową sprawcy (Clausmeyer, 2010, s. 68-69).

Polska

Polska jest przykładem kraju, który nie posiada znormalizowanego lub normatywnego systemu miarkowania zadośćuczynienia pieniężnego za szkodę na osobie. Znamienny okazał się jednak rok 2016 i powołanie przez Komisję Nadzoru Finansowego (dalej: KNF) - Forum Zadośćuczynień, w celu ustabilizowania i przewidywalności wypłat zadośćuczynień. Jest to niejako konsekwencja wcześniejszych działań uporządkowywania obszaru likwidacji szkód komunikacyjnych³³. Celem Forum Zadośćuczynień było przygotowanie projektu rozwiązań legislacyjnych pozwalających uregulować miarkowanie zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej i ich wypłaty przez zakłady ubezpieczeń w związku z ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017, s. 4-5).

W 2017 r. Urząd Komisji Nadzoru Finansowego opublikował Informację dotyczącą wyników prac Forum Zadośćuczynień. Wyniki prac zaprezentowano z podziałem na dwa zespoły zadaniowe. Zespół Zadaniowy 1 dokonał analizy aktów prawnych oraz przygotował propozycję regulacji przepisów dotyczących zadośćuczynienia z tytułu śmierci osoby bliskiej. Zaproponowano zmianę brzmienia art. 446 § 5 k.c. oraz dodanie art. 36b do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

³³ Wcześniej, KNF w dniu 16 grudnia 2014 r. wydał Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych (Komisja Nadzoru Finansowego, 2014) oraz w dniu 21 czerwca 2016 r. KNF wydał Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów (Komisja Nadzoru Finansowego, 2016).

Tabela 2.10. Propozycja kwot zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w Polsce

Uprawniony	Dodatkowe okoliczności	Wysokość świadczenia / dodatku		Współczynnik zadośćuczynienia	
		baza UKNF	baza UKNF i PIU	baza UKNF	baza UKNF i PIU
Małżonek		75 000 zł	56 000 zł	18,53	13,84
Dziecko	W wieku poniżej 13 lat	71 750 zł	50 279 zł	17,73	12,42
	W wieku 13-17 lat	61 750 zł	43 271 zł	15,26	10,69
	W wieku 18-25 lat	50 875 zł	35 651 zł	12,57	8,81
	W wieku powyżej 25 lat	39 125 zł	27 417 zł	9,67	6,77
	<i>Jeśli śmierć obojga rodziców</i>	+ 10 000 zł	+ 7 008 zł	2,47	1,73
	<i>Jeśli wspólne gospodarstwo</i>	+ 8 250 zł	+ 5 781 zł	2,04	1,43
	<i>Jeśli jedynek</i>	+ 10 000 zł	+ 7 008 zł	2,47	1,73
Rodzic	Dziecko w wieku poniżej 18 lat	80 000 zł	53 943 zł	19,77	13,33
	<i>Jeśli jedynek</i>	+ 20 000 zł	+ 13 486 zł	4,94	3,33
	Dziecko w wieku 18-25 lat	65 000 zł	43 829 zł	16,06	10,83
	<i>Jeśli jedynek</i>	+ 10 000 zł	+ 6 743 zł	2,47	1,67
	<i>Jeśli wspólne gospodarstwo</i>	+ 10 000 zł	+ 6 743 zł	2,47	1,67
	Dziecko w wieku powyżej 25 lat	55 000 zł	37 086 zł	13,59	9,16
	<i>Jeśli jedynek</i>	+ 10 000 zł	+ 6 743 zł	2,47	1,67
	<i>Jeśli wspólne gospodarstwo</i>	+ 2 000 zł	+ 3 371 zł	0,49	0,83
Rodzeństwo	W wieku poniżej 26 lat	23 750 zł	20 140 zł	5,87	4,98
	W wieku co najmniej 26 lat	21 250 zł	18 020 zł	5,25	4,45
	<i>Jeśli wspólne gospodarstwo</i>	+ 7 500 zł	+ 6 360 zł	1,85	1,57
Wnuk		10 000 zł	10 000 zł	2,47	2,47
	<i>Jeśli wspólne gospodarstwo</i>	+ 3 375 zł	+ 3 375 zł	0,83	0,83
Dziadek/babcia		15 600 zł	11 332 zł	3,85	2,80
	<i>Jeśli wspólne gospodarstwo</i>	+ 5 362 zł	+ 3 895 zł	1,32	0,96
Kwota bazowa		Przeciętne wynagrodzenie (4 047,21 zł w 2016 r.)			

Źródło: (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017, s. 17)

Do przedstawionych propozycji Zespołu Zadaniowego 1 załączono stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości, które krytycznie oceniło nieuwzględnienie przez Zespół Zadaniowy 1 aktualnych prac Ministerstwa Sprawiedliwości nad propozycją samodzielnej instytucji „powetowania” z art. 446 § 4 k.c. Natomiast Zespół Zadaniowy 2 dokonał analizy 3 700 prawomocnych wyroków sądowych obejmujących łącznie 7 500 uprawnionych, zapadłych w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2016 r. i dotyczących wypłat zadośćuczynienia z tytułu śmierci z umów ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego wydanych na podstawie art. 446 § 4 k.c. oraz art. 448 w związku z art. 24 § 1 k.c. (szerzej: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017a, s.7-10).

Finalnie, Forum Zadośćuczynień przygotowało propozycję wyceny wysokości zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w formie tabelarycznej (tabela 2.10). Przy czym, kalkulacja zadośćuczynienia (wysokość świadczenia / dodatku) jest wynikiem iloczynu współczynnika zadośćuczynienia oraz kwoty bazowej, gdzie (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017, s. 17-18):

Współczynnik zadośćuczynienia – czynnik, na podstawie którego wyliczana jest wysokość świadczenia / dodatku.

Kwota bazowa – przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej na podstawie art. 20 pkt 1 lit. a Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (w tabeli 2.10 przyjęto 4 047,21 zł).

Propozycja Forum Zadośćuczynień wysokości zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej uwzględnia zamknięty krąg uprawnionych do małżonka, dziecka, rodzica, rodzeństwa, wnuka oraz dziadka i babci. Wysokość świadczenia w tabeli 2.10 jest medianą dla poszczególnych kategorii uprawnionych, przy założeniu addytywności świadczeń dodatkowych. Propozycja wysokości świadczenia została podzielona na dwie grupy – bazę KNF i bazę PIU. Bazę KNF stanowią wyniki analizy 3 700 prawomocnych wyroków sądowych. Natomiast bazę PIU stanowią wyniki analizy uznań dokonywanych przez zakłady ubezpieczeń (baza PIU zawiera 2 500 spraw) oraz ugód zawieranych pomiędzy uprawnionymi a zakładami ubezpieczeń (baza

PIU zawiera 2 700 spraw)³⁴. Pomimo tabelarycznej formy propozycja Forum Zadośćuczynienia ma charakter kalkulatora wysokości zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej, ponieważ ostateczny wynik jest iloczynem współczynnika oraz zmiennej będącej kwotą bazową – przeciętnego wynagrodzenia.

Szwecja

Przykład Szwecji pokazuje rozwój instytucji zadośćuczynienia na przestrzeni czasu. Bowiem roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne z tytułu śmierci osoby bliskiej było początkowo wykluczone w szwedzkim porządku prawnym (Bagińska, 2010, s. 51). W pierwszej kolejności w myśl Ustawy z dnia 15 grudnia 1975 r. o szkodach komunikacyjnych (szw. *Trafikskadela* 1975:1410) poszkodowanemu w wypadku komunikacyjnym nadano uprawnienie do odszkodowania. Aby zagwarantować odpowiednią wysokość odszkodowań, szwedzki prawodawca zobowiązał zakłady ubezpieczeń do niezobowiązującej konsultacji z Krajową Komisją ds. Szkód na Osobie Poniesionych w Wypadkach Drogowych. Dopiero następnie uznano zasadność zadośćuczynienia za ból i cierpienie wynikające ze śmierci innej osoby i ugruntował się pewien standard wysokości zadośćuczynienia w kwocie 25 000 SEK (około 2 400 EUR). I choć w sprawie z 2004 r. szwedzki Sąd Najwyższy uznał, że standard ten powinien zostać utrzymany, to w rozstrzyganej sprawie przyznał zadośćuczynienie w wysokości 50 000 SEK. Dalej, w 2006 r. szwedzki Sąd Apelacyjny przyznał 75 000 SEK zadośćuczynienia za uszczerbek psychiczny siedmioletniemu chłopcu, będącego świadkiem zastrzelenia jego matki. W szwedzkiej judykaturze dość mocno ugruntowały się dwie wysokości zadośćuczynienia, jako te „standardowe”, lecz nie maksymalne. Bowiem jeżeli poszkodowany jest w stanie udowodnić, że uszczerbek psychiczny trwał ponad rok, to zadośćuczynienie może być wyższe. Zwykle jednak, zadośćuczynienie z tytułu bólu i cierpienia wynikającego ze śmierci szczególnie bliskiego członka rodziny wynosi 25 000 SEK. Natomiast w przypadku zabójstwa oraz w razie wypadku drogowego spowodowanego rażącym niedbalstwem, bądź wypadku obejmującego wielu poszkodowanych, zasądzane zadośćuczynienie wynosi zazwyczaj 50 000 SEK (Prager, 2010, s. 90-92). Przykład Szwecji jest zatem znamienym dowodem potrzeby indywidualizacji

³⁴ Według danych PIU struktura wypłacanych zadośćuczynień kształtuje się następująco: 39% to uznania zakładów ubezpieczeń, 37% to ugody zawierane pomiędzy uprawnionymi a zakładami ubezpieczeń, oraz 24% to wyroki sądu (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017, s. 16).

miarkowania zadośćuczynienia, pomimo niemal powszechnego przyjęcia i stosowania zryczałtowanej kwoty zadośćuczynienia za śmierć bliskiej osoby.

Wielka Brytania

System prawa precedensowego (ang. *common law*) istotnie różni się od systemu prawa kontynentalnego, stąd wszelkie porównania rozwiązań w tych dwóch systemach powinny uwzględniać kontekst systemowy, w szczególności w przypadku podobieństwa, synonimów czy wręcz tożsamości nazwy danych instytucji. Pomimo tej znaczącej różnicy, brytyjskie rozwiązania ustalania wysokości odszkodowania charakteryzują się ponad dwudziestoletnim doświadczeniem oraz prawem precedensowym uzupełnionym w niektórych obszarach ramową regulacją ustawową. W efekcie, prawnicy reprezentujący strony są w stanie na tyle dokładnie obliczyć wysokość odszkodowania, że proces sądowy okazuje się zbędny, a porozumienie stron często udaje się osiągnąć w drodze negocjacji (Watson, 2010, s. 94).

Podstawowym prawem poszkodowanego jest roszczenie za szkody niemajątkowe (ang. *general damages*) obejmujące ból i cierpienie oraz doznanie ograniczeń życiowych w konsekwencji uszczerbku (ang. *PSLA – pain and suffering, loss of amenity*). Podstawą miarkowania wysokości zadośćuczynienia w Wielkiej Brytanii są wytyczne *Guidelines for the Assessment of General Damages in Personal Injury Cases* (Kwiecień, 2015, s. 126), w 2019 r. wydana została już 15-sta wersja opracowana przez brytyjskie Kolegium Sędziowskie (ang. *Judicial College*). Zgodnie z wytycznymi, wysokość zadośćuczynienia jest uzależniona od zakresu szkody i jest określona w przedziale kwotowym, który ma jedynie charakter orientacyjny. Następnie, doprecyzowuje się wysokość zadośćuczynienia opierając się na wcześniejszym orzecznictwie w podobnych przypadkach (Watson, 2010, s. 94-95). Brytyjskie wytyczne mają postać tabelaryczną i dany przedział kwotowy uzależniony jest od rodzaju szkody. Wyróżniono 13 medycznych obszarów szkodowych, w skład których wchodzi szkody skutkujące śmiercią (ang. *Injuries resulting in death*), przez szkody powodujące paraliż (ang. *Injuries involving paralysis*), czy szkody psychiatryczno-psychologiczne (ang. *Psychiatric and psychological damage*), aż po szkody we włosach (ang. *Damage to hair*) oraz drobne szkody (ang. *Minor injuries*) (szerzej: Judicial College, 2019, s. 1-88). Część brytyjskich tabel w zakresie szkód skutkujących śmiercią oraz paraliżem została zaprezentowana w tabeli 2.11.

Tabela 2.11. Wytyczne wyceny zadośćuczynienia za szkody osobowe w Wielkiej Brytanii

Rodzaj szkody	Zakres szkody	Wysokość zadośćuczynienia	Wysokość zadośćuczynienia z uwzględnieniem 10% podwyżki
1. Szkody skutkujące śmiercią	(A) Śmierć w pełnej świadomości (ang. <i>Full Awareness</i>)	£10 700 - £20 320	£11 770 - £22 350
	(B) Śmierć następującej po co najmniej 3-godzinnej nieprzytomności (ang. <i>Followed by Unconsciousness</i>)	£8 970 - £9 100	£9 870 - £10 010
	(C) Śmierć po 6 tygodniach z występującą wcześniej nieprzytomnością (ang. <i>Immediate Unconsciousness/Death within Six Weeks</i>)	£3 210 - £3 750	£3 530 - £4 120
	(D) Śmierć po 1 tygodniu z występującą wcześniej nieprzytomnością (ang. <i>Immediate Unconsciousness/Death within One Weeks</i>)	£1 170 - £2 390	£1 290 - £2 620
	(E) Dla rodziców za cierpienia psychiczne młodych dzieci związane z obawą zbliżającej się śmierci (ang. <i>Mental Anguish</i>)	£3 980	£4 380
2. Szkody powodujące paraliż	(a) Porażenie czterokończynowe (ang. <i>Tetraplegia</i>)	£276 940 – £344 640	£304 630 – £379 100
	(b) Porażenie poprzeczne (ang. <i>Paraplegia</i>)	£186 890 – £242 490	£205 580 – £266 740
	(c) W przypadku śmierci z nieznanых powodów w okresie około 2 lat od zdarzenia dla młodych osób dorosłych cierpiących na porażenie poprzeczne (ang. <i>Shorter durations</i>)	£42 090	£46 300

Źródło: opracowano na podstawie (Judicial College, 2019, s. 1-4)

Dodatkowego komentarza wymaga skrajna kolumna zawierająca 10% podwyżkę wysokości zadośćuczynienia. Podwyżka ta nie jest bowiem wynikiem waloryzacji, a efektem implementacji reformy Jacksona z 2013 r. Zatem, obie kolumny z wytycznymi w zakresie wysokości zadośćuczynienia uznaje się za aktualne, jednakże jak wskazują autorzy wytycznych – aktualnie znacząca część spraw w zakresie zadośćuczynienia za szkodę na osobie obejmuje 10% podwyżkę (Judicial College, 2019, s. xvii).

Włochy

Dwoma podstawowymi roszczeniami z tytułu szkody niemajątkowej uznawanymi przez włoską judykaturę jest zadośćuczynienie za naruszenie możliwości wykonywania czynności życia codziennego oraz osobistych (it. *danno biologico*) oraz zadośćuczynienia za ból i cierpienie (it. *danno morale*). Pierwsze zadośćuczynienie uzależnia się od stopnia czasowego lub trwałego inwalidztwa i wieku poszkodowanego. Włoskie sądy przyznają poszkodowanemu zryczałtowaną kwotę zadośćuczynienia za każdy dzień inwalidztwa czasowego lub za każdy procent inwalidztwa trwałego. Przy czym, dla ok. 60% orzeczeń podstawą są zryczałtowane zadośćuczynienia orzekane przez sąd w Mediolanie, a dla ok. 30% orzeczeń – te orzekane przez sąd w Rzymie. Przykładowe zryczałtowane kwoty zadośćuczynienia za czasowe inwalidztwo orzekane przez sąd w Mediolanie wynosi 65,15 EUR za 1 dzień, natomiast zryczałtowane kwoty zadośćuczynienia za trwałe inwalidztwo orzekane przez sąd w Mediolanie przedstawiono w tabeli 2.12. Kwota przewidziana za jednoprocenowy uszczerbek rośnie logarytmicznie wraz ze wzrostem stopnia trwałego inwalidztwa, ale maleje liniowo, proporcjonalnie do wieku poszkodowanego – o 0,005% za każdy rok życia (Ponzanelli i Baroni, 2010, s. 82-83).

Pewnym przełomem we włoskim porządku prawnym był rok 2006 wraz z uchwaleniem ustawy nr 209/2006 wprowadzającej szczególne rozwiązania dotyczące szkód powstałych w wypadkach z udziałem pojazdów w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC, w której zapowiedziano stworzenie systemu ustalenia wartości jednego punktu procentowego trwałego inwalidztwa opartego na kalkulacji w stosunku do inwalidztwa w przedziale 10-100% (Kwiecień, 2015, s. 143). Zaś dla inwalidztwa w stopniu od 1% do 9%, ustawa przewiduje 720,95 EUR za pierwszy punkt procentowy, a zryczałtowana kwota rośnie logarytmicznie wraz ze wzrostem stopnia inwalidztwa i maleje liniowo wraz ze wzrostem wieku poszkodowanego

– o 0,005% za każdy rok życia powyżej 11 lat. Przy czym, zgodnie z art. 139 § 3 ustawy nr 209/2006, sąd uwzględniając szczególne okoliczności poszkodowanego, może orzec wyższe odszkodowanie, ale nie więcej niż o 20% kwoty zryczałtowanej. W przypadku czasowego całkowitego inwalidztwa, ustawodawca wprowadził zryczałtowaną kwotę odszkodowania za każdy dzień – 42,06 EUR (Ponzanelli i Baroni, 2010, s. 83-84). Warto dodać, że w przeciwieństwie do Polski czy Francji, we Włoszech roszczenie o odszkodowanie wygasa wraz ze śmiercią poszkodowanego, zatem nie przechodzi na spadkobiercę (Bagińska, 2010, s. 49).

Tabela 2.12. Zryczałtowane kwoty zadośćuczynienia za trwałe inwalidztwo we Włoszech

Uszczerbek trwałego inwalidztwa	Wiek poszkodowanego			
	1 rok	20 lat	50 lat	80 lat
1%	1 047,00 €			
15%				21 906,00 €
30%			85 242,00 €	
60%		342 249,00 €		

Źródło: opracowano na podstawie (Ponzanelli i Baroni, 2010, s. 82-83).

Drugie zadośćuczynienie, za ból i cierpienie (it. *danno morale*), początkowo zasądzano w wysokości 25-50% kwoty zadośćuczynienia za *danno biologico*. Jednakże zgodnie z czterema przełomowymi orzeczeniami włoskiego Sądu Najwyższego z 2008 r., krzywdy moralnej nie można kwantyfikować w postaci procentowo wyrażonej części *danno biologico*. W konsekwencji, orzeczenia te wyznaczają nowy sposób oceny szkód niemajątkowych, traktujący krzywdę za jednolitą i kompleksową kategorię (Ponzanelli i Baroni, 2010, s. 83).

Odrębną kategorią odszkodowania jest zadośćuczynienie z tytułu śmierci osoby bliskiej. We Włoszech jest ono przewidziane w przepisach szczególnych (Bagińska, 2010, s. 52). Na podstawie art. 2059 włoskiego kodeksu cywilnego, przysługuje prawo zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny zmarłego za wyrządzoną krzywdę: *de iure hereditatis* - za krzywdę zmarłego z okresu od popełnienia czynu skutkującego śmiercią do czasu śmierci oraz *de iure proprio* – za ból, cierpienie i choroby najbliższych członków rodziny wynikające ze śmierci danej osoby. Przy czym podkreśla się, że do orzeczenia o krzywdzie w związku ze śmiercią osoby bliskiej nie wystarczy jedynie istnienie więzi rodzinnej. Wymagane jest bowiem udowodnienie istnienia faktycznej więzi emocjonalnej ze zmarłym oraz istotności naruszenia, jakiego więź ta

doznała. Zwykle wymiar zadośćuczynienia za krzywdę ustalany jest na podstawie następujących kryteriów (Ponzanelli i Baroni, 2010, s. 84-85):

- siła więzi emocjonalnej ze zmarłym,
- wspólne zamieszkiwanie,
- wiek bezpośrednio poszkodowanego,
- wiek pośrednio poszkodowanych,
- stopień brutalności czynu,
- liczba członków rodziny po śmierci bezpośrednio poszkodowanego.

Tabela 2.13. Kwoty zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego we Włoszech

Przedziały wymiaru zadośćuczynienia ustanowione przez sąd w Mediolanie			Przykładowe zasądzone zadośćuczynienia przez sąd w Rzymie	
Krzywda	minimalne	maksymalne	W związku ze śmiercią 55-letniej kobiety	Krzywda
Każdemu rodzicowi za krzywdę wynikającej ze śmierci syna	106 376,00 EUR	212 752,00 EUR	85 050,00 EUR	Matce za krzywdę wynikającej ze śmierci córki
Synowi za krzywdę wynikającej ze śmierci rodzica			121 500,00 EUR	Synowi zamieszkującego wspólnie ze zmarłą za krzywdę wynikającej ze śmierci matki
			97 200,00 EUR	Synowi niezamieszkującego wspólnie ze zmarłą za krzywdę wynikającej ze śmierci matki
Współmałżonkowi albo osobie żyjącej wspólnie i stale, na sposób małżeński (<i>more uxorio</i>) za krzywdę wynikającej ze śmierci partnera				
Rodzeństwu za krzywdę wynikającej ze śmierci brata	21 275,00 EUR	127 651,00 EUR	42 900,00 EUR	Bratu za krzywdę wynikającej ze śmierci siostry

Źródło: (Ponzanelli i Baroni, 2010, s. 85-86)

Mając na uwadze powyższe kryteria, ustalenie wysokości zadośćuczynienia za ból i cierpienie osoby bliskiej zmarłego uznawane jest na skomplikowane i wymagające indywidualnej oceny. W tabeli 2.13 zestawiono przedziały wysokości zadośćuczynienia dla

osób bliskich zmarłego ustanowionych przez sąd w Mediolanie wraz z przykładowym zasądzonym zadośćuczynieniem dla osób bliskich zmarłej 55-letniej kobiety przez sąd w Rzymie.

Podsumowanie

Analiza systemów wyceny zadośćuczynienia za szkodę osobową w krajach europejskich pozwala wyróżnić dwa widoczne podejścia systemowe. Pierwsze – „miękkie”, funkcjonujące w Austrii, Francji i Niemczech - sprowadza się do opracowania zestawień kwot zadośćuczynienia w bardziej (Francja) lub mniej (Niemcy) formalnej formie, jednakże publikowane tabele pełnią jedynie funkcje pomocnicze dla składu orzekającego. Nietypowym rozwiązaniem są austriackie taryfy sądowe, które mają zastosowanie jedynie w przypadku drobnych szkód. Drugie podejście systemowe – „twarde”, cechuje się większym stopniem zobowiązania, choć i tutaj można zauważyć pewne różnice. Stosunkowo drobiazgowy system belgijski pozostawia jednak sporo miejsca na indywidualny osąd, pełniąc bardziej funkcję wskazówki dla sądów niż kalkulatora. Za najbardziej normatywny system miarkowania zadośćuczynienia można uznać hiszpański, ponieważ jako jedyny został opublikowany w formie aktu prawnego. Nie jest on jednak systemem kompletnym, ponieważ nie uwzględnia miarkowania zadośćuczynienia za ból i cierpienie. Co zresztą można zauważyć również w Belgii czy we Włoszech.

Za najbardziej dojrzały system należy uznać rozwiązanie stosowane w Wielkiej Brytanii. I choć same tabele nie mają postaci aktu prawnego, to jednak na podstawie wytycznych publikowanych przez Kolegium Sędziowskie, strony sporu mogą na tyle dokładnie obliczyć wysokość odszkodowania, że proces sądowy nie jest konieczny. Należy jednak podkreślić odmiennność systemu prawnego funkcjonującego w Wielkiej Brytanii oraz spore, bo ponad 20-letnie doświadczenie w korzystaniu z tablic wysokości zadośćuczynienia. Ciekawym rozwiązaniem charakteryzują się Włochy, bowiem pomimo systemu prawa kontynentalnego i głębokich korzeni prawa rzymskiego, włoskie sądy w 90% ustalają wysokość zadośćuczynienia na podstawie ryczałtowych zadośćuczynień orzekanych przez sąd w Mediolanie i w Rzymie, co nosi charakter prawa precedensowego. Warto również odnotować propozycję Forum Zadośćuczynień w zakresie miarkowania zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego w Polsce. Opublikowane tabele nie mają co prawda wiążącego charakteru, jednakże zważając na zakres prac oraz szerokie grono ekspertów zaangażowanych w Forum, propozycję tę należy

uznać za istotną i być może będzie stanowić podstawę prac legislacyjnych, a już teraz może stanowić nieformalną wskazówkę dla sędziów oraz stron sporu.

Należy podkreślić, że przedmiotem rozwiązań systemowych wyceny zadośćuczynienia za szkody niematerialne w wybranych krajach są różne świadczenia. I tak można wyróżnić:

- zadośćuczynienie za ból i cierpienie (w Austrii – jedynie dla drobnych szkód),
- zadośćuczynienie za naruszenie możliwości wykonywania czynności życia codziennego oraz osobistych (Włochy),
- zadośćuczynienie za utratę radości z życia (w Belgii i we Francji),
- zadośćuczynienie za śmierć bliskiej osoby (w Belgii, Niemczech, Hiszpanii, propozycja Forum Zadośćuczynień w Polsce, Szwecji, Włoszech),
- zadośćuczynienie za cierpienia ofiary poprzedzające zgon (w Belgii, Wielkiej Brytanii³⁵ oraz Włoszech),
- zadośćuczynienie za szkodę, której sprawca zapobiegł wystąpieniu trwałych bólów i uszkodzeń (w Belgii).

Istotną cechą niemal wszystkich systemów będących przedmiotem niniejszej analizy jest pozostawienie pewnej swobody w ustalaniu wysokości zadośćuczynienia z tytułu szkody na osobie. Swoboda ta ma najczęściej postać przedziału proponowanych kwot lub wskazania istotnych czynników wpływających ostatecznie na wysokość zadośćuczynienia w danym przypadku. Wśród nich, na podstawie przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu, można wyróżnić:

- poziom bólu,
- czas trwania bólu,
- zakres szkody,
- wysokość uszczerbku na zdrowiu,
- czas trwania następstw szkody,
- wiek poszkodowanego,
- dochód netto poszkodowanego,
- przeciętne wynagrodzenie w kraju,

³⁵ Zadośćuczynienie dla rodziców za cierpienia psychiczne dzieci związane z obawą zbliżającej się śmierci (ang. *Mental anguish*)

- okoliczności rodzinne,
- wspólne gospodarstwo domowe (wspólne zamieszkiwanie),
- jedynactwo,
- relacja poszkodowanego z ofiarą,
- siła więzi emocjonalnej z ofiarą,
- istotność naruszenia więzi z ofiarą,
- liczba członków rodziny po śmierci ofiary,
- śmierć obojga rodziców,
- przyczyny powstania wypadku,
- stopień brutalności czynu sprawczego.

Rozdział 3. Determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego – badanie empiryczne

3.1. Przedmiot i założenia metodyczne badania

W Polsce w latach 2013-2017 do sądów rejonowych wpłynęło 1146 spraw o odszkodowanie i zadośćuczynienie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia³⁶ i 4284 sprawy do sądów okręgowych I instancji – co łącznie daje średnio 1086 pozwów rocznie. Około 24% z nich skończyło się uwzględnieniem roszczenia powoda w całości lub w części (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2018). Skala zjawiska skłania do przeprowadzenia pogłębionej analizy.

Przedmiotem badania są wszystkie wyroki wydziałów cywilnych sądów powszechnych (sądów I i II instancji) w sprawie błędu medycznego (N = 283), opublikowane na portalu orzeczeń sądów powszechnych³⁷. Zakres czasowy badania dotyczy wyroków sądów powszechnych opublikowanych w latach 2013-2019. Badana próba dotyczy zarówno wyroków sądów rejonowych i okręgowych I instancji (dalej: sądów II instancji) (N1=153), w których przyznano 77 zadośćuczynień, jak i wyroków sądów okręgowych II instancji i sądów apelacyjnych (dalej: sądów II instancji) (N2=130), w których rozpatrzono 154 roszczonych zadośćuczynień.

Dodatkowo przedmiotem badania są wszystkie wyroki Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego dostępne w bazie orzeczeń³⁸ w przyjętym okresie. I choć było jedynie osiem spraw w zakresie błędu medycznego rozpatrywanych przez Sąd Najwyższy, to wnioski Sądu Najwyższego zostaną uwzględnione przede wszystkim w analizie jakościowej ze względu na oddziaływanie wyroków Sądu Najwyższego na praktykę orzeczniczą. Zakres czasowy badania dotyczy wyroków Sądu Najwyższego opublikowanych w latach 2013-2019.

Z uwagi na sytuację epidemiczną w Polsce (spowodowaną wirusem SARS-CoV-2), skutkującą między innymi ograniczeniem pracy sądów, z przeprowadzonego badania wykluczono wyroki orzeczone w latach 2020-2023. Należy zatem podkreślić, że przedmiotem badania są wyroki opublikowane przed epidemią.

³⁶ Przez służbę zdrowia rozumie się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a także Skarb Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego jako strona pozwana w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2018).

³⁷ <https://orzeczenia.ms.gov.pl>

³⁸ http://www.sn.pl/orzecznictwo/SitePages/Baza_orzeczen.aspx

Za liczebność próby w badaniu przyjęto liczbę zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego, a nie liczbę wyroków, ponieważ w jednym wyroku zasądzano czasami kilka zadośćuczynień o różnej wysokości i dla różnych osób.

W badaniu empirycznym dokonano następujących kroków badawczych, które są realizacją pierwszego i drugiego etapu wnioskowania indukcyjnego niezupełnego, stanowiącego przyjętą metodę badawczą i opisanego we wstępie niniejszej pracy. W pierwszym kroku wykonano analizę pogładową wszystkich wyroków będących przedmiotem badania. Następnie skategoryzowano wyroki sądów I instancji jako uznające roszczenie, oddalające powództwo i wstępne, a wyroki sądów II instancji jako oddalające apelację, uchylające zaskarżony wyrok, umarzające postępowanie i uznające apelację. Następnym krokiem w badaniu empirycznym było opracowanie bazy danych.

Opierając się na wynikach wstępnej analizy oraz studium literaturowym, wyodrębniono 4 grupy czynników, w ramach których wyznaczono 27 czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, z czego 26 pełniło rolę kryteriów oceny wyroków sądów I instancji oraz 1 czynnik (zmiany wysokości zadośćuczynienia w wyniku apelacji) - wyroków sądów II instancji. Autor przygotował macierz o wymiarach 26x77 pełniącą rolę bazy danych czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego zasądzonych w wyrokach sądów I instancji i będącej przedmiotem dalszej analizy. Natomiast, na podstawie wyroków sądów II instancji w sprawie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, przygotowano macierz o wymiarach 18x154 w celu uzupełnienia danych z wyroków sądów I instancji o 1 czynnik – zmianę wysokości zadośćuczynienia w wyniku postępowania odwoławczego, a także w celu analizy ilościowo-jakościowej względu na rolę wyroków sądów II instancji.

Finalnie, na potrzeby niniejszej dysertacji, na podstawie 283 wyroków wraz z uzasadnieniami (w badanej próbie średnia objętość uzasadnienia do wyroku wynosi 13 stron w formacie A4) sądów powszechnych, przygotowano własną bazę danych w formie 2 macierzy o łącznej liczbie rekordów – 4774. Przygotowanie własnej bazy danych polegało na poszukiwaniu i identyfikacji w każdym uzasadnieniu do wyroku każdego z przyjętych czynników (jako osobny rekord w bazie danych) wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. W kolejnym kroku dokonano analizy jakościowo-ilościowej własnej bazy danych z wykorzystaniem miar statystycznych.

Na podstawie analizy wyroków sądów I i II instancji, analizy wyroków Sądu Najwyższego oraz studium literatury przedmiotu, zidentyfikowano determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Celem badania jest identyfikacja determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, by móc je zaprezentować w kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym.

Na potrzeby analizy czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, zastosowano współczynnik korelacji Pearsona (r_p) oraz współczynnik rang Spearmana (r_s). Współczynnik korelacji Pearsona stosuje się, gdy dane są przybliżone do rozkładu normalnego i gdy relacje między zmiennymi są liniowe. Może być mniej adekwatny w przypadku danych o charakterze nieliniowym lub danych zawierających obserwacje odstające. Współczynnik rang Spearmana stosuje się, gdy dane nie spełniają założeń rozkładu normalnego lub gdy relacje między zmiennymi nie są liniowe. Jest używany w przypadku zmiennych o charakterze rangowym lub porządkowym. Jest bardziej odporny na obserwacje odstające niż współczynnik Pearsona i przydatny w przypadku małych prób (Cohen, 1977; Kendall, 1948, s. 29).

Dodatkowo, w pracy przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$, a test istotności (p) obliczono przy pomocy poniższego wzoru na statystykę testową (t). Do oceny istotności testu przyjęto skalę trzystopniową: $<0,1(*)$, $<0,05(**)$ i $<0,01 (***)$ (Filipek, 2018).

$$t = \frac{r}{\sqrt{\frac{1-r^2}{n-2}}}$$

gdzie:

r – wartość współczynnika korelacji

n – liczebność próby

Natomiast, na potrzeby grupowania obserwacji, liczebność przedziałów (k) określano przy pomocy poniższego wzoru (Swan i Sanddilands, 1995, s. 447):

$$k = \sqrt{n}$$

gdzie:

n – liczebność obserwacji

Dodatkowo, w pracy przyjęto następujące założenie dotyczące interpretacji korelacji (Filipek, 2018):

- brak zależności / bardzo słaba zależność $<0; 0,2)$

- słaba zależność $<0,2; 0,4)$
- umiarkowana zależność $<0,4; 0,7)$
- silna zależność $<0,7; 0,9)$
- bardzo silna zależność $<0,9; 1>$.

Udział liczby opublikowanych wyroków w sprawie błędu medycznego, będących przedmiotem badania, w stosunku do liczby wszystkich wyroków sądów powszechnych w sprawie błędu medycznego mieści się od 8% w 2013 roku do 19% w 2015 roku. W badaniu wyroków sądów I instancji czynniki wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego zostały podzielone na cztery grupy czynników: organizacyjne, ekonomiczno-społeczne, medyczne i prawne. Czynniki organizacyjne dotyczą danych o procesie sądowym. Czynniki ekonomiczno-społeczne obejmują między innymi wysokość roszczonego zadośćuczynienia, ale także pozostałe cechy poszkodowanego, na przykład wiek powoda czy pokrewieństwo powoda z poszkodowanym. Przez czynniki medyczne rozumie się czynniki związane z procesem leczenia, w tym przyczynę i zakres szkody. Ostatnia grupa – czynniki prawne, zawiera dane o podstawach prawnych odpowiedzialności podmiotu leczniczego, inkubacji szkody, pozostałych cechach prawnych procesu sądowego, a także zmiany wysokości zadośćuczynienia wskutek apelacji. W poszukiwaniu determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, każde z 77 zadośćuczynień zasądzonych w 153 wyrokach sądu I instancji zostało przeanalizowane pod kątem 26 czynników. Ponadto 154 zadośćuczynienia zasądzone w 130 wyrokach sądów II instancji oceniono pod kątem 1 czynnika – zmiany wysokości zadośćuczynienia. Zatem łącznie rozpatrywano 27 czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego:

1. Czynniki organizacyjne:

- Rok wyroku
- Region apelacji
- Długość trwania procesu
- Rodzaj podmiotu pozwanego

2. Czynniki ekonomiczno-społeczne:

- Wysokość roszczonego zadośćuczynienia
- Zwolnienie powoda z kosztów procesu
- Konsekwencje w życiu

- Wiek powoda z dnia szkody
- Pokrewieństwo powoda z poszkodowanym

3. Czynniki medyczne:

- Przyczyna szkody
- Rodzaj przyczyny szkody
- Rodzaj błędu medycznego
- Zakres uszczerbku lub krzywdy
- Rodzaj uszczerbku lub krzywdy
- Wysokość uszczerbku na zdrowiu
- Specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny
- Rodzaj leczenia – stacjonarne lub ambulatoryjne

4. Czynniki prawne:

- Podstawa prawna odpowiedzialności
- Podstawa prawna przyznania świadczenia
- Procent wygrania sprawy
- Powołanie interwenienta ubocznego
- Okres między wystąpieniem przyczyny a powstaniem szkody
- Okres między powstaniem szkody a ujawnieniem szkody
- Okres między ujawnieniem szkody a zgłoszeniem roszczenia
- Okres między zgłoszeniem roszczenia a złożeniem pozwu
- Łączny czas inkubacji szkody
- Zmiana wysokości zadośćuczynienia wskutek apelacji.

Warto nadmienić, że katalog analizowanych czynników wynika z ograniczonego dostępu do danych, a w istocie, do treści uzasadnienia wyroku sądu. Po pierwsze, objętość treści uzasadnienia wyroku potrafi znacząco różnić się między wyrokami (od kilku do kilkudziesięciu stron w formacie A4), po drugie dane są zanonimizowane, a po trzecie wyroki opublikowane posiadają jedynie odwołania do dowodów w sprawie, lecz same dowody nie są publikowane. Ponadto, sądy uzasadniając wyrok ograniczają treść do wymaganego minimum pozwalającego wydać osąd w sprawie, choć dysponują dostępem do szerszej informacji. Mimo wszystko, w przedmiotowym badaniu opisy stanu faktycznego zawarte w uzasadnieniach do wyroków w zakresie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego pozwalają dokonać analizy i oceny

przyjętych czynników wysokości zadośćuczynienia, jednakże należy pamiętać o istniejących ograniczeniach badania empirycznego.

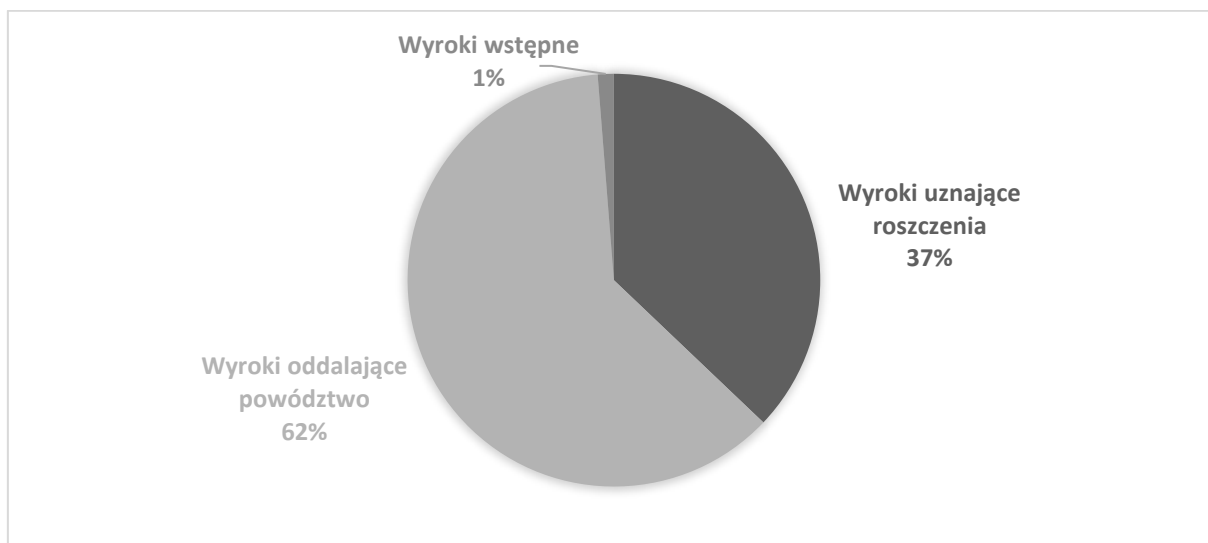
Należy podkreślić, że w pojedynczych przypadkach ocena wyroków sądów powszechnych pod kątem wszystkich przyjętych czynników była niemożliwa, ze względu na brak kompletnej informacji o stanie faktycznym w uzasadnieniach do wyroków. Na przykład część uzasadnień do wyroków nie zawierało informacji o wieku powoda czy okresie inkubacji szkody. Stąd też, w wybranych przypadkach liczba analizowanych zadośćuczynień (n) nie była tożsama z liczebnością całej próby (N). Ponadto należy podkreślić, że przyjęte 27 czynników wysokości zadośćuczynienia nie można uznać za katalog zamknięty. Występują też inne, które mogłyby stanowić dodatkowe kryteria oceny w przedmiotowej analizie, jednak ze względu na ograniczenia wynikające z zakresu danych i metodyki publikacji uzasadnień do wyroków sądów powszechnych, było to niewykonalne. Przykładowo, czynnikiem niemożliwym do wykorzystania w przedmiotowym badaniu, ze względu na animizację imion, była płeć poszkodowanego lub osoby jemu bliskiej. Inną egzemplifikacją takiego czynnika był rodzaj wykonywanej pracy przez poszkodowanego, który w ocenie Sądu Najwyższego (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1967 r., sygn. akt I CR 224/67, OSNCP 1968, poz. 107, za: Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 stycznia 2019 r., s. 11) stanowi determinantę wysokości zadośćuczynienia, a który nie jest podawany w uzasadnieniach do wyroków sądów powszechnych i nie mógł być użyty w tej analizie. Powyższe stanowi pewne ograniczenie prowadzonego badania, które warto wziąć pod uwagę przy formułowaniu wniosków końcowych.

Kolejną kwestię, która także jest pewnym ograniczeniem tego badania, stanowi region apelacji wyroków sądów I instancji. Pomimo że autor przeanalizował wszystkie opublikowane wyroki w badanym okresie, to należy podkreślić znaczący udział wyroków apelacji łódzkiej (52%) w stosunku do pozostałych regionów. Pozostałe regiony apelacji - białostocka, gdańska, katowicka, poznańska, warszawska, wrocławska – charakteryzują się podobnym udziałem w wyrokach ogółem (od 4% do 9%). Jedynie wyroki apelacji krakowskiej i rzeszowskiej stanowią tylko po 1% w ogólnej liczbie wyroków w przedmiotowym badaniu.

3.2. Analiza czynników wysokości zadośćuczynień z tytułu błędów medycznych przyznanych w wyrokach sądów I i II instancji

3.2.1 Charakterystyka badanej próby wyroków sądów I instancji

Wyroki sądów I instancji zostały w pierwszej kolejności podzielone na uznające roszczenie (37%), oddalające powództwo (62%) oraz wstępne (1%) (wykres 3.1). W dużym uproszczeniu, na podstawie przeprowadzonego badania, można stwierdzić, że tylko co trzeci pozew, kończył się wyrokiem uznającym roszczenie.



Wykres 3.1. Wynik wyroków sądów I instancji

Źródło: opracowanie własne

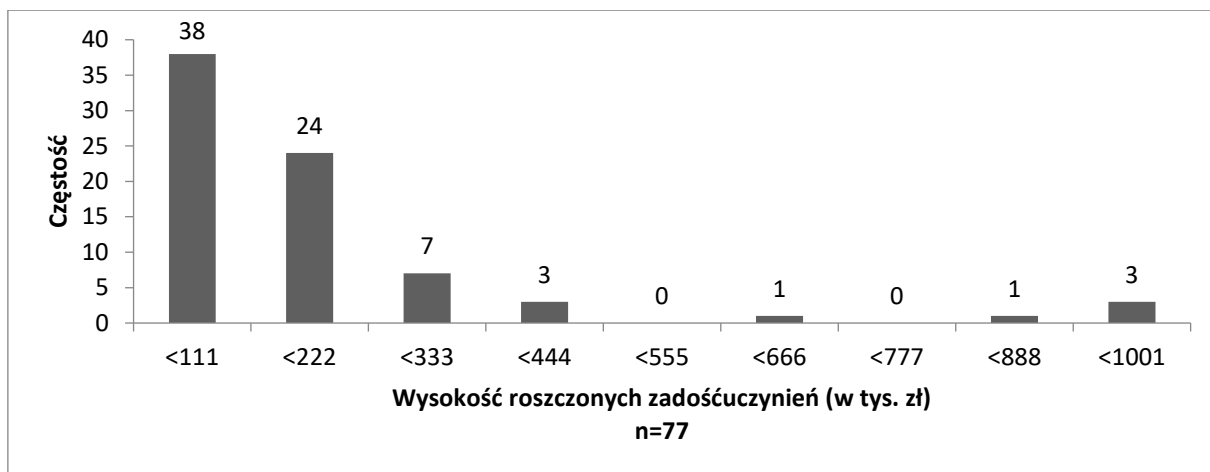
Tabela 3.1. Statystyka opisowa wysokości roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji

Rodzaj świadczenia	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
I instancja - roszczone zadośćuczynienie	8	85	118	184	200	1 000	202	2,8	8,3	77
I instancja - zasądzone zadośćuczynienie	4	20	60	109	100	1 000	191	3,8	14,8	
różnica wysokości roszczenia i zasądzanego zadośćuczynienia	0	10	50	75	100	579	95	2,57	9,73	
iloraz zasądzanego zadośćuczynienia i wysokości roszczenia	3%	24%	50%	54%	80%	100%	32%	-	-	

Źródło: opracowanie własne

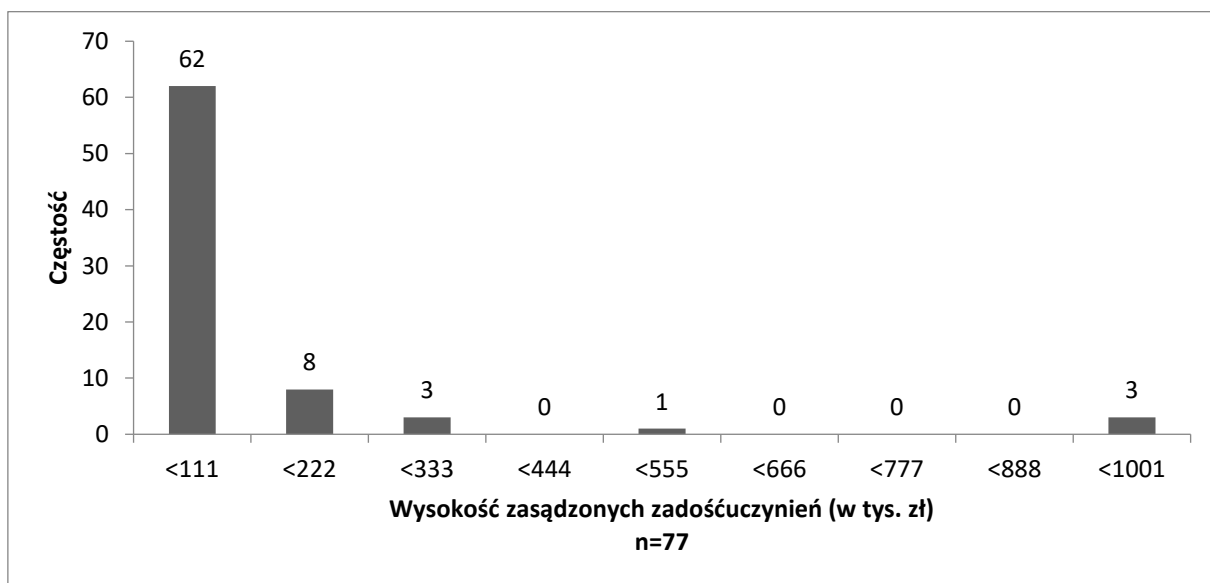
W tabeli 3.1 przedstawiono statystykę opisową dla wysokości roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji. W badanej próbie 25% roszczonych zadośćuczynień (q_1) nie przekracza 85 tys. zł. Mediana wysokości roszczonego zadośćuczynienia wynosi 118 tys. zł, a średnia arytmetyczna 184 tys. zł. 75% roszczonych świadczeń (q_3) nie przekracza 200 tys. zł, natomiast wartość minimalna to 8 tys. zł roszczonego zadośćuczynienia. Odchylenie standardowe w badanej próbie wynosi 202 tys. zł, co potwierdza dużą różnicę między medianą a średnią arytmetyczną oraz dużą wartość maksymalną i stosunkowo małą liczebność próby. Współczynnik skośności w badanej próbie wynosi 2,8, zatem rozkład jest prawoskośny. Ze względu na wysoki współczynnik koncentracji (8,3) intensywność wartości skrajnych jest większa niż dla rozkładu normalnego. W badanej próbie 25% zasądzonych zadośćuczynień (q_1) nie przekracza 20 tys. zł. Mediana wysokości zasądzanego zadośćuczynienia wynosi 60 tys. zł, a średnia arytmetyczna 109 tys. zł. 75% zasądzonych świadczeń (q_3) nie przekracza 109 tys. zł, natomiast wartość minimalna to 4 tys. zł, a wartość maksymalna wynosi 1 mln zł zasądzanego zadośćuczynienia. Odchylenie standardowe w badanej próbie wynosi 191 tys. zł, co potwierdza dużą różnicę między medianą a średnią arytmetyczną oraz dużą wartość maksymalną. Współczynnik skośności w badanej próbie wynosi 3,8, zatem przedmiotem badania jest rozkład prawoskośny. Natomiast ze względu na bardzo wysoki współczynnik koncentracji (14,8) badany rozkład należy interpretować jako leptokurtyczny. Mając na uwadze powyższe, próba badania nie ma znamion reprezentatywności, zatem należy uznać poglądowy charakter badania.

Na wykresach 3.2 i 3.3 zaprezentowano histogram dla wysokości odpowiednio roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień w badanej próbie. Zgodnie z przyjętym założeniem o liczebności przedziałów i ich równej długości, wyodrębniono 9 przedziałów zbioru danych (0-110 tys. zł, 111-221 tys. zł, 222-332 tys. zł, 333-443 tys. zł, 444-554 tys. zł, 555-665 tys. zł, 666-776 tys. zł, 777-887 tys. zł, 888-1001 tys. zł). Oba histogramy potwierdzają rozkład asymetryczny w badanej próbie, choć należy podkreślić znacznie większy współczynnik skośności i kurtozy dla zasądzonych zadośćuczynień niż dla roszczonych. Warto zauważyć, że aż 49% obserwacji mieści się w pierwszym przedziale od 0 do 111 tys. zł roszczonego zadośćuczynienia, a w przypadku zasądzanego zadośćuczynienia aż 80% należy do pierwszego przedziału, co w kontekście zarządzania ryzykiem błędu medycznego skłania do pogłębionej analizy.



Wykres 3.2. Histogram wysokości roszczonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji

Źródło: opracowanie własne



Wykres 3.3. Histogram wysokości zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji

Źródło: opracowanie własne

3.2.2 Czynniki organizacyjne

Pierwszym wyodrębnionym czynnikiem organizacyjnym jest region apelacji. W badanej próbie wyroki pochodzą z 9 regionów apelacji: białostockiej, gdańskiej, katowickiej, krakowskiej, łódzkiej, poznańskiej, rzeszowskiej, warszawskiej i wrocławskiej. Żaden analizowany wyrok nie pochodzi z regionu apelacji lubelskiej i szczecińskiej. W tabeli 3.2

zaprezentowano liczebność zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w podziale na region apelacji. Nieco ponad 50% analizowanych zadośćuczynień pochodzi z wyroków sądów I instancji z regionu łódzkiego (n=40). Ze względu na małą liczebności próby w pozostałych regionach apelacji (n= min. 1, max. 7), na potrzeby niniejszego badania, pozostałe 8 regionów połączono w jeden w celu wykazania ewentualnych różnic między wysokością zadośćuczynień w regionie łódzkim a pozostałymi regionami.

Tabela 3.2. Liczba zasądzonych zadośćuczynień w sądach I instancji a region apelacji

	białostocka	gdańska	katowicka	krakowska	łódzka	poznańska	rzeszowska	warszawska	wrocławska
n	5	7	6	1	40	3	1	7	7

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3.3. przedstawiono różnice miar statystycznych dla wysokości zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego między regionem łódzkim a pozostałymi regionami z próby. Porównywane regiony charakteryzują się zbliżonymi wartościami minimalnymi, medianą, średnią arytmetyczną, 3. kwartylem, wartością maksymalną, odchyleniem standardowym, skośnością i kurtozą, a także liczebnością (n). Jedynie wartość 1. kwartyla jest dwa razy większa w pozostałych regionach (30 tys. zł) niż w regionie łódzkim (15 tys. zł). I choć wpływa to na mniejszy współczynnik kurtozy, to jednak nie można wskazać istotnych różnic w wysokości zasądzonego zadośćuczynienia między regionem łódzkim a pozostałymi regionami.

Tabela 3.3. Wysokość zasądzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a region apelacji

Region apelacji	Min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	Mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	Max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
łódzka	5	15	60	105	100	1 000	174	4,0	18,5	40
pozostałe	4	30	60	112	100	1 000	211	3,7	13,5	37

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym badanym czynnikiem organizacyjnym jest długość trwania procesu w sprawie błędu medycznego w sądach I instancji. W tabeli 3.4 przedstawiono podstawowe miary statystyczne dla długości trwania procesu (w pełnych miesiącach) dotyczącego błędu medycznego. 50% procesów trwa od 23 miesięcy (niecałe 2 lata) do 56 miesięcy (niecałe 5 lat). Najdłuższy proces trwał 106 miesięcy (niecałe 9 lat), a najkrótszy 3 miesiące. Mediana długości trwania procesu to 40 miesięcy (ponad 3 lata), a odchylenie standardowe – 21 miesięcy (niecałe 2 lata). W badanej próbie, w zakresie długości trwania procesu o zadośćuczynienie z

tytułu błędu medycznego, współczynnik skośności wynosi 0,57, a współczynnik koncentracji wynosi 0,16, zatem przedmiotem badania jest rozkład prawoskośny i platokurtyczny, choć zbliżony do rozkładu normalnego. Natomiast ograniczona liczebność badanej próby ($n=70$) wynika z braku danych w 7 analizowanych wyrokach o długości trwania procesu.

Tabela 3.4. Długość trwania procesu w sądach I instancji

	min.	q1	mediana	średnia arytm.	q3	max.	odchylenie stand.	skośność	kurtoza	n
Długość trwania procesu (w pełnych miesiącach)	3	23	40	41	56	106	21	0,57	0,16	70

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie współczynnika korelacji Pearsona (r_P) dla długości trwania procesu i mediany wysokości zasądanego zadośćuczynienia, można stwierdzić, że badane zmienne nie są zależne liniowo, pomimo dodatniej wartości współczynnika korelacji. W badanej próbie na podstawie współczynnika korelacji rang Spearmana (r_S), można zaobserwować dodatnią, choć słabą zależność i istotną statystycznie (tabela 3.5). Związek przyczynowo-skutkowy może polegać na tym, że im bardziej skomplikowana sprawa (np. wymagająca powołania większej liczby świadków i biegłych), tym większy rozmiar szkody u poszkodowanego, a co za tym idzie – wyższa kwota zasądanego zadośćuczynienia. Z drugiej strony, kiedy przyczyna szkody jest bezpośrednia i łatwa do określenia, to zadośćuczynienie wcale nie musi być niskie. Zatem, w badanej próbie nie można uznać długości trwania procesu za determinantę wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego ze względu na brak korelacji pomiędzy zmiennymi, a także brak przesłanek jakościowych.

Tabela 3.5. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i długości trwania procesu w sądach I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność (p)
r_P	0,172	0,153
r_S	0,267	0,026**

Źródło: opracowanie własne

Uzależnienie wysokości zadośćuczynienia od czynnika czasu można również rozpatrywać w ujęciu na poszczególne lata wydania wyroku. Dla każdego roku wydania wyroku obliczono

podstawowe miary statystyczne wysokości zadośćuczynienia (tabela 3.6.). Ze względu na małą liczebność próby w poszczególnych latach, brakuje podstaw do rozszerzonej analizy wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w poszczególnych latach. Ponadto, współczynnik korelacji rang Spearmana wskazuje na bardzo słabą i negatywną zależność i jest nieistotny statystycznie (tabela 3.7). Zatem, w badanej próbie z upływem czasu wydania wyroku mediana wysokości zadośćuczynienia spada, choć zależność ta jest znikoma. Ewentualnej przyczyny można dopatrywać się w znaczącym wzroście roszczeń z tytułu błędu medycznego w latach 2010-2012 i pewną stabilizacją wysokości roszczonych zadośćuczynień w kolejnych latach.

Tabela 3.6. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji w latach 2013-2019

rok	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
2013	10	20	25	50	60	150	53	1,75	2,82	6
2014	15	60	88	207	100	1 000	338	2,24	3,64	14
2015	10	40	60	60	90	120	34	0,15	-0,94	15
2016	8	45	80	84	90	300	79	2,21	6,10	11
2017	4	23	60	135	225	500	163	1,39	1,13	11
2018	5	10	33	109	51	900	252	3,35	11,42	12
2019	10	19	48	68	113	150	60	0,58	-1,60	8

Źródło: opracowanie własne

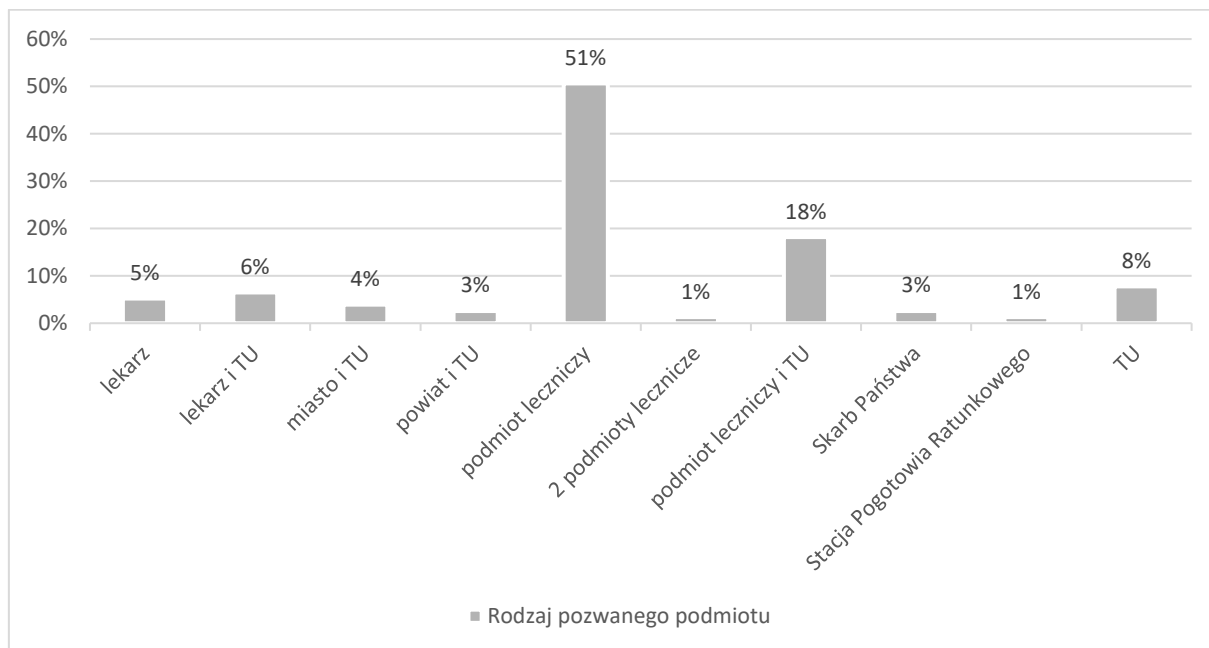
Tabela 3.7. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i roku wydania wyroku sądów I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność (p)
r_s	-0,128	0,267

Źródło: opracowanie własne

Analizowane wyroki w sprawie błędu medycznego dotyczą różnych pozwanych. Aż 51% pozwanych stanowią podmioty lecznicze (w znaczącej części szpitale), kolejne 18% to wyroki, w których pozwanym jest podmiot leczniczy i ubezpieczyciel (na wykresie: TU) – razem 69% wyroków dotyczy podmiotu leczniczego. Następnie - 11% wyroków dotyczy spraw, gdzie pozwanym jest lekarz (5%) lub lekarz i ubezpieczyciel (6%). Warto również zauważyć, że w 8% wyroków pozwanym jest ubezpieczyciel, a w 7% wyroków pozwanym jest jednostka samorządu terytorialnego (miasto – 4% i powiat – 3%) i ubezpieczyciel. Tylko 3% stanowią

wyroki, gdzie pozwanym jest Skarb Państwa, a w 1% - stacja pogotowia ratunkowego (wykres 3.4).



Wykres 3.4. Rodzaj pozwanego podmiotu w wyrokach sądów I instancji

Źródło: opracowanie własne

Uzależnienie wysokości zadośćuczynienia od rodzaju pozwanego podmiotu stanowi kolejną próbę poszukiwania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Z analizy wykluczono podmioty, których wolumen spraw był znikomy (stacje ratownictwa medycznego oraz Skarb Państwa). Ze względu na małą liczebność próby w poszczególnych grupach ($n < 10$), w dalszej analizie uwzględniono jedynie zadośćuczynienia przyznane w procesach przeciwko podmiotowi leczniczemu oraz podmiotowi leczniczemu i ubezpieczycielowi lub ubezpieczycielowi. Wyodrębnienie tych dwóch grup pozwoli jednak na analizę skutków udziału ubezpieczyciela w roli pozwanego lub współpozwanego w procesie o zadośćuczynienie z tytułu błędu medycznego. Dla spraw, gdy pozwanym jest tylko podmiot leczniczy, należy co prawda uwzględnić możliwość wystąpienia interwenienta ubocznego w osobie ubezpieczyciela, jednakże interwencja uboczna miała miejsce jedynie w 13% spraw w badanej próbie.

W tabeli 3.8. zaprezentowano podstawowe miary statystyczne dla wyodrębnionych grup podmiotów pozwanych. O ile wartość minimalna, 1. kwartyl, mediana oraz wartość

maksymalna wysokości zasądzonego zadośćuczynienia są zbliżone w przypadku, gdy pozwanym jest sam podmiot leczniczy lub ubezpieczyciela, to zarówno średnia arytmetyczna, 3. kwartył i odchylenie standardowe są znacząco większe w przypadku, gdy w roli pozwanego lub współpozwanego występuje ubezpieczyciel (tabela 3.8). Współczynnik skośności w obu próbach jest zbliżony (odpowiednio 4,06 i 2,62), zatem jest rozkład bardzo prawoskośny. Natomiast ze względu na bardzo wysoki współczynnik koncentracji (18,44) dla procesów, gdy pozwanym był tylko podmiot leczniczy oraz wysoki współczynnik koncentracji (5,97) dla grupy, gdy w rolę pozwanego pełnił ubezpieczyciel lub ubezpieczyciel z podmiotem leczniczym, obie grupy charakteryzują się rozkładem leptokurtycznym. Ze względu na jakościowy charakter zmiennej i brak logicznych przesłanek do nadawania rang – rodzaju podmiotu pozwanego, w analizie pominięto badanie korelacji współczynnikiem Pearsona i współczynnikiem Spearmana.

Tabela 3.8. Wysokość zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji a rodzaj pozwanego podmiotu

Rodzaj podmiotu pozwanego	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Podmiot leczniczy	7	30	70	102	100	900	158	4,06	18,44	39
Podmiot leczniczy i TU lub TU	4	38	85	175	128	1 000	290	2,62	5,97	20

Źródło: opracowanie własne

Podsumowując, w przedmiotowym badaniu wyodrębniono cztery czynniki organizacyjne w wyrokach sądów I instancji: region apelacji, rok wyroku, długość trwania procesu i rodzaj pozwanego podmiotu. Istotnym czynnikiem organizacyjnym jest rodzaj podmiotu pozwanego. Można zaobserwować, że w przypadku, gdy w roli pozwanego lub współpozwanego występuje ubezpieczyciel, zasądzone zadośćuczynienia charakteryzują się zdecydowanie większym odchyleniem standardowym i o 30% większą wartością 3. kwartyłu. Można podejrzewać, że jeżeli przedmiot sporu jest większy to strona powodowa częściej pozywa lub współpozywa ubezpieczyciela. Pozostałe czynniki organizacyjne należy uznać za statystycznie nieistotne.

3.2.3 Czynniki ekonomiczno-społeczne

Kolejną badaną grupą czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego są czynniki ekonomiczno-społeczne. Do grupy tej należy: wysokość roszczonego

zadośćuczynienia, czy powód został zwolniony z kosztów procesu, konsekwencje w życiu osobistym i społecznym, wiek poszkodowanego, pokrewieństwo powoda z poszkodowanym.

Istotnym czynnikiem ekonomicznym jest kwota roszczonego zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Determinuje ona bowiem maksymalną kwotę zadośćuczynienia, która satysfakcjonuje poszkodowanego. W tabeli 3.1. przedstawiono podstawowe miary statystyczne dla wysokości roszczonego i zasądzanego zadośćuczynienia w sądach I instancji oraz ich różnicy i ilorazu. Dla wartości minimalnej, mediany, i trzeciego kwartylu – wysokość zasądzanego zadośćuczynienia wynosi ok. 50% wysokości roszczonego zadośćuczynienia. Znaczącą różnicę można zaobserwować dla pierwszego kwartyla, gdzie wysokość zasądzanego zadośćuczynienia wynosi tylko 24% wysokości roszczonego zadośćuczynienia. Obie zmienne charakteryzuje rozkład bardzo prawoskośny i leptokurtyczny. Ze względu na czasową rozbieżność roszczonego i zasądzanego zadośćuczynienia pominięto badanie korelacji między tymi dwoma zmiennymi.

Cechą dającą informację o ocenie sądu sytuacji życiowej powoda jest zwolnienie powoda z kosztów procesu. W 70% badanych wyroków uznających roszczenie powód został zwolniony z kosztów procesu, w 21% od powoda zasądzono poniesienie kosztów procesu w części, natomiast 9% stanowią sprawy, które powód wygrał w 100%. W tabeli 3.9 przedstawiono podstawowe miary statystyczne dla wysokości zasądzanego zadośćuczynienia w podziale na zwolnienie i brak zwolnienia powoda z kosztów procesu. Obie zmienne charakteryzują się zbliżonymi wartościami dla wartości minimalnej, 1. kwartylu, mediany, średniej arytmetycznej i 3. kwartylu. Można natomiast zaobserwować znaczną różnicę w wartości maksymalnej, gdy powód nie został zwolniony z kosztów procesu (max. = 300 tys. zł) w porównaniu do wartości maksymalnej, jeżeli powód został zwolniony z kosztów procesu (max. = 1 mln zł). Konsekwentnie wpływa to również na różnicę w odchyleniu standardowym obu zmiennych. Obie zmienne charakteryzuje rozkład prawoskośny i leptokurtyczny. Ze względu na incydentalny charakter wartości maksymalnej i jednocześnie zbliżone wartości pozostałych parametrów, brakuje podstaw do uznania w badanej próbie, czynnika zwolnienia powoda z kosztów procesu za determinantę wysokości zadośćuczynienia. Ze względu na binarny charakter zmiennej objaśniającej, w pracy pominięto badanie korelacji. Badana próba została ograniczona o wyroki, które nie posiadały informacji o zwolnieniu powoda z kosztów procesu.

Tabela 3.9. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a zwolnienie powoda z kosztów procesu

Koszty procesu	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Brak zwolnienia powoda	4	34	60	72	86	300	69	2,56	8,59	16
Zwolnienie powoda	5	20	50	89	98	1 000	153	4,62	25,05	54

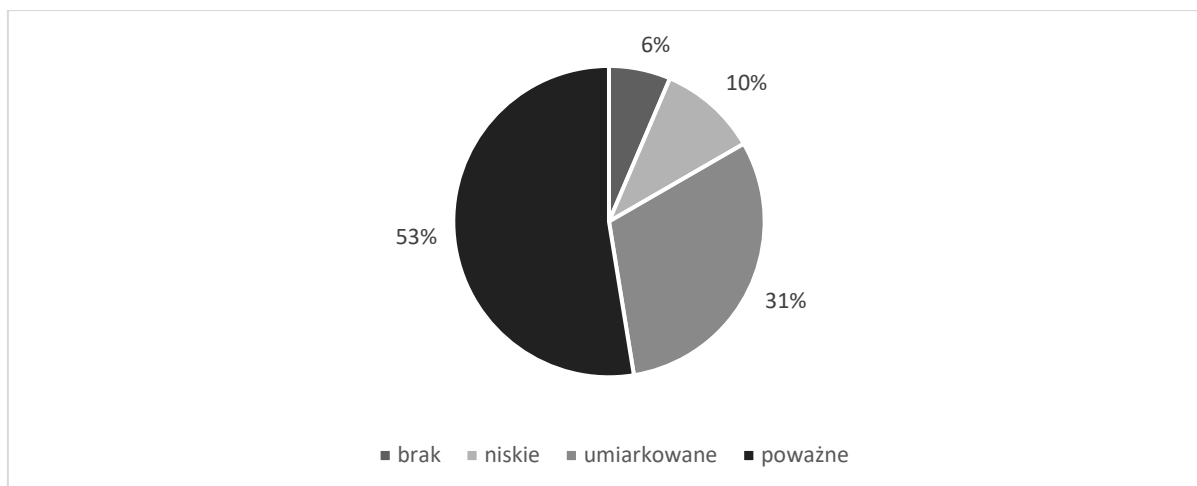
Źródło: opracowanie własne

Istotnym czynnikiem, wielokrotnie podkreślanym zarówno w literaturze przedmiotu³⁹ jak i w uzasadnieniach wyroków⁴⁰, są konsekwencje w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego. Konsekwencje te jednak nie są ustandaryzowane ani znormalizowane. Co więcej, tożsamy stopień konsekwencji przypisywany jest przez sądy do różnych stanów faktycznych.

„Poważne konsekwencje” stanowią 53% przypadków w badanych wyrokach (wykres 3.5). Przypisano je zarówno w przypadku dodatkowych cierpień fizycznych i psychicznych związanych z postępującą martwicą stopy, jak i okołoporodowym mózgowym porażeniem dziecięcym, a także w przypadku jatrogennego uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego, wydłużenie leczenia o 12 miesięcy czy śmierci dziecka. Sądy przypisywały „umiarkowane konsekwencje” do np. zachwiania współżycia z partnerem, wymaganie zwiększonej pomocy osób trzecich, zakażenie i konieczność kolejnego zabiegu, odrzut transplantacji nerki czy konieczność poddania się reoperacji. Umiarkowane konsekwencje były stwierdzane przez sądy w 31% wyroków uznających roszczenie. Natomiast „niskie konsekwencje”, które dotyczą 10% przyznanych zadośćuczynień, opisywały np. opóźnienie prawidłowego leczenia w związku z zaniechaniem podstawowej diagnostyki RTG, blizny pooperacyjne, artroskopia nogi lewej zamiast prawej czy konieczność ponownego nałożenia koron zębów. „Brak konsekwencji” w życiu powoda stwierdzono w tylko 6% wyroków przyznających zadośćuczynienie i dotyczył np. naruszenia praw pacjenta, opóźnienia leczenia o 7 dni czy reamputacji kończyny dolnej.

³⁹ Por. (Daszewski, 2011; Korytkowska-Piaskowska, 2022; Szpunar, 2000; Budzowska, 2014)

⁴⁰ Por. (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1967 r. (sygn. akt I CR 224/67, OSNCP 1968, poz. 107, za: Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 stycznia 2019 r., s. 11; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 1974; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 września 1999 r., sygn. akt III CKN 339/98, OSP 2000 r., nr 4, poz. 66, za: Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 stycznia 2019 r., s. 11)



Wykres 3.5. Konsekwencje w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie

Źródło: opracowanie własne

Przed porównywaniem „takich samych” poważnych konsekwencji poszkodowanego należy mimo wszystko każdy przypadek rozpatrywać indywidualnie, w tym indywidualny rozmiar krzywdy, indywidualne poczucie bólu oraz indywidualne cierpienia psychiczne, a przede wszystkim indywidualne skutki w życiu poszkodowanego. Przyjęcie skali konsekwencji nie służy ustalaniu, które konsekwencje są bardziej lub mniej poważne, lecz przyjęciu pewnej grupy konsekwencji i odróżnieniu jej od innych grup konsekwencji poszkodowanego. Jak już wspomniano, różnice między różnymi konsekwencjami w ramach takiej samej grupy występują i będą występować zupełnie naturalnie. Co istotne, widoczne są pewne granice i zakres krzywdy między grupami konsekwencji u poszkodowanych.

Dla grupy umiarkowanych i poważnych konsekwencji w życiu poszkodowanego obliczono podstawowe parametry wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w badanej próbie (tabela 3.10). Pozostałe grupy (brak i niskie konsekwencje) wykluczono z dalszej analizy ze względu na małą liczebność próby ($n < 10$). Można zauważyć, że wartości wszystkich parametrów statystycznych są większe dla poważnych rozmiarów konsekwencji w życiu powoda, w stosunku do umiarkowanych konsekwencji. Co więcej, wartość minimalna zadośćuczynienia w przypadku poważnych konsekwencji (60 tys. zł) jest większa niż wartość maksymalna w przypadku wystąpienia umiarkowanych konsekwencji (50 tys. zł). Co ciekawe, zadośćuczynienia zasądzone dla poszkodowanego, który doznał umiarkowanych konsekwencji, cechują się w badanej próbie stosunkowo niskim odchyleniem standardowym

(14 tys. zł) w przeciwieństwie do poważnych konsekwencji, dla których odnotowano względnie wysokie odchylenie standardowe (241 tys. zł). Rozkład danych dla umiarkowanych konsekwencji jest lekko prawostronny i zbliżony do rozkładu normalnego (skośność = 0,29) i jest platykurtyczny (kurtoza = -1,26). Natomiast zadośćuczynienia w przypadku poważnych konsekwencji charakteryzuje rozkład prawoskośny (skośność = 2,78) i leptokurtyczny (kurtoza = 6,9).

Ze względu na jakościowy charakter zmiennej – konsekwencje w życiu powoda, a także małą liczbę obserwacji dla braku i niskich konsekwencji w życiu ($n < 10$), w analizie pominięto współczynnik korelacji Pearsona oraz współczynnik korelacji rang Spearmana.

Tabela 3.10. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a konsekwencje w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego

Konsekwencje w życiu powoda	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
umiarkowane	10	15	28	28	40	50	14	0,29	-1,26	24
poważne	60	79	100	186	150	1 000	241	2,78	6,90	40

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym czynnikiem ekonomiczno-społecznym jest wiek poszkodowanego. Na potrzeby przedmiotowego badania przyjęto 5 kategorii wiekowych: niemowlę (<1 rok życia), dziecko (1-17 lat), młody (18-29 lat), średni (30-60 lat) i starszy (>60 lat). W tabeli 3.11 przedstawiono podstawowe miary statystyczne wysokości zadośćuczynienia dla kolejnych kategorii wieku z wyłączeniem wieku dziecięcego ze względu na małą liczebność próby ($n < 10$) oraz zadośćuczynień zasądzonych poszkodowanym, dla których nie można było określić wieku na podstawie uzasadnienia do wyroku. Widoczne są zdecydowanie najwyższe wartości zastosowanych miar statystycznych dla wieku niemowlęcego. W większości przypadków dotyczą one okołoporodowego porażenia mózgowego. Co ciekawe, zdecydowanie największą wartość minimalną zasądzzonego zadośćuczynienia zaobserwowano dla poszkodowanych w wieku starszym (40 tys. zł) w stosunku do pozostałych wartości minimalnych dla poszkodowanych w wieku niemowlęcym, młodym i średnim (kolejno 8 tys. zł, 7 tys. zł i 5 tys. zł). Zdecydowanie najniższymi kwotami charakteryzują się zadośćuczynienia przyznane osobom w wieku średnim, 75% świadczeń nie przekracza 85 tys. zł. W przypadku osób w wieku młodym i starszym, 75% zadośćuczynień nie przekracza odpowiednio 100 tys. zł i 135 tys. zł.

Dla poszkodowanych w wieku młodym i starszym odnotowano zbliżone wartości 1. kwartyłu, mediany, średniej arytmetycznej i 3. kwartyłu zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego. Jedynie najniższą wartość maksymalną zaobserwowano dla młodych poszkodowanych (100 tys. zł) w stosunku do 300 tys. zł wartości maksymalnej dla poszkodowanych w wieku średnim i starszym oraz 1 mln zł odszkodowania przyznanego w wieku niemowlęcym. Lewostronnym rozkładem charakteryzują się zadośćuczynienia zasądzone poszkodowanym w wieku młodym (skośność = -1,38). Dla wieku średniego i starszego rozkład zadośćuczynień przybiera postać prawostronnego (skośność odpowiednio 2,15 i 1,85). Zadośćuczynienia zasądzone niemowlętom, jako jedynej grupie, są najbardziej zbliżone do rozkładu normalnego, choć są prawostronne, i można określić je jako rozkład platykurtyczny (kurtoza = -1,86). Pozostałe grupy wiekowe przybierają postać rozkładu leptokurtycznego.

Tabela 3.11. Wysokość zasądzanego zadośćuczynienia w sądach I instancji a wiek poszkodowanego

Wiek poszkodowanego	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
niemowlę	8	75	300	433	900	1 000	429	0,48	-1,86	9
młody	7	60	100	75	100	100	36	-1,38	1,44	7
średni	5	20	40	60	85	300	59	2,15	6,54	37
starszy	40	60	80	110	135	300	74	1,85	4,13	11

Źródło: opracowanie własne

W kolejnym kroku nadano rangi przyjętym kategoriom wiekowym z wyłączeniem wieku dziecięcego oraz zadośćuczynień zasądzonych poszkodowanym, dla których nie można było określić wieku na podstawie uzasadnienia do wyroku. Następnie obliczono współczynnik korelacji rang Spearmana (-0,079), na podstawie którego można stwierdzić brak zależności między wiekiem poszkodowanego a wysokością zadośćuczynienia. Ze względu na bardzo wysokie zasądzane zadośćuczynienia dla niemowląt (zazwyczaj ze względu na rozmiar szkody), dodatkowo obliczono współczynnik korelacji rang Spearmana dla poszczególnych grup wiekowych – młody, średni i starszy z wyłączeniem niemowląt (r_s') (tabela 3.12). Jednakże i w tym przypadku, w badanej próbie, nie odnotowano zależności i oba wyniki są nieistotne statystycznie.

Tabela 3.12. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i wieku poszkodowanych w wyrokach sądów I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność (p)
r_S	-0,079	0,535
r_S'	0,175	0,200

Źródło: opracowanie własne

Ze względu na zdecydowanie najwyższą medianę, średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe wysokości zadośćuczynienia, pogłębiono analizę danych dla poszkodowanych w wieku niemowlęcym. Wartość minimalna zadośćuczynienia wynosiła 8 tys. zł i jako jedyna sprawa w badanej próbie nie dotyczyła niedotlenienia okołoporodowego – szkoda polegała na zakażeniu gronkowcem naskórnym i wydłużeniu pobytu w szpitalu. Aż 75% zadośćuczynień dla niemowląt było większe lub równe 75 tys. zł. Co więcej, 25% największych zasądzonych kwot mieści się w przedziale od 900 tys. zł do 1 mln zł. Głównym rodzajem błędu medycznego dotyczącego niedotlenienia okołoporodowego jest błąd diagnostyczny lub błąd organizacyjny np. nieprawidłowości w diagnostyce KTG, wybór nieprawidłowej metody przyjęcia porodu lub niezapewnienie sprawnego sprzętu.

Następnym badanym czynnikiem są więzi rodzinne powoda z poszkodowanym w kontekście wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. W aż 30% badanych wyroków powodem jest osoba bliska poszkodowanego. W wyrokach przyznających zadośćuczynienie dla osób bliskich poszkodowanego powodem była matka (39%), ojciec (26%), żona (9%), córka (9%), brat (9%), siostra (4%) i syn (4%). Mając powyższe na uwadze, literaturę przedmiotu oraz aktualną doktrynę, zasadnym jest rozdzielenie zadośćuczynienia dla poszkodowanego oraz osób bliskich poszkodowanego (tabela 3.13).

Wartość minimalna, 1. kwartyl oraz mediana zasądzanych kwot jest wyższa dla osób bliskich (odpowiednio 10 tys. zł, 55 tys. zł i 80 tys. zł) niż dla bezpośrednio poszkodowanych (kolejno 4 tys. zł, 16 tys. zł i 50 tys. zł). Jednak zarówno średnia arytmetyczna jak i wartość maksymalna jest wyższa dla zadośćuczynienia zasądzanego poszkodowanemu (odpowiednio 120 tys. zł i 1mln zł) niż dla osoby bliskiej (kolejno 81 tys. zł i 300 tys. zł). Naturalną konsekwencją jest również znaczna różnica odchylenia standardowego zadośćuczynienia dla poszkodowanego (225 tys. zł) i osoby bliskiej (57 tys. zł). Przyczyną wyżej opisanego stanu jest z pewnością fakt, że aż 83% zadośćuczynień dla osoby bliskiej z tytułu błędu medycznego w

badanej próbie dotyczy śmierci osoby bliskiej. Pozostałe 17% dotyczy naruszenia więzi rodzinnej rodzica z dzieckiem z okołoporodowym niedotlenieniem mózgu.

Tabela 3.13. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj poszkodowanego

Rodzaj poszkodowanego	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Bezpośrednio poszkodowany	4	16	50	120	98	1 000	225	3,22	9,95	54
Osoby bliskie poszkodowanego	10	55	80	81	100	300	57	2,47	9,67	23

Źródło: opracowanie własne

Uogólniając, 100% wyroków dla osób bliskich poszkodowanego dotyczy bardzo poważnej i dotkliwej krzywdy, głównie cierpienie moralnych i psychicznych. To powoduje, że stosunkowo w niewielu wyrokach przyznano niskie zadośćuczynienie (por. 1-szy kwartył), aczkolwiek rozmiar szkody osoby bliskiej poszkodowanego zawsze będzie mniejszy niż rozmiar szkody samego poszkodowanego w przypadkach o największym rozmiarze szkody (por. wartość maksymalna i odchylenie standardowe). Natomiast poszkodowanemu przyznaje się zadośćuczynienia w wielu sprawach o małym i średnim rozmiarze szkody (np. naruszenie praw pacjenta czy wydłużenie czasu leczenia o kilka dni), w których zasądzane kwoty są stosunkowo niskie (por. wartość minimalna, 1-szy kwartył i mediana). Rozkłady obserwacji obu zmiennych są prawostronne i bardzo leptykurtyczne.

Tabela 3.14. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia dla osób bliskich poszkodowanego w sądach I instancji

Relacja osoby bliskiej z poszkodowanym	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
rodzice	10	72,5	80	78,7	100	120	30,6	-1,06	0,51	15

Źródło: opracowanie własne

W ostatniej analizie zadośćuczynienia z tytułu utraty więzi rodzinnych wyodrębniono relację rodziców (matka lub ojciec) z bezpośrednio poszkodowanym (tabela 3.14). Pozostałe relacje osób bliskich wyodrębnione w przedmiotowym badaniu – żona, dziecko (córka lub syn) i rodzeństwo (siostra lub brat), nie zostały uwzględnione ze względu na niską liczebność każdej

z tych grup ($n < 5$). Wartość minimalna zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego dla rodziców wynosi 10 tys. zł. Zarówno w 1. kwartylu, medianie jak i średniej arytmetycznej zadośćuczynień dla osób bliskich poszkodowanego można zauważyć zbliżone wartości w przypadku rodziców poszkodowanego - kolejno 72,5 tys. zł, 80 tys. zł i 78,7 tys. zł). W konsekwencji, można zaobserwować też małe odchylenie standardowe wysokości zadośćuczynienia dla rodziców. I tak, aż 50% zasądzonych zadośćuczynień dla rodziców mieści się w przedziale 72,5 tys. zł – 100 tys. zł. Zadośćuczynienia zasądzone rodzicom jako osobom bliskim poszkodowanego charakteryzują się lewostronnym rozkładem (skośność = -1,06) i można określić je jako rozkład leptykurtyczny (kurtoza = 0,51). Ze względu na jakościowy charakter zmiennej – relacji osoby bliskiej z poszkodowanym oraz małą liczebność próby z wyłączeniem rodziców ($n < 10$), w analizie pominięto badanie korelacji.

Tabela 3.15. Porównanie propozycji Forum Zadośćuczynień kwot zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w związku z wypadkiem komunikacyjnym oraz zadośćuczynienia dla osób bliskich poszkodowanego z tytułu błędu medycznego

Uprawniony	Dodatkowe okoliczności	Mediana wysokości świadczenia / dodatku (baza KNF)	Mediana wysokości świadczenia / dodatku (baza KNF i baza PIU)	Mediana wysokości zasądzanego zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego (badanie własne)
Małżonek		75 000 zł	56 000 zł	95 200 zł
Dziecko	W wieku poniżej 13 lat	71 750 zł	50 279 zł	60 000 zł
	W wieku 13-17 lat	61 750 zł	43 271 zł	
	W wieku 18-25 lat	50 875 zł	35 651 zł	
	W wieku powyżej 25 lat	39 125 zł	27 417 zł	
Rodzic	Dziecko w wieku poniżej 18 lat	80 000 zł	53 943 zł	80 000 zł
	Dziecko w wieku 18-25 lat	65 000 zł	43 829 zł	
	Dziecko w wieku powyżej 25 lat	55 000 zł	37 086 zł	
Rodzeństwo	W wieku poniżej 26 lat	23 750 zł	20 140 zł	20 000 zł
	W wieku co najmniej 26 lat	21 250 zł	18 020 zł	

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, 2017, s. 17) oraz badań własnych

Powyższe warto porównać z propozycją Forum Zadośćuczynień kwot zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w Polsce z tytułu wypadku komunikacyjnego. W tabeli 3.15 można zaobserwować zbliżoną wysokość mediany zadośćuczynienia dla dziecka, rodzica i rodzeństwa. Największą różnicę należy odnotować w wysokości zadośćuczynienia dla małżonka, choć na podstawie badanej próby brakuje podstaw do wyciągania szerszych wniosków ze względu na małą liczbę obserwacji. Powyższe, można również porównać ze świadczeniem kompensacyjnym z tytułu zdarzenia medycznego, przyjętym w stosunkowo niedawno młodej Ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. W odniesieniu do jednego wnioskodawcy, wysokość świadczenia kompensacyjnego w przypadku śmierci pacjenta wynosi od 20 tys. zł do 100 tys. zł (Ustawa z dnia 16 czerwca 2023), co pokrywa się niemal w 100% z medianą wysokości zadośćuczynienia zasądzanego dla osób bliskich poszkodowanego w badanej próbie i jest spójne z propozycją Forum Zadośćuczynień. Należy jednak podkreślić odmienny charakter zadośćuczynienia i świadczenia kompensacyjnego przyznawanego w trybie pozasądowej rekompensacji szkód powstałych na skutek zdarzenia medycznego.

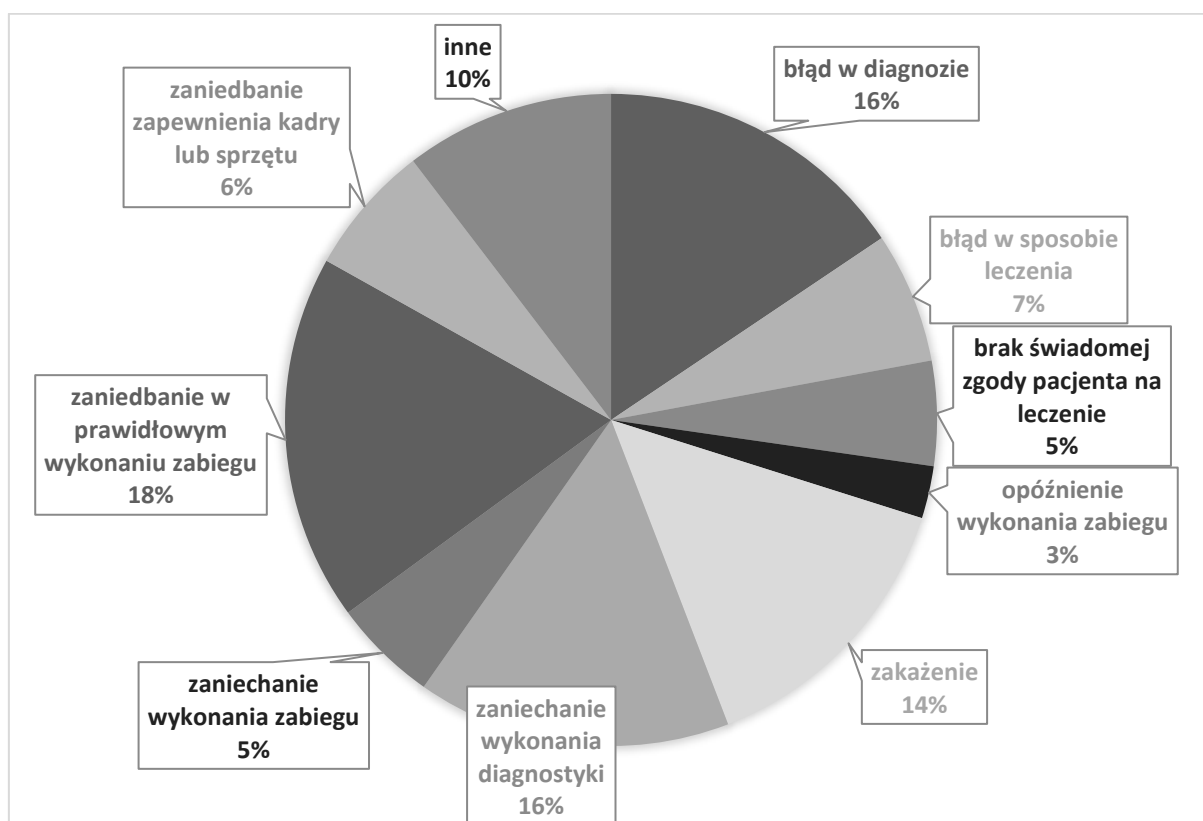
Podsumowując badane czynniki ekonomiczno-społeczne, można stwierdzić, że na wysokość zasądzanego zadośćuczynienia największy wpływ mają: wysokość roszczenia, konsekwencje w życiu osobistym i społecznym, wiek poszkodowanego i rodzaj pokrewieństwa powoda z poszkodowanym. Nie odnotowano natomiast korelacji między zwolnieniem powoda z kosztów procesu a wysokością zasądzanego zadośćuczynienia.

3.2.4 Czynniki medyczne

W kolejnym kroku, w celu określenia determinant wysokości zadośćuczynienia, analizie poddano 8 czynników medycznych: przyczyna szkody, rodzaj przyczyny szkody, rodzaj błędu medycznego, zakres szkody, rodzaj uszczerbku lub krzywdy, wysokość uszczerbku na zdrowiu, specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny oraz rodzaj leczenia jako miejsce przyczyny szkody. W przedmiotowym badaniu rozdzielono przyczynę szkody oraz błąd medyczny. Jak już wskazano na rysunku 1.3, zgodnie z aktualną literaturą oraz najnowszym orzecnictwem, błąd medyczny dotyczy przyczyny szkody. Jednakże typologia błędów medycznych jest bardziej usystematyzowana oraz bardziej ogólna niż przyczyny szkody. Stąd przyjęto autorski podział przyczyny szkody medycznej uwzględniający działanie oraz

zaniechanie (np. błąd diagnostyczny zawiera zarówno działanie – postawienie złej diagnozy, jak i zaniechanie – niewykonanie diagnostyki). Taka propozycja typologii przyczyny szkody medycznej umożliwia lepsze dostosowanie metod kontroli ryzyka, w szczególności prewencji.

W badanej próbie, 18% wyroków dotyczy zaniedbania w prawidłowym wykonaniu zabiegu, 16% - zaniechania wykonania diagnostyki oraz 16% - błędu w prawidłowej diagnozie (wykres 3.6). Następnie, przyczyną szkody w 14% przyznanych zadośćuczynieniach było zakażenie, a 10% dotyczy innych przyczyn. Przez „inne przyczyny szkody” rozumie się zbiór przyczyn, które występowały rzadziej niż w 2% przypadków, należy do nich między innymi: brak poinformowania pacjenta o błędzie medycznym, nieprzekazanie pacjenta do szpitala o wyższym stopniu referencyjności, uniemożliwienie dowiedzenia związku przyczynowego, zaniechanie zlecenia badań kontrolnych, zaniedbanie opieki pielęgniarskiej czy zaniedbanie w zapewnieniu bezpiecznego pobytu. W poniżej 10% wyroków przyczyną szkody były: błąd w sposobie leczenia, zaniechanie zapewnienia kadry lub sprzętu, brak świadomej zgody pacjenta na leczenie, opóźnienie wykonania zabiegu, zaniechanie wykonania zabiegu oraz opóźnienie wykonania zabiegu.



Wykres 3.6. Rodzaj przyczyny szkody w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie

Źródło: opracowanie własne

Tabela 3.16. Wysokość zasądzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj przyczyny szkody

Rodzaj przyczyny szkody	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Błąd w diagnozie	5	9	25	136	128	900	256	2,83	8,52	12
Zakażenie	8	55	80	83	110	150	48	-0,14	-0,75	11
Zaniechanie wykonania diagnostyki	4	29	60	86	75	500	133	3,21	10,76	12
Zaniedbanie w prawidłowym wykonaniu zabiegu	10	50	65	89	113	300	74	1,96	4,66	14

Źródło: opracowanie własne

Dla wyżej wymienionych rodzajów przyczyny szkody medycznej, z wyłączeniem błędu w sposobie leczenia, braku świadomej zgody pacjenta na leczenie oraz zaniechania wykonania zabiegu ze względu na małą próbę ($n < 10$), obliczono podstawowe miary statyczne (tabela 3.16). Wartość minimalna zasądzonego zadośćuczynienia, dla badanych rodzajów przyczyn szkody, nie przekracza 10 tys. zł. Pewne różnice pomiędzy rodzajami przyczyn szkody można zauważyć w 1. kwartylu i medianie wysokości zadośćuczynienia. Najmniejsze kwoty zasądzono, gdy rodzajem przyczyny szkody był błąd w diagnozie. Następnie, 25% zadośćuczynień nie przekracza 29 tys. zł w przypadku zaniechania wykonania diagnostyki, natomiast w 1. kwartylu najwyższe świadczenia odnotowano dla zakażenia oraz zaniedbania w prawidłowym wykonaniu zabiegu (odpowiednio 55 tys. zł i 50 tys. zł). Umiarkowaną medianą wysokości zadośćuczynienia charakteryzują się zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego powstałego wskutek zaniechania wykonania diagnostyki oraz zaniedbania w prawidłowym wykonaniu zabiegu (kolejno 60 tys. zł i 65 tys. zł). 75% zadośćuczynień dla badanych przyczyn mieści się w przedziale 110-128 tys. zł, z wyjątkiem zaniechania wykonania diagnostyki dla których 75% nie przekracza 75 tys. zł. Zdecydowanie najmniejszą wartość maksymalną zaobserwowano w badanej próbie dla zadośćuczynień w związku z zakażeniem. Kolejne wartości maksymalne odnotowano dla zaniedbania w prawidłowym wykonaniu zabiegu (300 tys. zł) oraz zaniechania wykonania diagnostyki (500 tys. zł). Zdecydowanie najwyższą wartością maksymalną charakteryzują się zadośćuczynienia za błąd w diagnozie

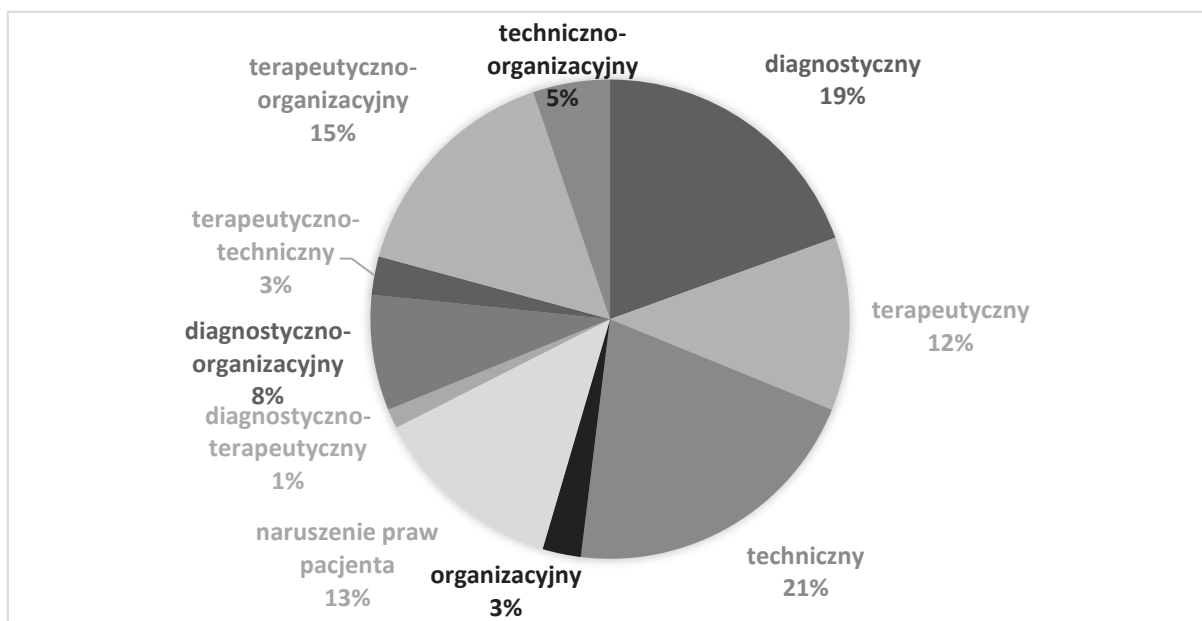
(900 tys. zł). Rozkład badanej próby jest lewostronny i platykurtyczny dla zadośćuczynień za błąd medyczny powstały wskutek zakażenia i jest on zbliżony do rozkładu normalnego. Dla pozostałych przyczyny można zaobserwować rozkład prawostronny i bardzo leptykurtyczny. Ze względu na jakościowy charakter zmiennej – rodzaj przyczyny szkody, w analizie pominięto badanie korelacji.

Podstawowa typologia wyróżnia 4 rodzaje błędu medycznego. Na potrzeby przedmiotowego badania wprowadzono jednak dodatkowe kategorie. Fakt ten wynika, przede wszystkim z ograniczonego dostępu do dokumentacji procesowej oraz niejednokrotnie cienkiej granicy między jednym a drugim rodzajem błędu medycznego w opisie stanu faktycznego i przyczyny szkody w uzasadnieniu do wyroku. Często również szkoda medyczna nie powstaje w wyniku jednego działania lub zaniechania podmiotu leczniczego a zlepku kilku okoliczności. Przykładowo, uszkodzenie układu nerwowego u dziecka powstało w wyniku braków kadrowych, sprzętowych i błędnego wyboru metody przyjęcia porodu. W innej sprawie, wyrządzono długoletnie cierpienia fizyczne na skutek zakażenia bakteriami gronkowca złocistego oraz przedwczesnego wypisania ze szpitala przed uzyskaniem wyników badania mikrobiologicznego - takie okoliczności powstania szkody uniemożliwiają kwalifikację błędu medycznego do jednego rodzaju. Stąd też, przyjęto 6 dodatkowych kategorii błędu medycznego: diagnostyczno-terapeutyczny, diagnostyczno-organizacyjny, terapeutyczno-techniczny, terapeutyczno-organizacyjny oraz techniczno-organizacyjny. Dodatkowo wyodrębniono naruszenie praw pacjenta.

Na wykresie 3.7 przedstawiono udział liczby danego rodzaju błędu medycznego w liczbie wszystkich spraw uznających roszczenie w badanej próbie. Najczęściej przyczyną szkody był błąd techniczny (21%) oraz diagnostyczny (19%). Na uwagę zasługuje również częstotliwość występowania błędu terapeutyczno-organizacyjnego (15%), naruszenia praw pacjenta (13%) i terapeutycznego (12%). Najrzadziej występował błąd terapeutyczno-techniczny (3%) i diagnostyczno-terapeutyczny (1%).

Dla rodzajów błędów medycznych o liczebności próby powyżej 10 ($n > 10$) obliczono podstawowe miary statystyczne (tabela 3.17). Wartość minimalna zadośćuczynienia wynosi 5 tys. zł dla błędów diagnostycznych i naruszenia praw pacjenta, 10 tys. zł dla błędów technicznych oraz nieco więcej – 15 tys. zł dla błędów terapeutyczno-organizacyjnych.

Najmniejszą medianę wysokości zadośćuczynienia odnotowano dla naruszenia praw pacjenta (20 tys. zł). Do umiarkowanej mediany wysokości zadośćuczynienia można zaliczyć te, zasądzone z tytułu błędów diagnostycznych (60 tys. zł). Najwyższą medianą charakteryzuje się zadośćuczynienie z tytułu błędu technicznego (75 tys. zł) i terapeutyczno-organizacyjnego (80 tys. zł). 75% zadośćuczynień nie przekracza 36 tys. zł z tytułu naruszenia praw pacjenta; 100 tys. zł dla błędów technicznych i 105 tys. zł dla błędów diagnostycznych oraz terapeutyczno-organizacyjnych. Ponadto należy podkreślić, że najniższą wartość maksymalną zasądzanego zadośćuczynienia odnotowano dla naruszenia praw pacjenta (85 tys. zł) oraz błędu terapeutyczno-organizacyjnego (150 tys. zł), natomiast największą dla błędów diagnostycznych, gdzie wartość maksymalna wynosi 900 tys. zł. Rozkład badanych czynników jest prawostronny i leptykurtyczny. Jednakże należy podkreślić, że rozkład zadośćuczynień za błędy terapeutyczno-organizacyjne jest jako jedyny bardzo zbliżony do rozkładu normalnego (skośność = 0,08, kurtoza = 0,03). Ze względu na jakościowy charakter zmiennej – rodzaj przyczyny szkody, w analizie pominięto badanie korelacji.



Wykres 3.7. Rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym analizowanym czynnikiem jest rodzaj szkody. Najczęściej występującym w badanej próbie jest śmierć osoby bliskiej (24%). Następny w kolejności rodzaj szkody to uszkodzenie układu nerwowego (16%), dalej opóźnienie w leczeniu (8%) i reoperacja (6%).

Natomiast, zakażenie, wykonanie zabiegu bez zgody, wykonanie niepotrzebnego zabiegu, utrata kończyny, uszkodzenie układu krwionośnego, czy uszkodzenie układu kostno-stawowego, nie przekraczają 5%. Inne szkody wyżej nie ujęte stanowią 20% wszystkich przypadków w badanej próbie.

Tabela 3.17. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj błędu medycznego

Rodzaj błędu medycznego	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Diagnostyczny	5	23	60	126	105	900	227	3,23	11,11	15
Naruszenie praw pacjenta	5	15	20	29	36	85	24	1,66	2,79	10
Techniczny	10	48	75	85	100	300	68	2,26	6,65	16
Terapeutyczno-organizacyjny	15	71	80	88	105	150	39	0,08	0,03	12

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3.18 przedstawiono miary statystyczne dla wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia dla rodzajów szkody – krzywdy związanej ze śmiercią osoby bliskiej, krzywdy bezpośrednio poszkodowanego oraz uszczerbku na zdrowiu. Wartość minimalna zasądzonej kwoty w przypadku obu krzyw wynosi 10 tys. zł, natomiast minimalne zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu to 15 tys. zł. 25% najmniejszych świadczeń stopniuje rodzaj szkody, odpowiednio krzywdę bezpośrednio poszkodowanego (nie przekracza 15 tys. zł), uszczerbek na zdrowiu (nie przekracza 60 tys. zł) oraz krzywdę po śmierci osoby bliskiej (nie przekracza 60 tys. zł). Zbliżoną medianą z kolei charakteryzują się zadośćuczynienia z tyt. śmierci osoby bliskiej oraz uszczerbku na zdrowiu – odpowiednio 77,5 tys. zł oraz 100 tys. zł. Natomiast w przypadku krzywdy bezpośrednio poszkodowanego 50% kwot nie przekracza 20 tys. zł. W trzecim kwartylu można zaobserwować niemal liniowy wzrost zadośćuczynień w związku z uszczerbkiem na zdrowiu (75% nie przekracza 150 tys. zł), i dla osoby bliskiej zmarłego (75% nie przekracza 100 tys. zł) oraz nieznaczny wzrost zadośćuczynień z tyt. krzywdy bezpośrednio poszkodowanego (75% nie przekracza 33 tys. zł). Największą wartość maksymalną zadośćuczynienia odnotowano dla uszczerbku na zdrowiu (1 mln zł), następnie w przypadku krzywdy związanej ze śmiercią osoby bliskiej (300 tys. zł), a najmniejszą w związku z krzywdą bezpośrednio poszkodowanego (120 tys. zł). Wszystkie trzy zmienne charakteryzują się prawostronnym rozkładem i bardzo leptykurtycznym. Ze względu na jakościowy charakter zmiennej – rodzaj przyczyny szkody, ponownie nie analizowano korelacji. Ze względu na

szczególny charakter uszczerbku oraz liczebność obserwacji ($n = 12$) w tabeli 3.18 wyodrębniono podstawowe miary wysokości zadośćuczynienia w związku z uszkodzeniem układu nerwowego. Badane obserwacje charakteryzują się stosunkowo niską wartością minimalną, a 25% zadośćuczynień nie przekracza 58 tys. zł. Dalej, można zauważyć skokowy wzrost, ponieważ mediana wynosi 125 tys. zł, 75% nie przekracza 600 tys. zł, a wartość maksymalna wynosi 1 mln zł.

Tabela 3.18. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj szkody

Rodzaj uszczerbku lub krzywdy	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Krzywda - śmierć osoby bliskiej	10	60	78	83	100	300	61	2,73	10,10	18
Krzywda bezpośredniego poszkodowanego	10	15	20	29	33	120	27	2,86	9,40	16
Uszczerbek na zdrowiu	15	60	100	184	150	1 000	251	2,74	7,11	28
w tym, uszkodzenie układu nerwowego	20	58	125	339	600	1 000	399	1,05	-0,80	12

Źródło: opracowanie własne

Kolejne badanie dotyczyło wysokości uszczerbku na zdrowiu. W badanej próbie aż 44% spraw nie dotyczy uszczerbku na zdrowiu, to znaczy, że przedmiotem szkody jest krzywda, a w 10% przyznano zadośćuczynienie pomimo braku stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu. 25% przyznanych zadośćuczynień dotyczy stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu nie większego niż 5%. Mediana wysokości stwierdzonego uszczerbku w badanej próbie wynosi 20%, a w 75% wyrokach uznających roszczenie uszczerbek nie przekracza 50%. Warto jednak odnotować, że odchylenie standardowe wysokości uszczerbku na zdrowiu w badanej próbie wynosi aż 37%. Ze względu na niską liczebność obserwacji ($n < 10$) w grupach ($k = 5$), nie zaprezentowano podstawowych miar zadośćuczynienia dla 5 grup wysokości uszczerbku na zdrowiu.

W kolejnym kroku zbadano korelację między wysokością zadośćuczynienia a wysokością uszczerbku na zdrowiu (tabela 3.19). Współczynnik korelacji Pearsona i współczynnik korelacji rang Spearmana w badanej próbie ($n = 28$) wynosi odpowiednio 0,615 i 0,693, zatem występuje

umiarkowana zależność dodatnia i jest istotna statystycznie pomiędzy wysokością zasądzonej kwoty a wysokością uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 3.19. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyrokach sądów I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność (p)
r_P	0,615	0,001***
r_S	0,693	0,000***

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3.20 opracowano statystykę opisową dla miarkowania zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego na podstawie wysokości uszczerbku w wyrokach sądów I instancji. W 50% zasądzonych zadośćuczynień (pomiędzy 1. a 3. kwartylem) ich wysokość odpowiada od 3 tys. zł do 7 tys. zł za 1% uszczerbku na zdrowiu, a odchylenie standardowe wynosi 4 tys. zł. Natomiast 25% najwyższych ilorazów zadośćuczynień i wysokości uszczerbku mieści się w przedziale od 7 do 16,7 tys. zł za 1% uszczerbku na zdrowiu. Powyższe może stanowić swoisty kalkulator wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu. Należy jednak podkreślić, że na podstawie współczynnika korelacji Pearsona i współczynnika korelacji rang Spearmana badana zależność jest umiarkowana, a finalnie każde zadośćuczynienie jest miarkowane indywidualnie z uwzględnieniem danych okoliczności i sytuacji poszkodowanego. Niemniej jednak, takie narzędzie może być pomocne w zarządzaniu ryzykiem błędu medycznego na etapie zgłoszenia zdarzenia niepożądanego lub roszczenia do podmiotu leczniczego.

Tabela 3.20. Miarkowanie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego na podstawie wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyrokach sądów I instancji

	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Wysokość zadośćuczynienia za 1% uszczerbku na zdrowiu	0,5	3	3,6	5	7	16,7	4	1,30	1,17	28

Źródło: opracowanie własne

Następnie, wyodrębniono wyroki uznające roszczenie o zadośćuczynienie ze względu na specjalizację poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny. Aż 25% błędów

medycznych w badanej próbie miało miejsce na oddziale ginekologii i położnictwa. Niewiele mniej szkód miało miejsce w poradni lub na oddziale chirurgii – 19%. Dalej, po 8% udziału w łącznej liczbie wyroków uznających roszczenie z tytułu błędu medycznego mają poradnie lub oddziały ortopedii, neurochirurgii i izby przyjęć. Od 3% do 6% błędów medycznych miało miejsce na oddziale ortopedii i chirurgii urazowej, szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR), chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i ratownictwa medycznego. Inne poradnie lub oddziały odpowiedzialne za błąd medyczny stanowią łącznie 10% wszystkich zasądzonych zadośćuczynień. Na potrzeby badania oraz ze względu na niską liczebność obserwacji (za wyjątkiem chirurgii oraz ginekologii i położnictwa), a także praktykę underwritingową ubezpieczycieli, połączono obserwacje dla oddziału chirurgii i ortopedii, oraz przedstawiono podstawowe miary zadośćuczynienia (tabela 3.21) dla wybranych specjalizacji ($n > 10$) oraz pozostałych specjalizacji o małej liczbie obserwacji ($n < 10$) i pozostałych nieokreślonych. Można zaobserwować, że zaprezentowane miary statystyczne wysokości zadośćuczynienia niemal pokrywają się w przypadku, gdy odpowiedzialny za błąd medyczny jest oddział lub poradnia chirurgii i ortopedii oraz pozostałe specjalizacje. W wartości minimalnej i pierwszym kwartylu nie zauważono różnic w wysokości zadośćuczynienia w podziale na specjalizację oddziału lub poradni odpowiedzialnej za błąd medycznej. Mediana zasądzonych kwot w przypadku chirurgii i ortopedii oraz pozostałych specjalizacji wynosi kolejno 50 tys. zł i 60 tys. zł, natomiast dla specjalizacji ginekologii i położnictwa zaobserwowano zdecydowanie większy wzrost wysokości zadośćuczynienia (mediana = 100 tys. zł). Jeszcze większy wzrost dla specjalizacji ginekologii i położnictwa można zauważyć w przypadku 25% największych zasądzonych kwot oraz wartości maksymalnej, ponieważ są one ponad 2 razy większe niż świadczenia przyznane za błąd medyczny popełniony na oddziale chirurgii i ortopedii oraz pozostałych specjalizacji. Warto zauważyć, że w przypadku ginekologii i położnictwa, zasądzone zadośćuczynienia cechują się wysokim odchyleniem standardowym (346 tys. zł), w porównaniu do chirurgii i ortopedii oraz pozostałych specjalizacji odpowiedzialnych za błąd medyczny (odpowiednio 68 tys. zł i 58 tys. zł). Obserwacje w każdym z trzech wyodrębnionych grup specjalizacji oddziału lub poradni odpowiedzialnej za błąd medycznych, cechują się prawostronnym i leptykurtycznym rozkładem. Ze względu na jakościowy charakter zmiennej, w analizie pominięto badanie korelacji.

Tabela 3.21. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny

Specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Chirurgia i ortopedia	10	25	50	69	80	300	68	2,20	6,06	15
Ginekologia i położnictwo	5	30	100	237	210	1 000	346	1,66	1,28	19
Pozostałe	4	20	60	65	90	300	58	2,04	6,42	37

Źródło: opracowanie własne

Ostatnim badanym czynnikiem medycznym jest wpływ rodzaju leczenia na wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia. W badanej próbie 21% wyroków dotyczy błędów medycznych powstałych w związku z leczeniem ambulatoryjnym, a 79% w związku z leczeniem stacjonarnym. Ze względu na binarny charakter rodzaju leczenia, w przedmiotowej analizie pominięto badanie korelacji. Następnie obliczono podstawowe miary statystyczne dla wysokości zadośćuczynień za błędy medycznego powstałe w leczeniu stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Tabela 3.22. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj leczenia jako miejsce przyczyny szkody

Rodzaj leczenia jako miejsce przyczyny szkody	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Leczenie stacjonarne	7	30	60	124	100	1 000	209	3,47	11,85	61
Leczenie ambulatoryjne	4	10	23	50	63	300	74	2,86	9,31	16

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3.22 można zaobserwować, że zasądzane zadośćuczynienia są znacząco wyższe, jeżeli szkoda powstała w leczeniu stacjonarnym, niż w leczeniu ambulatoryjnym. Uznany przesłankami powyższej zależności jest ryzyko związane z wykonywaniem zabiegów i operacji w leczeniu stacjonarnym, wyższy poziom skomplikowania leczonych przypadków medycznych oraz zdecydowanie szerszy zakres udzielanych świadczeń (m.in. w zakresie diagnostyki i terapii oraz ich organizacji), a co za tym idzie, również szerszy zakres odpowiedzialności prawnej podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń medycznych stacjonarnych. 25% najniższych zadośćuczynień jest 3-krotnie wyższe, jeżeli błąd medyczny powstał w związku z leczeniem stacjonarnym (30 tys. zł), niż w związku z leczeniem

ambulatoryjnym (10 tys. zł), podobnie jak mediana (odpowiednio 60 tys. zł i 23 tys. zł) i wartość maksymalna (kolejno 1 mln zł i 300 tys. zł) oraz odchylenie standardowe (odpowiednio 209 tys. zł oraz 74 tys. zł). W lecnictwie stacjonarnym 25% największych zadośćuczynień przekracza 100 tys. zł, a w lecnictwie ambulatoryjnym 62,5 tys. zł. Obie zmienne charakteryzują się podobnym rozkładem prawostronnym i bardzo leptykurtycznym.

3.2.5 Czynniki prawne

Ostatnią wyodrębnioną grupą czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego są czynniki prawne. W badanej próbie poddano analizie następujące czynniki:

- podstawa prawna odpowiedzialności za błąd medyczny,
- podstawa prawna przyznania świadczenia z tytułu błędu medycznego,
- wysokość wygrania procesu,
- udział interwenienta ubocznego,
- okresy inkubacji szkody (szerzej zob. podrozdział 3.1),
- zmiana wysokości zadośćuczynienia wskutek apelacji.

Najczęstszą podstawą prawną odpowiedzialności podmiotu leczniczego w przedmiotowym badaniu była odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego określona w art. 430 k.c. (51% wyroków uznających roszczenie). Można zatem stwierdzić, że w połowie wyroków uznających roszczenie sądy jednoznacznie przypisują sprawstwo szkody personelowi podmiotu leczniczego. Drugą najczęściej wskazywaną podstawą prawną była odpowiedzialność deliktowa podmiotu leczniczego, którą ustawodawca zapisał w art. 415 k.c. (23% wyroków uznających roszczenie). Należy jednak podkreślić, że odpowiedzialność deliktowa podmiotu leczniczego, nie wyklucza odpowiedzialności zwierzchnika (personelu) podmiotu leczniczego. Trzecią najczęściej pojawiającą się podstawą prawną odpowiedzialności za błąd medyczny jest naruszenie praw pacjenta (17%) określone w art. 4 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pozostałe podstawy prawne odpowiedzialności występują znacznie rzadziej. I tak, zbieg odpowiedzialności deliktowej (art. 415 k.c.) i odpowiedzialności ubezpieczyciela podmiotu leczniczego z umowy ubezpieczenia (art. 822 k.c.) stanowi jedynie 5% wyroków w badanej próbie. Dodajmy, że taki zapis podstawy odpowiedzialności ma bardziej charakter redakcyjny, ponieważ brak art. 822 k.c. w wyroku nie wyklucza wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela. W 3% wyroków uznających

roszczenie sądy za podstawę odpowiedzialności podały art. 24 k.c., który reguluje podstawowe prawo osoby, której dobro osobiste zostało zagrożone cudzym działaniem. Tylko 1% badanych wyroków za podstawę odpowiedzialności podmiotu leczniczego zawierało art. 472 k.c., który reguluje odpowiedzialność dłużnika za niezachowanie należytej staranności.

Tabela 3.23. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a podstawa prawna odpowiedzialności za błąd medyczny

Podstawa prawna odpowiedzialności za błąd medyczny	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
art. 4 ust. 1 U. p.p i RzPP	5	15	20	28	35	85	21	1,75	2,65	13
art. 415 k.c. (w tym art. 415 k.c. i art. 822 k.c.)	5	30	70	71	80	300	64	2,36	7,71	21
art. 430 k.c.	4	40	65	157	128	1 000	255	2,67	6,39	39

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3.23 przedstawiono podstawowe miary statystyczne wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w zależności od podstawy prawnej odpowiedzialności. Z badania wykluczono obserwacje, w których podstawą prawną jest art. 24 k.c. oraz art. 472 k.c., ze względu na niską liczebność ($n < 10$). Wartość minimalna zasądzzonego zadośćuczynienia jest zbliżona w każdej z analizowanych podstaw prawnych odpowiedzialności za błąd medyczny. Na podstawie pierwszego kwartylu wysokości zadośćuczynienia można zauważyć zbliżone wartości dla art. 415 k.c. oraz art. 430 k.c., dla których 25% zasądzzonego zadośćuczynienia nie przekracza kolejno 30 tys. zł i 40 tys. zł. W przypadku art. 4 ust. 1 U. p.p. i RzPP 25% zadośćuczynień nie przekracza 15 tys. zł. Mediana wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia wynosi 20 tys. zł dla art. 4 ust. 1 U. p.p. i RzPP oraz odpowiednio 70 tys. zł i 65 tys. zł dla art. 415 k.c. i art. 430 k.c. W trzecim kwartylu utrzymał się dotychczasowy podział zadośćuczynień, dla art. 4 ust. 1 U. p.p. i RzPP 75% zadośćuczynień nie przekracza 35 tys. zł. Natomiast w przypadku, gdy podstawą odpowiedzialności jest art. 415 k.c. 75% zadośćuczynień nie przekracza 80 tys. zł, a dla art. 430 k.c. nie przekracza 128 tys. zł. Znaczący wzrost wartości dla podstawy określonej w art. 430 k.c. widoczny jest również ze znacznie wyższą średnią arytmetyczną i wartością maksymalną oraz zdecydowanie najwyższym odchyleniem standardowym. Obie zmienne charakteryzują się podobnym rozkładem prawostronnym i bardzo leptykurtycznym. Ze względu na jakościowy charakter podstawy prawnej, w przedmiotowym badaniu pominięto badanie korelacji.

Zaobserwowana zależność może mieć następujące przyczyny. Po pierwsze, naruszenie praw pacjenta (art. 4 ust. 1 U. p.p i RzPP) ogólnie rzecz ujmując charakteryzuje się mniejszym zakresem doznanej krzywdy niż w przypadku pozostałych podstaw prawnych odpowiedzialności za błąd medyczny. Po drugie, choć odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego określona w art. 430 k.c. nie wyklucza czynu niedozwolonego, o którym mowa w art. 415 k.c., to jednak odpowiedzialność określona w art. 430 zawęża odpowiedzialność podmiotu leczniczego do odpowiedzialności za personel, głównie personel medyczny - a przede wszystkim lekarzy. Taki układ rodzajowy powoduje, że podstawa prawna określona w art. 415 k.c. może zawierać szerszy katalog błędów medycznych, niż ta zawarta w art. 430 k.c., ograniczona głównie do błędu lekarskiego.

Kolejnym badanym czynnikiem prawnym jest podstawa prawna przyznania świadczenia z tytułu błędu medycznego. W badanej próbie sądy I instancji zdecydowanie najczęściej (w 53% zasądzonych zadośćuczynień) za podstawę przyznania świadczenia wskazywały prawo przyznania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę zawarte w art. 445 § 1 k.c. Warunkiem przyznania zadośćuczynienia jest wystąpienie wypadku wymienionego w art. 444 k.c., tj. uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia oraz całkowita lub częściowa utrata zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększone potrzeby lub zmniejszone widoki powodzenia na przyszłość (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964). Drugą najczęściej pojawiającą się podstawą przyznania świadczenia (26%) jest naruszenie dobra osobistego zawarte w art. 448 k.c. Natomiast zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę dla najbliższych członków rodziny zmarłego określone w art. 446 § 4 k.c. jest najrzadziej pojawiającą się podstawą przyznania świadczenia (21%).

Podstawowe miary statystyczne dla zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego z uwzględnieniem podstawy prawnej przyznania świadczenia zaprezentowano w tabeli 3.24, z wyłączeniem obserwacji dla art. 444 i 445 k.c. ze względu na małą liczebność próby ($n < 10$) oraz wyroków, w których nie podano podstawy przyznania świadczenia. Zbliżoną wartość minimalną zaobserwowano, gdy za podstawę prawną wskazano art. 445 § 1 k.c. oraz art. 448 k.c. (odpowiednio 4 tys. zł i 5 tys. zł). Minimalna wartość zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 446 § 4 k.c. wynosi 10 tys. zł. W przypadku 1. kwartyli i mediany, najwyższe wartości odnotowano dla zadośćuczynień przyznanych na podstawie art.

446 § 4 k.c. (kolejno 58 tys. zł i 80 tys. zł). Następne w kolejności są świadczenia zasądzone na podstawie art. 445 § 1 k.c. (odpowiednio 24 tys. zł i 60 tys. zł). Najmniejsze wartości 1. kwartyła i mediany można zauważyć, gdy podstawą prawną jest art. 448 k.c. (kolejno 15 tys. zł i 33 tys. zł). Najmniejszą medianą charakteryzują się również zadośćuczynienia zasądzone na podstawie art. 488 k.c. (33 tys. zł). Niemal dwa razy większą medianę odnotowano w przypadku podstawy prawnej określonej w art. 445 § 1 k.c. (60 tys. zł), a największą w związku z art. 446 § 4 k.c. (80 tys. zł). Najmniejsze wartości trzeciego kwartyłu, wartości maksymalnej i odchylenia standardowego, w danym ciągu odnotowano dla art. 448 k.c. (kolejno 75 tys. zł, 120 tys. zł i 35 tys. zł). Nieco większe zaobserwowano, gdy podstawą przyznania świadczenia był art. 446 § 4 k.c. (odpowiednio 100 tys. zł, 300 tys. zł i 65 tys. zł). Zdecydowanie największe wartości 3. kwartyłu, wartości maksymalnej i odchylenia standardowego cechują zadośćuczynienia zasądzone w myśl art. 445 § 1 k.c. (kolejno 150 tys. zł, 1 mln zł i 254 tys. zł). Wszystkie trzy zmienne charakteryzują się rozkładem prawostronnym, choć w przypadku obserwacji w związku z art. 448 k.c., ich rozkład jest zbliżony do rozkładu normalnego. Gdy podstawą przyznania świadczenia jest art. 445 § 1 k.c. i art. 446 § 4 k.c., rozkład obserwacji jest bardzo leptykurtyczny. Natomiast, gdy podstawą zasądzanego zadośćuczynienia jest art. 448 k.c., rozkład jest platykurtyczny. Ze względu na jakościowy charakter, w przedmiotowym badaniu pominięto badanie korelacji.

Tabela 3.24. Wysokość zasądzanego zadośćuczynienia w sądach I instancji a podstawa prawna przyznania świadczenia

Podstawa prawna przyznania świadczenia	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
art. 445 § 1 k.c.	4	24	60	152	150	1 000	254	2,69	6,53	40
art. 446 § 4 k.c.	10	58	80	84	100	300	65	2,56	8,83	16
art. 448 k.c.	5	15	33	44	75	120	35	0,86	-0,56	20

Źródło: opracowanie własne

Następnie, analizie poddano wysokość wygrania procesu, określaną jako stosunek wysokości zasądzanego zadośćuczynienia do kwoty roszczenia. Najmniejsza wysokość wygrania procesu to 3%. Mediana wysokości wygrania procesu wynosi 50%, a średnia arytmetyczna 53% roszczonej kwoty. 75% wyroków powód wygrywa w nie więcej niż w 80%,

a maksymalnie w 100%. Odchylenie standardowe wysokości wygrania procesu w badanej próbie wynosi 32%.

W poszukiwaniu determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, obliczono współczynnik korelacji Pearsona oraz współczynnik korelacji rang Spearmana dla wysokości roszczonej kwoty zadośćuczynienia i wysokości wygrania procesu (tabela 3.25) oraz wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia i wysokości wygrania procesu (tabela 3.26). Dla pierwszego czynnika korelacja jest dodatnia według współczynnika Pearsona, ujemna według współczynnika Spearmana, ale bardzo słaba (odpowiednio 0,157 i -0,019) i nieistotna statystycznie. Natomiast dla drugiego, korelacja jest dodatnia i umiarkowana w przypadku współczynnika korelacji Pearsona i silna według współczynnika korelacji rang Spearmana (kolejno 0,470 i 0,734) i istotna statystycznie. Można zatem stwierdzić, że im większa wysokość wygrania procesu, tym większa wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia. Choć margines błędu jest znaczny.

Tabela 3.25. Korelacja wysokości roszczenia i wysokości wygrania procesu w wyrokach sądów I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność (p)
r_P	0,157	0,171
r_S	-0,190	0,869

Źródło: opracowanie własne

Tabela 3.26. Korelacja wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia i wysokości wygrania procesu w wyrokach sądów I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność (p)
r_P	0,470	0,000***
r_S	0,734	0,000***

Źródło: opracowanie własne

Zgodnie z przyjętymi założeniami, wysokość wygrania procesu została podzielona na 9 przedziałów ($k = 9$). Jednak, ze względu na niską liczebność niektórych przedziałów ($n < 10$), w tabeli 3.27 przedstawiono podstawowe miary statystyczne jedynie dla przedziału 11-21%, 44-54%, 88-100%. Na podstawie umiarkowanej korelacji mierzonej współczynnikiem Pearsona oraz dość silnej korelacji według współczynnika rang Spearmana, takie miary jak mediana, średnia arytmetyczna, 3. kwartył i wartość maksymalna, wyraźnie stopniują przedziały

wysokości wygrania procesu. Mając również na uwadze wartość minimalną i 1. kwartył zasądzzonego zadośćuczynienia, gdy proces został wygrany w przedziale od 88% do 100%, można stwierdzić, że im większy stopień wygrania procesu, tym większe zasądzone zadośćuczynienie. Trudno jednak powyższą zależność traktować jako determinantę wysokości zadośćuczynienia. W kontekście zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym, w szczególności mając na uwadze bardzo słabą korelację wysokości roszczonego zadośćuczynienia i stopnia wygrania procesu, stopień wygrania procesu nie wpływa na metody kontroli ryzyka błędu medycznego. Badane przedziały charakteryzują się prawostronnym rozkładem, a przedziały 11-21% oraz 44-54% są zbliżone do rozkładu normalnego. Rozkład badanego przedziału wygrania procesu w 11-21% jest platykurtyczny, pozostałe (44-54% i 88-100%) są leptykurtyczne.

Tabela 3.27 Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji uznających roszczenie a wysokość wygrania sprawy

Wysokość wygrania sprawy	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
11-21%	5	15	30	26	38	50	14	0,07	-1,12	11
44-54%	4	15	40	51	80	150	44	0,94	0,30	13
88-100%	20	100	110	268	263	1 000	329	1,79	1,69	18

Źródło: opracowanie własne

Tabela 3.28. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a udział interwenienta ubocznego

Udział interwenienta ubocznego	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
Nie	5	25	60	103	100	1 000	182	4,29	19,43	59
Tak	15	56	88	161	115	900	263	3,01	9,30	10

Źródło: opracowanie własne

Udział interwenienta ubocznego w procesie (w badanej próbie – ubezpieczyciela pozwanego) stanowi kolejny badany czynnik. W analizowanych wyrokach, w 77% spraw nie powoływano interwenienta ubocznego, w 13% procesów ubezpieczyciel był powoływany na interwenienta ubocznego, natomiast w 10% wyroków współpозwanym był ubezpieczyciel, co wyklucza możliwość pełnienia funkcji interwenienta ubocznego.

W tabeli 3.28 zaprezentowano podstawowe miary statystyczne dla wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia i udziału interwenienta ubocznego (jako ubezpieczyciela pozwanego). Ze

względem na małą liczebność obserwacji ($n < 10$), z badania wykluczono procesy, w których ubezpieczyciel występował jako współpозwany. W badanej próbie dla wartości minimalnej, 1 kwartyłu, mediany, średniej arytmetycznej i 3 kwartyłu wyższymi wartościami cechowały się wyroki, w których ubezpieczyciel brał udział jako interwenient uboczny (kolejno 5 tys. zł, 25 tys. zł, 60 tys. zł, 103 tys. zł, 100 tys. zł), niż w sytuacji, gdy ubezpieczyciel nie brał udziału w procesie (odpowiednio 15 tys. zł, 56 tys. zł, 88 tys. zł, 161 tys. zł, 115 tys. zł). Wyjątek stanowi wartość maksymalna, która jest wyższa w przypadku braku interwenienta ubocznego (1 mln zł), niż w przypadku, gdy ubezpieczyciel był powołany do tej funkcji (900 tys. zł). Obie zmienne charakteryzują się bardzo prawostronnym i bardzo leptykurtycznym rozkładem zasądzonych zadośćuczynień. W niniejszej analizie pominięto badanie korelacji ze względu na binarny charakter udziału interwenienta ubocznego.

Ostatnim badanym czynnikiem prawnym wysokości zasądanego zadośćuczynienia w wyrokach sądu I instancji jest czas inkubacji szkody, który podzielono na: okres między wystąpieniem przyczyny a powstaniem szkody, okres między powstaniem szkody a jej ujawnieniem, okres między ujawnieniem szkody a zgłoszeniem roszczenia oraz okres między zgłoszeniem roszczenia a złożeniem pozwu. W tabeli 3.29 przedstawiono podstawowe miary statystyczne dla międzyokresowego czasu inkubacji szkody liczonego w dniach. Z badania wykluczono obserwację o wartości skrajnej co zmniejsza liczebność obserwacji ($n = 76$), ponieważ najdłuższy okres inkubacji szkody wynosił 7395 dni (ok. 20 lat) i znacząco zaburza obraz pozostałych miar. Na podstawie odchylenia standardowego można wnioskować, że wartość maksymalna znacząco odbiega od pozostałych okresów inkubacji. Minimalna długość inkubacji wyniosła 22 dni. Tak niska wartość wynika przede wszystkim ze skumulowania międzyokresów, tzn. przyczyna, powstanie i ujawnienie szkody miały miejsce w tym samym dniu, oraz szybkiego zgłoszenia roszczenia.

Mediana czasu inkubacji szkody wynosi 1185 dni (ok. 3 lata i 3 miesiące), przy czym niecałe 9 miesięcy trwał okres między ujawnieniem szkody a zgłoszeniem roszczenia, a okres między zgłoszeniem roszczenia a złożeniem pozwu wynosi ok. 2,5 roku, pozostałe 2 dni trwał okres między powstaniem szkody a jej ujawnieniem. W 25% sprawach czas inkubacji nie przekroczył 624 dni (ok. 1 rok i 9 miesięcy), a w 75% wyroków czas inkubacji szkody zmieścił się w 1452 dniach (niecałe 4 lata). W obu miarach, głównymi składowymi łącznego czasu inkubacji szkody

jest okres między ujawnieniem szkody a zgłoszeniem roszczenia oraz okres między zgłoszeniem roszczenia a złożeniem pozwu. Co ciekawe, można zauważyć, że wraz ze wzrostem okresu między ujawnieniem szkody a zgłoszeniem roszczenia, rośnie okres między zgłoszeniem roszczenia a złożeniem pozwu, a iloraz tych okresów wynosi odpowiednio 13%, 29% i 39% dla kolejno 1 kwartylu, mediany i 3 kwartylu.

Tabela 3.29. Międzyokresowy czas inkubacji szkody w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie

Międzyokresowy czas inkubacji szkody	min. (dni)	q1 (dni)	mediana (dni)	średnia arytm. (dni)	q3 (dni)	max. (dni)	odchylenie stand. (dni)	n
Między wystąpieniem przyczyny a powstaniem szkody	0	0	0	68	1	4453	524	76
Między powstaniem szkody a ujawnieniem szkody	0	0	2	74	16	3218	387	
Między ujawnieniem szkody a zgłoszeniem roszczenia	0	74	268	559	407	2750	480	
Między zgłoszeniem roszczenia a złożeniem pozwu	22	550	915	1109	1028	480	1069	

Źródło: opracowanie własne

Łączny czas inkubacji szkody podzielono, zgodnie z przyjętymi założeniami, na 8 przedziałów ($k = 8$): od 0 do 552 dni, od 553 do 1105 dni, od 1106 do 1658 dni, od 1659 do 2211 dni, od 2212 do 2764 dni, od 2765 do 3317 dni, od 3318 do 3870 dni, od 3871 do 4687 dni. W badaniu wykluczono po 1 najmniejszej i największej obserwacji. Dla przedziałów o liczebności $n > 10$ ($n = 65$) obliczono podstawowe miary statystyczne (tabela 3.30), pozostałe przedziały wykluczono z dalszej analizy. Wartość minimalna zadośćuczynienia jest zbliżona dla wszystkich 3 analizowanych przedziałów czasu inkubacji (od 4 tys. zł do 8 tys. zł). W 1. kwartylu zasądzonych zadośćuczynień najwyższą wartość zaobserwowano dla łącznego czasu inkubacji od 1106 do 1658 dni (38 tys. zł). Dla pozostałych grup 25% zasądzonych zadośćuczynień nie przekroczyło 16 tys. zł i 25 tys. zł dla mniejszych przedziałów. Najniższą medianę wysokości odnotowano dla grupy najwyższych analizowanych łącznych czasów inkubacji szkody od 1106

do 1658 dni (50 tys. zł), a najwyższą dla grupy od 553 do 1105 dni (80 tys. zł). Dla pierwszego przedziału mediana wyniosła 60 tys. zł. Trzeci kwartył zasądzonych zadośćuczynień ponownie wykazał największą wartość dla okresu inkubacji od 553 do 1105 dni (75% nie przekracza 110 tys. zł). Najmniejszą wartość 3. kwartyłu zaobserwowano ponownie dla przedziału najdłuższych okresów inkubacji od 1106 do 1658 dni (75% nie przekracza 78 tys. zł). Zbliżoną wartością q3 charakteryzuje się pierwszy przedział łącznego okresu inkubacji szkody (75% zasądzonych zadośćuczynień nie przekracza 89 tys. zł), a największą wartość Q3 odnotowano dla środkowego przedziału okresu inkubacji szkody. Z kolei, taką samą wartość maksymalną zasądzonej kwoty (każdy po 1 mln zł) zaobserwowano dla najmniejszego i największego analizowanego przedziału okresu inkubacji szkody. Natomiast w środkowym przedziale wartość maksymalna jest o połowę niższa niż dla pozostałych dwóch badanych przedziałów. Badane zmienne na podstawie skośności i kurtozy charakteryzują się dużą liczbą wyników poniżej średniej i dużą liczbą wartości skrajnie odstających w porównaniu do rozkładu normalnego. Na podstawie miar zaprezentowanych w tabeli 3.30 nie można wykazać zależności pomiędzy zasądzonym zadośćuczynieniem z tytułu błędu medycznego a łącznym okresem inkubacji szkody.

Tabela 3.30. Wysokość zasądzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a łączny czas inkubacji szkody

łączny czas inkubacji szkody (dni)	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
0 - 552	4	16	60	160	89	1 000	296	2,48	5,16	18
553 - 1105	5	25	80	93	110	500	93	2,78	10,57	35
1106 - 1658	8	38	50	131	78	1 000	275	3,4	11,67	12

Źródło: opracowanie własne

Po zsumowaniu wszystkich wymienionych okresów w łączny czas inkubacji szkody oraz wykluczeniu z badania po 1 wartości skrajnej, odnotowano bardzo słabą i nieistotną statystycznie zależność między wysokością zasądzonego zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego a łącznym czasem inkubacji szkody, zgodnie ze współczynnikami korelacji Pearsona (-0,149) oraz korelacji rang Spearmana (-0,145) (tabela 3.31).

Analiza wyroków sądów II instancji była próbą znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy i jak zmienia się wysokość zadośćuczynienia w wyniku, stosunkowo często wykorzystywanego środka odwoławczego, postępowania apelacyjnego. Zgodnie z przyjętymi założeniami, w

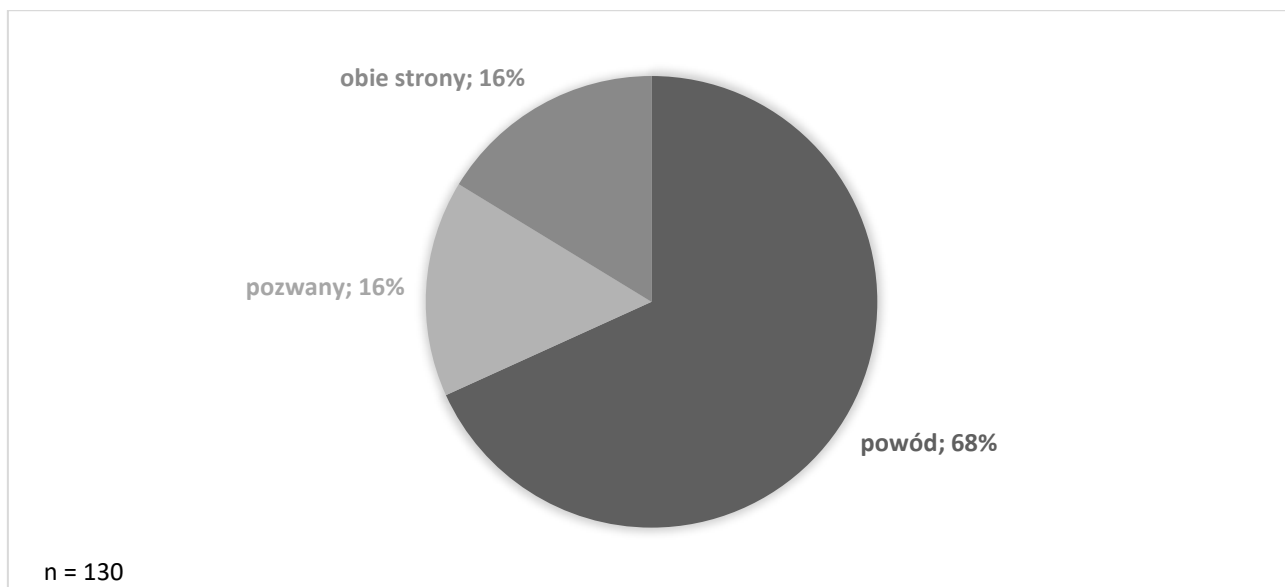
analizie wyroków sądów II instancji dokonano oceny według 1 czynnika – zmiany wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w wyniku odwołania. Należy dodać, że wyroki te nie dotyczą, w większości, tych samych spraw rozpatrywanych w I instancji, które były przedmiotem wcześniejszej części badania, co wynika z zakresu publikowanych orzeczeń.

Tabela 3.31. Korelacja wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia i łącznego czasu inkubacji szkody w wyrokach sądów I instancji

Współczynnik korelacji		Istotność
r_P	-0,149	0,213
r_S	-0,145	0,225

Źródło: opracowanie własne

Na wykresie 3.8 zaprezentowano podział stron wnoszących apelację. Aż 68% apelacji w sprawie o zadośćuczynienie z tytułu błędu medycznego wnoszona jest przez stronę powodową i tylko 16% przez pozwanego. Natomiast obie strony wniosły apelację w 16% badanych wyrokach. W omawianym przypadku, liczebność próby stanowi liczba wyroków sądów II instancji ($N_2=130$).

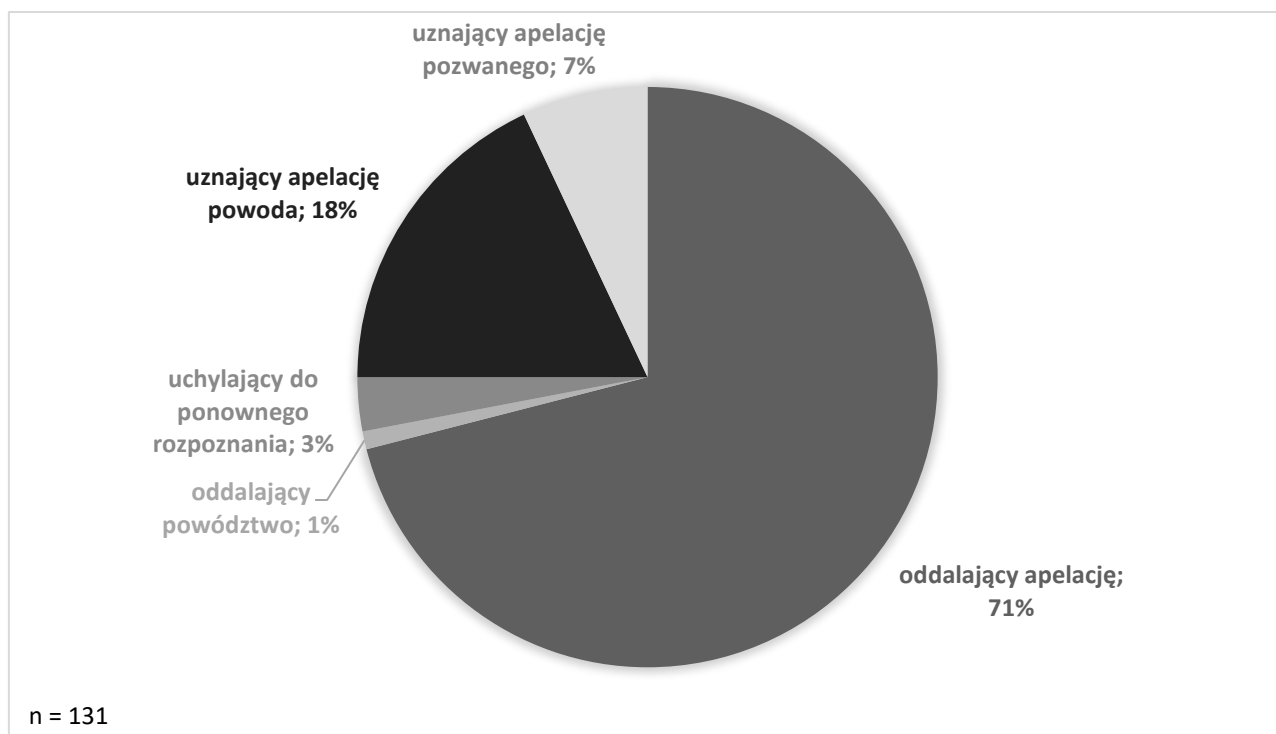


Wykres 3.8. Strona wnosząca apelację w wyrokach sądów II instancji

Źródło: opracowanie własne

Wyroki sądów II instancji zostały podzielone na pięć kategorii ze względu na wynik postępowania (wykres 3.9): oddalające apelację (te stanowią aż 71%), oddalające powództwo (1%), uchylające wyrok i przekazane do ponownego rozpoznania (3%), uznające apelację

powoda (18%) oraz uznające apelację pozwanego (7%). W tym przypadku liczebność próby oznacza liczbę apelacji ($n = 131$), w tym apelacji wnoszonej przez obie strony (liczonej jako 2 odrębne apelacje).



Wykres 3.9. Wynik postępowania w wyrokach sądów II instancji

Źródło: opracowanie własne

Mając na uwadze powyższe można przyjąć, że z prawdopodobieństwem 71% apelacja jest oddalana przez sądy II instancji. Zatem w zdecydowanej większości, dane z wyroków sądów I instancji pozostają aktualne bez względu czy strona wносиła apelację czy nie. Taki wniosek jest obarczony pewnym marginesem błędu, jednak na potrzeby niniejszej dysertacji, takie założenie może zostać przyjęte. Powyższe nie wyklucza jednak bardziej szczegółowej analizy ilościowo-jakościowej wyroków sądów II instancji w kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym, co zrealizowano w kolejnym podrozdziale pracy.

3.3. Analiza wyroków sądów II instancji w sprawie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego

Przedmiotem drugiej części badania jest 130 wyroków sądów II instancji oraz sądów apelacyjnych (dalej: sądów II instancji) opublikowanych w latach 2013-2019 na stronie: <https://orzeczenia.ms.gov.pl/> w sprawie o 154 zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Należy jeszcze raz podkreślić, że wyroki te nie dotyczą, w większości, tych samych spraw rozpatrywanych w I instancji, które były przedmiotem pierwszej części badania.

Jedną z cech badanych wyroków jest region apelacji. Najwięcej wyroków w badanej próbie odnotowano w apelacji katowickiej (25%), następnie łódzkiej (16%), szczecińskiej (15%), warszawskiej (14%) i krakowskiej (9%). Wyroki z apelacji białostockiej i gdańskiej stanowią po 6% wyroków ogółem, a wyroki z apelacji lubelskiej, poznańskiej, rzeszowskiej i wrocławskiej nie przekraczają po 3% każde. Kolejną cechą organizacyjną jest rok wydania wyroku, a nie jego publikacji. W badanej próbie najwięcej wyroków pochodzi z 2013 roku (19%) i 2018 roku (16%), następnie wyroki z 2016, 2012, 2017 i 2014 roku stanowią odpowiednio 14%, 13%, 11% i 10%. Natomiast wyroki z 2015 i 2019 roku stanowią po 8% każde.

Istotną analizowaną zmienną jest długość trwania procesu w wyrokach sądów II instancji. Na podstawie tabeli 3.32 można przyjąć, że procesy w sądach II instancji są ogólnie znacznie krótsze niż w przypadku procesów w sądach I instancji. Główną przyczyną tej cechy jest fakt, że zazwyczaj sądy rozpatrując apelację przyjmują w całości lub części stan faktyczny ustalony przez sąd I instancji. To z kolei ogranicza czas niezbędny do przyjęcia dowodów z zeznań świadków i opinii biegłych.

Tabela 3.32. Długość trwania procesu w sądach II instancji

(w pełnych miesiącach)	min.	q1	mediana	średnia aryt.	q3	max.	odchylenie stand.	skośność	kurtoza	n
Długość trwania procesu	3	6	8	11	14	65	8	2,82	12,57	129

Źródło: opracowanie własne

Na potrzeby niniejszego badania przyjęto pewne dwa istotne uproszczenia. Czas trwania procesu apelacyjnego przyjęto od daty wydania wyroku w sądzie I instancji do daty opublikowania wyroku w sądzie II instancji. Drugim uproszczeniem jest zaokrąglenie czasu trwania w dół do pełnych miesięcy. Najkrótszy proces apelacyjny w badanej próbie trwał 3 miesiące, a najdłuższy 65 miesięcy. 25% badanych wyroków trwało nie dłużej niż 6 pełnych miesięcy, a 75% procesów zakończyło się przed upływem 15 miesięcy. Mediana długości trwania procesu w badanej próbie wyniosła 9 miesięcy, średnia arytmetyczna 12 miesięcy, a odchylenie standardowe 10 miesięcy.

W tabeli 3.33 przedstawiono statystykę opisową dla wysokości roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji.

Dodatkowo, na podstawie uzasadnień do wyroków sądów II instancji, zaprezentowano statystykę opisową wysokości roszczonego i zasądzanego zadośćuczynienia w sądach I instancji, w tych samych sprawach, co analizowane wyroki sądów II instancji. Różnice w liczności obserwacji oraz wysokościach roszczonych kwot, wynikają przede wszystkim z ograniczonych informacji w uzasadnieniach do wyroków sądów apelacyjnych. W badanej próbie 25% roszczonych zadośćuczynień (q1) nie przekracza 100 tys. zł. Mediana wysokości roszczonego zadośćuczynienia wynosi 150 tys. zł, a średnia arytmetyczna 244 tys. zł. 75% roszczonych świadczeń (q3) nie przekracza 300 tys. zł, natomiast wartość minimalna to 8 tys. zł, a wartość maksymalna wynosi 1,95 mln zł roszczonego zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Odchylenie standardowe w badanej próbie wynosi 283 tys. zł, co potwierdza dużą różnicę między medianą a średnią arytmetyczną oraz dużą wartość maksymalną i stosunkowo małą liczebność próby (n=105). Współczynnik skośności w badanej próbie wynosi 2,8, zatem przedmiotem badania jest rozkład prawoskośny. Ze względu na wysoki współczynnik koncentracji (8,3) badany rozkład należy interpretować jako leptokurtyczny.

Tabela 3.33. Statystyka opisowa wysokości roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji

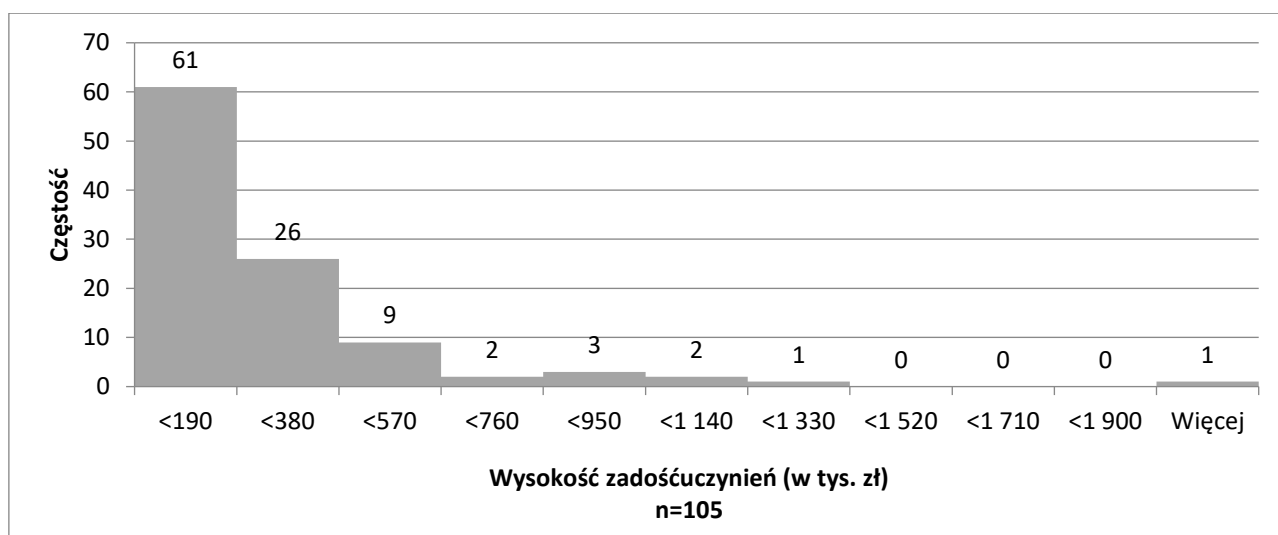
Rodzaj świadczenia	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtosa	n
I instancja - roszczone zadośćuczynienie	7	100	150	242	300	1 950	266	3,2	14,7	126
I instancja - zasądzone zadośćuczynienie	1	25	65	145	155	1 400	248	3,7	15,1	51
II instancja - roszczone zadośćuczynienie	10	100	150	244	300	1 950	283	3,2	13,6	105
II instancja - zasądzone zadośćuczynienie	2	21	70	152	180	1 400	258	3,3	12,1	54

Źródło: opracowanie własne

W badanej próbie 25% zasądzonych zadośćuczynień (q1) nie przekracza 21 tys. zł. Mediana wysokości zasądzanego zadośćuczynienia wynosi 70 tys. zł, a średnia arytmetyczna 152 tys. zł. 75% zasądzonych świadczeń (q3) nie przekracza 180 tys. zł, natomiast wartość minimalna to 2 tys. zł, a wartość maksymalna wynosi 1,4 mln zł zasądzanego zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Odchylenie standardowe w badanej próbie wynosi 258 tys. zł, co potwierdza dużą różnicę między medianą a średnią arytmetyczną oraz dużą wartość maksymalną i

stosunkowo małą liczebność próby ($n=54$). Współczynnik skośności w badanej próbie wynosi 3,3, zatem przedmiotem badania jest rozkład bardzo prawoskośny. Natomiast ze względu na bardzo wysoki współczynnik koncentracji (12,1) badany rozkład należy interpretować jako leptokurtyczny. Mając na uwadze powyższe, próba badania nie ma znamion reprezentatywności, zatem należy uznać poglądowy charakter badania.

Powyższe, warto również porównać z danymi wyroków sądów I instancji zaprezentowanymi w tabeli 3.1. Można zaobserwować, że wartość minimalna, 1. kwartyl i mediana wysokości zarówno roszczonego jak i zasądzanego zadośćuczynienia są zbliżone, choć nieco niższe niż w badaniu wyroków sądów II instancji. Znacząca różnica pomiędzy danymi z tabeli 3.1 i tabeli 3.33 jest widoczna w przypadku 3. kwartylu i wartości maksymalnej zarówno roszczonego jak i zasądzanego zadośćuczynienia. 3. kwartyl jest większy o ok. 50%, a wartość maksymalna jest większa o prawie 100% w przypadku kwoty roszczonej i o niecałe 50% dla kwoty zasądzonej w badaniu wyroków sądów II instancji.

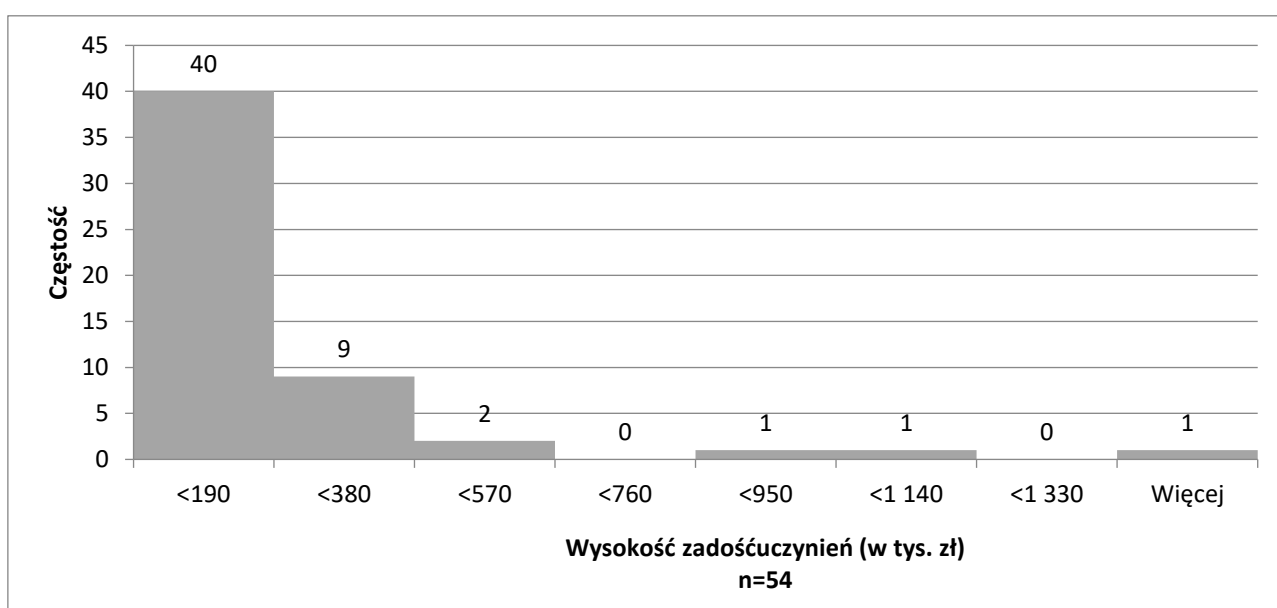


Wykres 3.10. Histogram wysokości roszczonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji

Źródło: opracowanie własne

Na Wykresie 3.10 i 3.11 zaprezentowano histogram dla wysokości odpowiednio roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji. Zgodnie z przyjętym założeniem o liczebności przedziałów i ich równej długości, wyodrębniono 11 przedziałów zbioru danych zasądzonych zadośćuczynień (0-190 tys. zł, 191-380 tys. zł, 381-570 tys. zł, 571-760 tys. zł, 761-950 tys. zł, 951-1140 tys. zł,

1141-1330 tys. zł, 1331-1520 tys. zł, 1521-1710 tys. zł, 1711-1900 tys. zł i ≥ 1900 tys. zł) oraz 8 przedziałów zbioru danych dla zasądzonych zadośćuczynień (0-190 tys. zł, 191-380 tys. zł, 381-570 tys. zł, 571-760 tys. zł, 761-950 tys. zł, 951-1140 tys. zł, 1141-1330 tys. zł i ≥ 1330 tys. zł). Oba histogramy potwierdzają rozkład asymetryczny w badanej próbie. Warto zauważyć, że 58% obserwacji mieści się w pierwszym przedziale od 0 do 190 tys. zł roszczonych zadośćuczynienia, a w przypadku zasądzonego zadośćuczynienia aż 74% należy do pierwszego przedziału od 0 do 190 tys. zł.



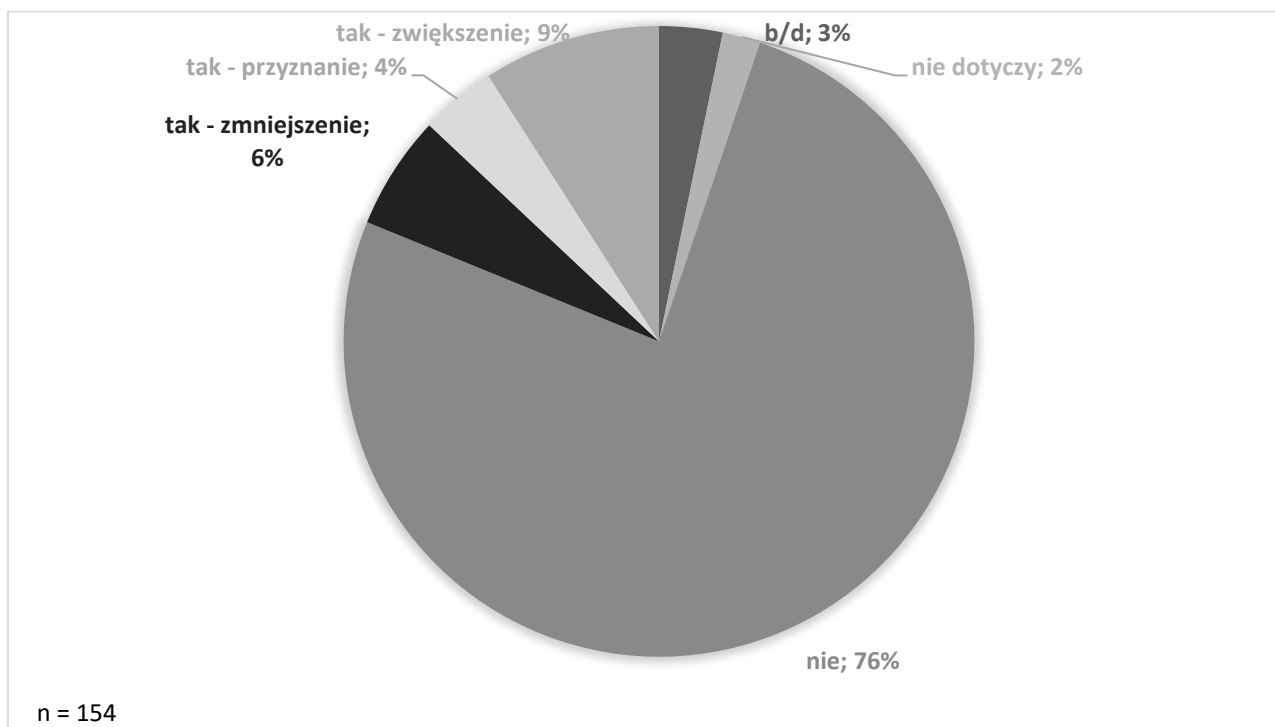
Wykres 3.11. Histogram wysokości zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji

Źródło: opracowanie własne

Czynniki zmieniające wyroki sądów I instancji

Dwoma istotnymi zmiennymi jest informacja, czy apelacja zawierała zaskarżenie wysokości zadośćuczynienia przyznanego lub nie w wyroku I instancji oraz czy na skutek apelacji sąd zmienił wysokość zadośćuczynienia. W badanej próbie aż 97% apelacji zaskarżało wysokość zadośćuczynienia. Natomiast pozostałe 3% badanych apelacji dotyczyły zmiany innych postanowień wyroku z I instancji niż wysokość zadośćuczynienia, np. obciążenie kosztami powoda czy ustalenie odsetek ustawowych. Co ciekawe, aż 76% apelacji spotkało się z brakiem zmiany wysokości zadośćuczynienia (wykres 3.12). Tylko 19% wyroków zawierało zmianę wysokości zadośćuczynienia, w tym 6% wyroków zmniejszyło wysokość zadośćuczynienia, 4%

przyznało, a w 9% wyroków zwiększono wysokość zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.



Wykres 3.12. Zmiana wysokości zadośćuczynienia w wyrokach sądów II instancji

Źródło: opracowanie własne

W kolejnym kroku, opracowano podstawowe miary statystyczne dla wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w podziale na grupy wyroków sądów II instancji: niezmienniające, zmieniające – zmniejszające, zmieniające – przyznające oraz zmieniające – zwiększające wysokość zadośćuczynienia. W tabeli 3.34 przedstawiono wysokość zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji oraz II instancji niezmienniających ich wysokości. Różnice między przedstawionymi miarami dla wyroków I instancji i apelacyjnych wynikają jedynie z braku danych dla części wyroków (najczęściej brakowało informacji o wysokości roszczonej kwoty w sądzie I instancji). Wartość minimalna kwoty zasądzonej spadła pięciokrotnie w stosunku do wartości minimalnej kwoty roszczonej (z 50 tys. zł do 10 tys. zł), wartość kwartyła pierwszego zasądzonych zadośćuczynień spadła czterokrotnie z wartości kwartyła pierwszego kwoty roszczenia (ze 100 tys. zł do 25 tys. zł). Mediana wysokości zasądzanego zadośćuczynienia (73 tys. zł) jest prawie trzy razy mniejsza niż mediana wysokości zadośćuczynienia roszczonego (190 tys. zł). 75% roszczonych kwot nie przekracza 250 tys. zł, natomiast 75% zasądzonych zadośćuczynień nie przekracza 200 tys. zł (obniżenie o 20%).

Badane obserwacje mają rozkład bardzo prawostronny i bardzo leptokurtyczny. Ze względu na zmienną - brak zmiany wysokości zadośćuczynienia w wyroku II instancji, w pracy pominięto badanie korelacji, a miary zaprezentowane w tabeli 3.34 mają jedynie charakter poglądowy.

Tabela 3.34. Wysokość roszczonego i zasądzanego zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji oraz sądów II instancji niezmieniających wysokości zadośćuczynienia

Rodzaj świadczenia	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
I instancja - roszczone zadośćuczynienie	50	100	200	276	250	1950	375	4,0	17,9	25
I instancja - zasądzone zadośćuczynienie	10	25	70	168	160	1400	294	3,2	10,8	33
II instancja - roszczone zadośćuczynienie	80	140	190	317	200	1950	517	3,4	11,7	30
II instancja - zasądzone zadośćuczynienie	10	25	73	178	200	1400	297	3,1	10,3	33

Źródło: opracowanie własne

Analizę wyroków zmieniających (zmniejszających) wysokość zasądzanego zadośćuczynienia w wyrokach sądów II instancji, pominięto w dalszej części badania ze względu na małą liczebność obserwacji ($n < 10$). Można wyróżnić dwa rodzaje zmniejszenia wysokości zadośćuczynienia przez sąd II instancji. Pierwszy, w formie odmowy przyznania zadośćuczynienia, głównie ze względu na odmienną ocenę sądu II instancji zgromadzonego materiału dowodowego lub brak uznania odpowiedzialności pozwanego (a dokładniej nie uznania przynajmniej jednej przesłanki odpowiedzialności). Drugą, jeżeli sąd odwoławczy korygował przyznaną kwotę zadośćuczynienia w dół, to w badanej próbie zadośćuczynienie było obniżane w zakresie 30%-70%. W uzasadnieniu sądy II instancji powoływały się na nieadekwatną kwotę do zakresu szkody i krótkiego okresu cierpień. Podkreślić należy jednak, że wyroki sądów II instancji zmniejszające wysokość zadośćuczynienia stanowią jedynie 6% wszystkich wyroków w badanej próbie.

Wyroki sądów II instancji zwiększające wysokość zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego dodatkowo podzielono na przyznające, jeżeli w wyroku I instancji nie przyznano zadośćuczynienia, oraz korygujące wysokość zadośćuczynienia w górę. Jednakże ze względu na małą liczbę obserwacji wyroków przyznających zadośćuczynienie przez sądy II instancji, pominięto je w dalszej części pracy. Większość omawianych wyroków dotyczy naruszenia praw

pacjenta (np. w postaci braku zaleceń medycznych czy wykonania zabiegu poza zakresem zgody pacjenta). W przypadku wartości maksymalnej, sąd apelacyjny uwzględnił pozbawienie możliwości odpowiedniego leczenia, pomimo braku pewności skuteczności leczenia.

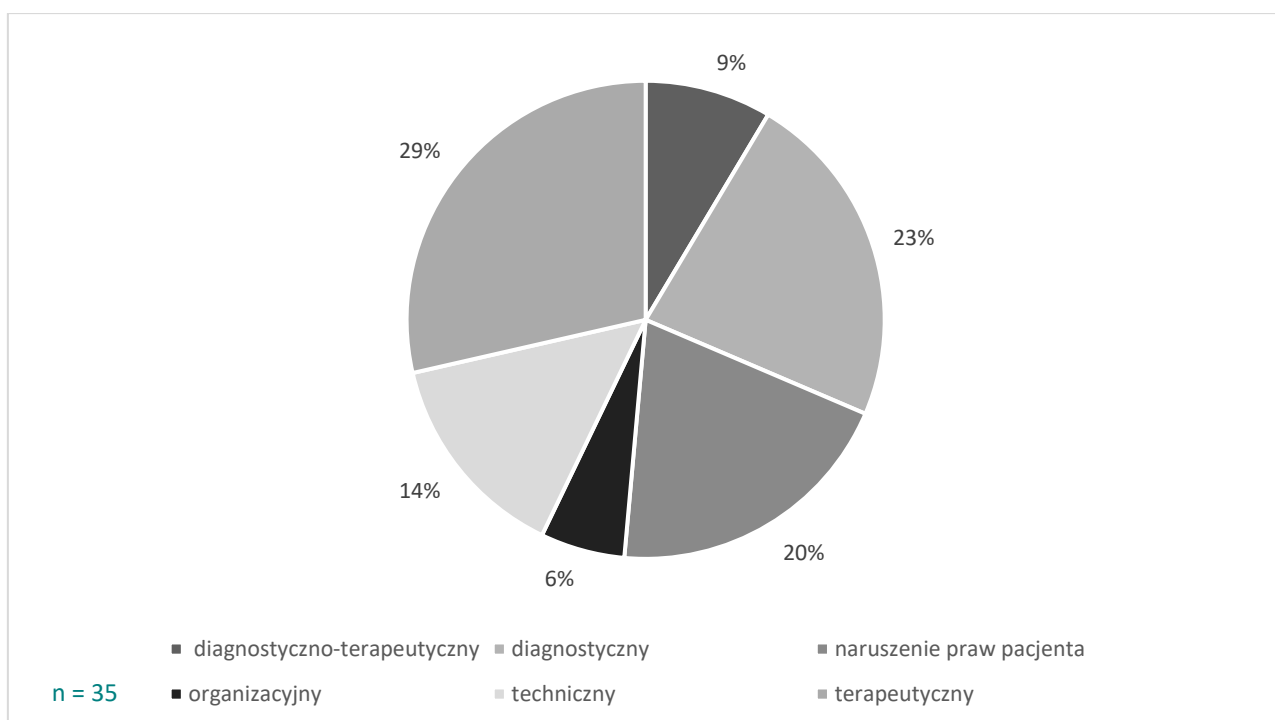
Tabela 3.35. Wysokość roszczonego i zasądzzonego zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji oraz sądów II instancji zwiększających zadośćuczynienie

Rodzaj świadczenia	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia aryt. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
I instancja - roszczone zadośćuczynienie	20	70	100	264	400	1200	315	2,45	6,99	13
I instancja - zasądzone zadośćuczynienie	0	0	7	61	36	500	137	2,98	9,21	14
II instancja - roszczone zadośćuczynienie	20	70	100	229	230	1200	310	2,70	8,04	14
II instancja - zasądzone zadośćuczynienie	10	44	75	149	115	850	218	2,92	9,26	14

Źródło: opracowanie własne

Wysokość zadośćuczynień, które zostały zwiększone w wyrokach sądów II instancji w stosunku do kwoty zasądzonej w wyroku sądu I instancji zostały przedstawione w tabeli 3.35 przy użyciu podstawowych miar statystycznych. W badanej próbie wartość minimalna oraz pierwszy kwartyl zadośćuczynienia zasądzzonego w wyrokach sądów I instancji wynosi 0 zł, co oznacza, że zadośćuczynienie w ogóle nie zostało przyznane. W przypadku wyroków sądów II instancji, wartość minimalna zasądzonej kwoty wyniosła 10 tys. zł, a 25% zadośćuczynień nie przekroczyło 44 tys. zł. Mediana zasądzzonego zadośćuczynienia w I instancji wyniosła 7 tys. zł, a w II instancji 75 tys. zł. Wraz ze wzrostem zasądzonych kwot w I instancji, rosły także kwoty zasądzone w II instancji, choć z mniejszą dynamiką. I tak, 75% zadośćuczynień w wyrokach sądów I instancji nie przekroczyło 36 tys. zł, a w wyrokach sądów II instancji – 115 tys. zł. Wartość maksymalna zadośćuczynienia po postępowaniu apelacyjnym wzrosła o ponad 60% w stosunku do kwoty zasądzonej w I instancji, która wyniosła 500 tys. zł. W uzasadnieniach wyroków zwiększających wysokość zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, sądy II instancji najczęściej powoływały się na nieadekwatną wysokość zasądzonej kwoty w I instancji w stosunku do rozmiaru krzywdy poszkodowanego, a także uwzględnienie nieuzyskania przez pozwanego uświadomionej zgody pacjenta na zabieg. Badane zmienne mają rozkład bardzo prawostronny i bardzo leptokurtyczny.

Następnie, wyroki sądów II instancji, w których kwota zasądzonego zadośćuczynienia nie zmieniła się, podzielono ze względu na rodzaj błędu medycznego w przypadku wyroków przyznających zadośćuczynienie oraz brak błędu medycznego w przypadku wyroków nieprzyznających zadośćuczynienia. Na wykresie 3.13 przedstawiono podział wyroków II instancji niezmiennych wysokości zadośćuczynienia ze względu na rodzaj błędu medycznego. Odmierna liczebność próby ($n = 35$) wynika z uznania i określenia błędu medycznego przez sąd II instancji przy jednoczesnym braku żądania zmiany wysokości zadośćuczynienia przez stronę wnoszącą apelację. W badanej próbie wyroków niezmiennych zasądzonej kwoty 29% stanowią zadośćuczynienia przyznane z tytułu błędu terapeutycznego, 23% z tytułu błędu diagnostycznego, 20% z tytułu naruszenia praw pacjenta, a 14% z tytułu błędu technicznego. Rzadziej, utrzymywana kwota w wyrokach II instancji była w przypadku błędu diagnostyczno-terapeutycznego (9%) oraz błędu organizacyjnego (6%). W stosunku do podziału błędów medycznych w wyrokach I instancji uznających roszczenie, można zauważyć, że jedynie błąd diagnostyczny cechuje się podobnym udziałem.

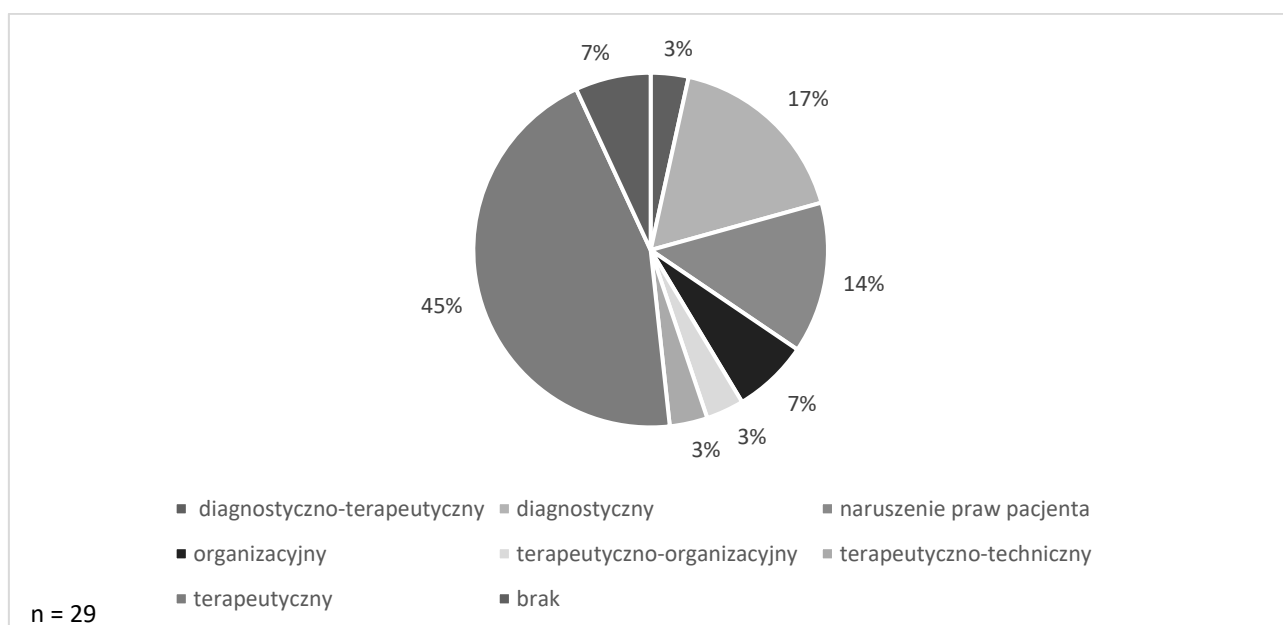


Wykres 3.13. Rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów II instancji niezmiennych wysokości zadośćuczynienia przyznanego w wyroku I instancji

Źródło: opracowanie własne

Ze względu na małą liczbę obserwacji ($n < 10$) dla wyodrębnionych błędów medycznych w wyrokach utrzymujących stanowisko sądu I instancji, nie zaprezentowano podstawowych miar statystycznych wysokości niezmienionego zadośćuczynienia.

Kolejnym badanym czynnikiem w wyrokach sądów II instancji jest podział wysokości zadośćuczynienia ze względu na rodzaj błędu medycznego w wyrokach zmieniających kwotę zasądzoną w wyrokach sądów I instancji. Na wykresie 3.14 zaprezentowano udział wyodrębnionych błędów medycznych w liczbie ogółem błędów medycznych będących tytułem zasądzenia zadośćuczynienia w wyrokach zmieniających wysokość świadczenia. Niemal połowę przypadków stanowiły błędy terapeutyczne (45%), następny w kolejności jest błąd diagnostyczny (17%) i naruszenie praw pacjenta (14%). Każde z pozostałych błędów nie przekroczyło 10%. Co ciekawe, tylko w 7% spraw sąd II instancji stwierdził brak błędu medycznego, pomimo rozpoznania błędu w wyroku sądu I instancji.



Wykres 3.14. Rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów II instancji zmieniających zadośćuczynienie przyznane w wyroku I instancji

Źródło: opracowanie własne

Ze względu na małą liczbę obserwacji ($n < 10$) dla wyodrębnionych błędów medycznych, pominięto zasądzone zadośćuczynienia w podziale na rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów II instancji zmieniających kwotę świadczenia przyznanego w wyroku I instancji.

W tabeli 3.36 opracowano statystykę opisową dla miarkowania zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego na podstawie wysokości uszczerbku w wyrokach sądów II instancji.

50% zasądzonych zadośćuczynień (między 1. a 3. kwartylem) mieści się w przedziale od 2,5 tys. zł do 11,8 tys. zł za 1 % uszczerbku na zdrowiu, a odchylenie standardowe wynosi 5,8 tys. zł. Natomiast 25% najwyższych ilorazów zadośćuczynień i wysokości uszczerbku mieści się w przedziale od 11,8 tys. zł do 20 tys. zł za 1% uszczerbku na zdrowiu. Powyższe można porównać z analizą wyroków sądów I instancji (por. tabela 3.20) oraz z rozwiązaniami systemowymi w wybranych krajach Europy Środkowo-Zachodniej. W Belgii istnieje funkcja miarkowania minimalnego zadośćuczynienia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od wieku poszkodowanego od 165 EUR do 1220 EUR za każdy 1% uszczerbku (por. tabela 2.6). W Hiszpanii system scoringowy umożliwia wyliczenie wysokości zadośćuczynienia w zależności od punktów za uszczerbek na zdrowiu i wieku poszkodowanego (por. tabela 2.9). We Włoszech wysokość zadośćuczynienia rośnie logarytmicznie w zależności od wielkości uszczerbku na zdrowiu i wieku poszkodowanego od 1 tys. EUR za 1% uszczerbku do 5,7 tys. EUR za każdy 1% uszczerbku przy trwałym inwalidztwie w 60% (por. tabela 2.12)

Tabela 3.36. Miarkowanie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego na podstawie wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyrokach sądów II instancji

Wysokość zadośćuczynienia za 1% uszczerbku na zdrowiu	min. (tys. zł)	q1 (tys. zł)	mediana (tys. zł)	średnia arytm. (tys. zł)	q3 (tys. zł)	max. (tys. zł)	odchylenie stand. (tys. zł)	skośność	kurtoza	n
w I instancji	0,8	1,6	3,2	6,5	10,8	20	6,2	1,07	0,04	15
w II instancji	1,5	2,5	7,5	7,8	11,8	20	5,8	0,62	-0,44	16

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 3.37 przedstawiono różnicę zadośćuczynienia przyznanego w wyrokach sądów II instancji i sądów I instancji oraz iloraz zadośćuczynienia przyznanego w wyrokach sądów I instancji i sądów II instancji zwiększających świadczenie (n = 14). Minimalna kwota zwiększenia wysokości zadośćuczynienia wynosi 10 tys. zł. W badanej próbie 25% wyroków sądów II instancji zwiększających świadczenie podniosło kwotę zasądzoną o nie więcej niż 37 tys. zł. Dla obu miar statystycznych iloraz badanych zmiennych wynosi 0%, co oznacza, że 25% wyroków sądów II instancji przyznało zadośćuczynienie, pomimo braku uznania w wyroku sądu I instancji. Mediana różnicy zadośćuczynienia między instancjami wynosi 65 tys. zł. Na podstawie 3 kwartyli można stwierdzić, że 75% wyroków II instancji w badanej próbie podniosło kwotę zadośćuczynienia o nie więcej niż 78 tys. zł i co najmniej 2-krotność kwoty przyznanej w wyroku sądu I instancji. Maksymalnie zadośćuczynienie na podstawie wyroku sądu II instancji wzrosło o 350 tys. zł. Natomiast wartość maksymalna ilorazu zadośćuczynienia

przyznanej wyroku sądu I instancji i wyroku sądu II instancji wynosi 80%. Odchylenie standardowe badanych zmiennych wynosi niecałe 100 tys. zł. Badane obserwacje mają prawostronny (skośność = 2,09) i bardzo leptykurtyczny rozkład (kurtoza = 3,72).

Tabela 3.37. Różnica i iloraz zadośćuczynienia przyznanego w wyrokach sądów II instancji i sądów I instancji zwiększających świadczenie

Rodzaj świadczenia	min.	q1	mediana	średnia aryt.	q3	max.	odchylenie stand.	skośność	kurtoza	n
różnica zadośćuczynienia w II instancji i zadośćuczynienia w I instancji (w tys. zł)	10	36	65	88	78	350	100	2,09	3,72	14
iloraz zadośćuczynienia w I instancji i zadośćuczynienia w II instancji	0%	0%	4%	23%	50%	80%	29%	-	-	

Źródło: opracowanie własne

Podsumowując analizę wyroków sądów II instancji w sprawie o zadośćuczynienie z tytułu błędu medycznego, w kontekście zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym, zdecydowana większość (76%) obserwacji nie powoduje zmiany wysokości zadośćuczynienia zasądzanego w sądzie I instancji, w tym utrzymanie nieprzyznania świadczenia. W badanej próbie tylko 19% zasądzonych zadośćuczynień zostało zmienione na skutek apelacji. Badana zmiana wyroku sądu I instancji w większym stopniu korzystna była dla poszkodowanego – 13% analizowanych obserwacji kończyło się zwiększeniem zasądzonej kwoty, niż dla pozwanego – 6% świadczeń przyznanych w wyrokach sądów I instancji uległo zmniejszeniu.

Na potrzeby niniejszej pracy, analiza wyroków sądów II instancji, choć jest niezbędnym krokiem w analizie i prezentacji wysokości zasądzonych zadośćuczynień, to trudno traktować instytucję odwoławczą jako bezpośrednią determinantę wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, w szczególności w kontekście miarkowania świadczenia. Niemniej jednak, kontekst zarządzania ryzykiem i dostosowywania kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym powoduje, że zarówno przyczyny jak i skutki decyzji sądów II instancji mają bezpośredni wpływ na ostateczną kwotę zadośćuczynienia. Zwłaszcza wymiar jakościowy, a więc uzasadnienie wyroku sądu odwoławczego, okazuje się pomocny dla podmiotów leczniczych w ocenie ryzyka błędu medycznego, nie tylko ze względu na potencjalną zmianę zasądzonej kwoty, ale również na, znamienne w skutkach, wskazywanie

przesłanek uznania błędu medycznego, ocenianie czynu zawinonego czy określanie granic odpowiedzialności podmiotu leczniczego. Należy podkreślić, że w Polsce funkcjonuje system prawa kontynentalnego, a nie precedensowego, jednakże korzystanie z dorobku sądów apelacyjnych jest częstą praktyką.

3.4. Analiza wyroków Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego

Przedmiotem analizy jest 8 wyroków Sądu Najwyższego w sprawie błędu medycznego lub błędu lekarskiego wydanych w latach w 2013-2019 i opublikowanych na stronie bazy orzeczeń Sądu Najwyższego (Sąd Najwyższy, b/d). Pomimo małej liczebności badanej próby, należy podkreślić zarówno pełność dostępnych danych, jako i wagę wyroków Sądu Najwyższego. Ze względu na odmienny charakter postępowania kasacyjnego, każdy wyrok Sądu Najwyższego w badanej próbie będzie poddany osobnej analizie jakościowej, w przeciwieństwie do przyjętych założeń i metod w badaniu wyroków sądów I i II instancji.

Na skutek skargi kasacyjnej powódki wyrokiem z dnia 18 stycznia 2013 r. (sygn. akt IV CSK IV 431/12) Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę sądowi apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego. Przedmiot skargi kasacyjnej dotyczył dwóch roszczeń – z tytułu uszkodzenia ciała oraz z tytułu naruszenia praw pacjenta w zakresie zgody pacjenta na leczenie. W uzasadnieniu analizowanego wyroku Sąd Najwyższy, choć bezpośrednio nie odniósł się do wysokości zadośćuczynienia, to jednak zawarł istotne tezy związane z ustalaniem odpowiedzialności za błąd medyczny i wysokości zadośćuczynienia (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12, s. 7-14):

- *„Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania”;*
- *„W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody”;*

- *„Najogólniej rzecz ujmując, pacjent nie obejmuje zgodą skutków żadnej postaci winy lekarza. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne, nie można natomiast uznać, by ryzykiem pacjenta były objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza – uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony”;*
- *„Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obejmuje normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter; nie oznacza to, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach powikłań”*
- *„Przyjmuje się, że pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, najlżejszej choćby, lekarza”.*

Kolejnym analizowanym jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2015 r. (sygn. akt V CSK IV 738/14), w którym sąd na skutek skargi kasacyjnej powódki, uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Przedmiot skargi kasacyjnej dotyczył poinformowania pacjenta o istniejącym ryzyku powikłań związanych z wykonanym zabiegiem medycznym. Niemniej jednak, powódka wyraziła zgodę na wykonanie zabiegu, jak również potwierdziła, że została pouczona o możliwych konsekwencjach, do których należy m.in. trwałe inwalidztwo. Zgodnie z ustalonym stanem faktycznym, powódka została poddana kilku zabiegom operacyjnym, a tylko pierwszy był planowanym. W ocenie Sądu Najwyższego, obowiązek informacyjny obejmujący także metody leczenia powinien być skuteczniejszy ponownie, stosownie do nowych okoliczności związanych z wystąpieniem komplikacji po pierwszym zabiegu (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2015 r., sygn. akt V CSK 738/14, s. 6-11).

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r. (sygn. akt I CSK 1031/14) skarga kasacyjna powoda została oddalona. Sprawa dotyczyła zakażenia gronkowcem złocistym w

toku operacji przeprowadzonej w placówce pozwanego. Sąd Najwyższy utrzymał stanowisko sądów I i II instancji, że w sprawie nie wykazano, iż przyczyną zakażenia powoda było jakieś bliżej zindywidualizowane zaniedbanie personelu medycznego. Przyczyny zakażenia mogły być przecież inne, np. utrata właściwej odporności powoda. Nie można bowiem zakładać, że każde zakażenie pacjenta w toku leczenia oznacza zaniedbanie podmiotu leczniczego w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego. Całość sprowadza się do ustalenia dwóch zasadniczych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej tj. przypisania pozwanemu winy, choćby tzw. winy bezimiennej, oraz istnienie związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem pozwanego a poniesionym uszczerbkiem majątkowym powoda (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r., sygn. akt I CSK 1031/14, s. 7-8).

Kolejny wyrok będący przedmiotem analizy dotyczył skargi kasacyjnej powoda, pomimo przyznania zadośćuczynienia w wysokości 175 tys. zł w wyroku sądu II instancji z tytułu bezprawnie przeprowadzonego zabiegu. Trudność sprawy polegała na ustaleniu związku przyczynowego przewlekłego i postępującego schorzenia neurodegeneracyjnego powoda. W ocenie biegłych nie ma pewności, jaki byłby stan zdrowia powoda, gdyby nie przeprowadzono zabiegu operacyjnego. Dodatkowo, zwiększone wątpliwości powoduje wadliwie prowadzona pooperacyjna dokumentacja szpitalna, która w ocenie biegłych jest niekompletna, niepotwierdzona służbową pieczęcią, miejscami nieczytelna, a nawet sprzeczna. W ocenie Sądu Najwyższego, w ocenie związku przyczynowego w takich okolicznościach można kierować się kategorią stopnia prawdopodobieństwa, a nie pewności. Sąd Najwyższy uznał, że sąd apelacyjny był uprawniony, aby przyjąć, że przyspieszone pogorszenie stanu zdrowia powoda należy w pewnym stopniu łączyć z zabiegami operacyjnymi przeprowadzonymi u pozwanego, stąd Sąd Najwyższy przypisał pozwanemu odpowiedzialność za szkodę w połowie (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2016 r., sygn. akt II CSK 654/15, s. 11-22).

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2016 r. na skutek skargi kasacyjnej powodów uchylono zaskarżony wyrok i przekazano sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania. Sąd II instancji oddalił apelację powodów od wyroku sądu I instancji, w którym oddalono ich powództwo o odszkodowanie i zadośćuczynienie. Sąd Apelacyjny stwierdził brak przesłanek odpowiedzialności pozwanego, przyjmując z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, że do śmierci poszkodowanego nie doszło w wyniku braku należytej

staranności personelu pozwanego. A fakt braku wolnego miejsca na oddziale intensywnej opieki medycznej pozwanego, na którym szanse poszkodowanego na przeżycie mogłyby ulec zwiększeniu, w ocenie sądu nie mogą być uznane za niedbalstwo pozwanego szpitala. Sąd Najwyższy uchylił wyrok sądu II instancji, ponieważ nie poczyniono wyjaśnienia okoliczności braku miejsc na oddziale (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2016 r., sygn. akt IV CSK 737/15, s. 4-7).

Skarga kasacyjna, odmiennie w stosunku do poprzednich, strony pozwanej została rozpoznana w Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r. Sprawa dotyczyła przyznanego zadośćuczynienia w kwocie 200 tys. zł na rzecz powódki z tytułu uszkodzenia i porażenia splotu ramienia prawego typu Erba, w następstwie którego doszło do niedowładu wiotkiego kończyny (trwały uszczerbek na zdrowiu został ustalony na poziomie 25%). Sąd II instancji oddalił apelację pozwanego. Zgodnie z przyjętym stanem faktycznym w porodzie powódki wystąpił błąd terapeutyczny – bezpodstawnie wybrano środek przyspieszający poród (oksytocynę) bez wskazań medycznych oraz zaniechano rejestracji zapisu kardiokograficznego (KTG) w trybie ciągłym. Stąd też, w ocenie Sądu Najwyższego skarga kasacyjna w zakresie zarzucającym naruszenie art. 415 k.c. i art. 430 k.c. jest bezzasadna i podlega oddaleniu (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r., sygn. akt II CSK 69/17, s. 2-7).

Następnie, przedmiotem analizy jest Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2018 r., którym Sąd Najwyższy zmienił wysokość zadośćuczynienia na skutek skargi kasacyjnej powoda. Powód domagał się kwoty 270 tys. zł tytułem zadośćuczynienia za szkodę na osobie oraz 50 tys. zł z tytułu naruszenia praw pacjenta. Wyrokiem sądu I instancji zasądzono kwotę 50 tys. zł zadośćuczynienia z tytułu szkody niematerialnej, a w pozostałym zakresie powództwo zostało oddalone. Na skutek apelacji obu stron sąd II instancji zmniejszył kwotę zadośćuczynienia do 25 tys. zł i oddalił apelację pozwanego w pozostałej części i apelację powoda w całości. W zakresie roszczenia szkody na osobie, sądy obu instancji były zgodne, że ze względu na brak możliwości ustalenia przyczyny niedowładu nogi u powoda, a właściwie z równym prawdopodobieństwem po 50% mógł on być spowodowany udarem na skutek choroby miażdżycowej jak i neuropatią jako działaniem ubocznym zastosowanego leku znieczulającego, nie zachodzą przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego

w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia. Odmienne jednak, należy ocenić odpowiedzialność pozwanego w związku z naruszeniem praw pacjenta. Powód pozostawał w przekonaniu, że operacja odbędzie się w znieczuleniu ogólnym. Ponadto, powodowi nie udzielono bliższych informacji o innych możliwych metodach znieczulenia i potencjalnych skutkach ubocznych każdej z metod. Nawet w formularzu zgody pominięto pełną nazwę znieczulenia, choć należy podkreślić, że zarówno operacja jak i samo znieczulenie podpajęczynówkowe wraz z wyborem leku i jego dawki, były przeprowadzone prawidłowo, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Sąd II instancji dostrzegł, że na negatywne odczucia powoda wpłynęło powikłanie, za który pozwany nie ponosi odpowiedzialności i nie może być ono brane pod uwagę przy ocenie krzywdy powoda związanej z naruszeniem dóbr osobistych. Jednakże, w ocenie Sądu Najwyższego ziszczenie się ryzyka medycznego, o którym pacjent nie został uprzedzony, w istotny sposób wpływa na rozmiar doznanej krzywdy. Twierdzenie to zostało utrzymane, pomimo tego, że bez znieczulenia wykonanie operacji było niemożliwe, a wybrana metoda znieczulenia była dla pacjenta najbardziej bezpieczna, więc w razie uzyskania należytej informacji, pacjent prawdopodobnie i tak nie zrezygnowałby z operacji, ani nie wybrałby innego sposobu znieczulenia. Powyższe jednak nosi znamiona naruszenia autonomii decyzyjnej pacjenta i jest wystarczającą przesłanką do uznania roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta. Finalnie Sąd Najwyższy nie podzielił oceny sądu II instancji, jakoby kwota zasądzonego zadośćuczynienia była rażąco zawyżona, oraz wskazał na konieczność uwzględnienia powyższego czynnika – zwiększając kwotę zadośćuczynienia z 25 tys. zł do 40 tys. zł (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2018 r., sygn. akt I CSK 550/17, s. 2-5, 9-11).

Ostatni badany wyrok Sądu Najwyższego został wydany 19 czerwca 2019 r. na skutek skargi kasacyjnej powódki, w którym oddalono tę skargę w odniesieniu do roszczenia o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta oraz uchylono zaskarżony wyrok w części oddalającej apelację powódki w pozostałym zakresie i w tym zakresie przekazano sprawę do ponownego rozpoznania. Sprawa dotyczyła poddania powódki operacji niemal całkowitej resekcji gruczołu tarczowego zamostkowego, w trakcie której uszkodzono oba nerwy krtaniowe zwrotne oraz wskazano powikłania po operacji – przemijającą niedoczynność przytarczyc oraz trwałe, obustronne niedowład fałdów głosowych. Wyrokiem Sądu Okręgowego z dnia 17 lutego 2017 r. zasądzono kwotę 20 tys. zł zadośćuczynienia dla powódki

z tytułu naruszenia praw pacjenta, w pozostałym zakresie oddalono powództwo. Wyrokiem Sądu Apelacyjnego z dnia 19 grudnia 2017 r. sąd oddalił apelacje obu stron (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2019 r., sygn. akt II CSK 279/18, s. 1-5). Sądy uznały za uzasadnione jedynie roszczenie w związku z naruszeniem praw pacjenta w zakresie niepoinformowania powódki o ewentualnych powikłaniach zabiegu operacyjnego w postaci zaburzenia oddychania czy porażenia nerwów. W pozostałym zakresie sądy obu instancji uznały, że niespełnione są przesłanki odpowiedzialności pozwanego, ponieważ w ich ocenie uszczerbek powódki był wynikiem powikłań pooperacyjnych, a nie błędu medycznego, opierając się w swym twierdzeniu na trzech opiniach biegłych, w których leczenie powódki było ocenione jako prawidłowe (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2019 r., sygn. akt II CSK 279/18, s. 8-10). Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku podkreślił jednak, że sąd nie jest związany opinią biegłych w zakresie, który jest zastrzeżony dla wyłącznej kompetencji sądu – w tym przypadku oceny zawinionego błędu medycznego, który jest kategorią prawną. *„Ocena ta musi mieć wystarczającą podstawę faktyczną, ustalaną z wykorzystaniem wiadomości specjalnych, jednakże w opinii biegłego doniosła jest nie tylko ostateczna konkluzja, ale także poszczególne fachowe stwierdzenia, pozwalające na uchwycenie przez sąd prawnie relewantnego wycinka rzeczywistości i rządzących nim „praw”, tj. przyczyn, skutków i zależności”*. W przedmiotowej sprawie, w ocenie Sądu Najwyższego, jednym z podstawowych elementów prawidłowego postępowania w przypadku operacji takiej jak u powódki jest ochrona nerwów krtaniowych wstecznych. Natomiast z dopuszczonych opinii biegłych wynika, że u powódki doszło do całkowitego obustronnego uszkodzenia tych nerwów i że najbardziej prawdopodobną przyczyną było ich przecięcie. Przy ocenie, czy podjęte leczenie miało znamiona zawinionego błędu medycznego znamienne okazuje się, czy zdarzenie (przecięcie nerwów) miało charakter nieuchronny, tzn. czy dało się go uniknąć mimo wystarczającej wiedzy i umiejętności zespołu operującego oraz dołożenia przez nich należytej staranności, czy też można było go uniknąć. Pomimo że w ocenie Sądu Najwyższego powódka nie ma praktycznej możliwości przedstawienia bezpośredniego dowodu, iż przyczyną uszkodzenia nerwu była nieumiejętność lub niestaranność, to jednak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku stwierdził, że opinie biegłych nie zawierają żadnych rozważań, czy najbardziej prawdopodobną przyczyną uszkodzenia nerwów było zdarzenie przypadkowe, czy też

przyczyny obciążające zespół operujący, a wyjaśnienie tych kwestii może być istotne dla oceny prawdopodobieństwa zawinionych i niezawinionych przyczyn zdarzenia. Stąd też, Sąd Najwyższy stwierdził, że wywody Sądów obu instancji nie uwzględniają w wystarczającym stopniu tych okoliczności powstania szkody (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2019 r., sygn. akt II CSK 279/18, s. 18-19).

Przeprowadzona analiza wyroków Sądu Najwyższego różni się znacząco od badania wyroków sądów I i II instancji, ze względu na odmienny charakter skargi kasacyjnej i pozwu. Z tego tytułu odstąpiono od badania ilościowego, jednakże ze względu na istotną wagę tez zawartych w wyrokach Sądu Najwyższego przeprowadzono badanie jakościowe. W badanej próbie wyroki Sądu Najwyższego nie zawierały katalogu czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Takie katalogi zostały wskazane przez Sąd Najwyższy w wyrokach z lat 60-tych i 70-tych XX wieku i są chętnie cytowane przez sądy do dnia dzisiejszego (Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 stycznia 2019 r., s. 11; Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 2 lipca 2019 r., s. 21; Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 30 grudnia 2013 r., s. 10). W badanej próbie, Sąd Najwyższy wypowiedział się jedynie w zakresie małego wycinka rzeczywistości błędu medycznego, będącego przedmiotem skargi, dotyczącego głównie podstaw odpowiedzialności pozwanego. Podstawy te jednak są brzemienne w skutkach przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, w szczególności w zakresie odpowiedzialności z tytułu naruszenia praw pacjenta.

3.5. Identyfikacja determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego

W poszukiwaniu determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, dokonano badania wyroków sądów I instancji oraz sądów II instancji, a także wyroków Sądu Najwyższego w zakresie błędu medycznego. Z jednej strony determinanty wysokości zadośćuczynienia zostały określone w wyrokach Sądu Najwyższego już w latach 60-tych i 70-tych XX wieku – czas trwania i stopień intensywności cierpień fizycznych i psychicznych, nieodwracalność skutków urazu, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, wiek poszkodowanego, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 października 1967 r., sygn. akt I CR 224/67, OSNCP 1968, poz. 107, za: Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 stycznia 2019 r., s. 11), pozbawienie możliwości osobistego wychowywania dzieci i zajmowanie się gospodarstwem domowym, konieczność

korzystania z pomocy innych osób przy prostych czynnościach życia codziennego, niemożność wykonywania zawodu, uprawiania sportów, pracy twórczej lub artystycznej (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 września 1999 r., sygn. akt III CKN 339/98, OSP 2000 r., nr 4, poz. 66, za: Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 stycznia 2019 r., s. 11). Z drugiej strony, determinanty te nie mają charakteru katalogu zamkniętego czy przyjętego w drodze aktu prawnego, stąd też różnią się między sobą. I tak chociażby w innym wyroku Sądu Najwyższego (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 1974, s. 4) przy ocenie wysokości zadośćuczynienia wymieniono następujące determinanty: rozmiar cierpień fizycznych, długość leczenia, rozmiar krzywdy moralnej, skutki urazu w życiu codziennym, zdolność do pracy i nauki oraz konieczność pomocy osób trzecich. Stąd też, pokusy zbudowania swoistego kalkulatora wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego należy raczej unikać, ponieważ indywidualizacja miarkowania zadośćuczynienia jest podkreślana niemal w każdym wyroku sądu zarówno I i II instancji jak i Sądu Najwyższego. Niemniej jednak, powyższe nie wyklucza analizy danych historycznych, a wręcz wydaje się to wskazane w kontekście zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym, jako narzędzie ułatwiające i wspierające, ale nieumożliwiające na przykład dokładnej wyceny potencjalnego zadośćuczynienia na etapie złożenia roszczenia.

Zgodnie z przyjętymi założeniami analizowane czynniki wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego zostały podzielone na cztery grupy: organizacyjne, ekonomiczno-społeczne, medyczne i prawne. W niniejszej pracy, przesłanką do uznania danego czynnika za determinantę wysokości zadośćuczynienia jest wykazanie zależności, bezpośredniej lub pośredniej, między danym czynnikiem a wysokością zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Łącznie, na podstawie przeprowadzonego badania wyroków sądów powszechnych, zidentyfikowano 15 determinant wysokości zadośćuczynienia za szkodę na osobie z tytułu błędu medycznego.

Czynniki organizacyjne

Na podstawie przeprowadzonej analizy w badanej próbie, brakuje podstaw do uznania regionu apelacji za determinantę wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Niemniej jednak, zarządzanie ryzykiem błędu medycznego powinno uwzględniać region apelacji, ze względu na odmienne szkoły nauk prawnych w danych regionach oraz samodzielność jurysdykcyjną sądów cywilnych (Andrzejewski, 2016, s. 40-41), a co za tym idzie

odmienne również linie orzecznicze. Czynniki ten ma jednak charakter jakościowy i dotyczy m.in. określania błędu medycznego czy uznawania przesłanek odpowiedzialności podmiotu leczniczego.

Pierwszą determinantą w badanej próbie jest rodzaj pozwanego podmiotu. Pomimo że w badaniu wykluczono procesy, w których lekarz jest stroną pozwaną, ze względu na małą liczbę obserwacji, to można zaobserwować istotne różnice w wysokości zasądzonej kwoty w zależności od rodzaju podmiotu pozwanego. Ciekawą zależnością jest uczestnictwo w procesie ubezpieczyciela. Jeżeli podmiot leczniczy jest jedynym pozwanym, to mediana zadośćuczynienia wynosi 70 tys. zł, a średnia arytmetyczna 102 tys. zł. Jednak, gdy przypozwanym jest również ubezpieczyciel mediana rośnie o ponad 20% i wynosi 85 tys. zł, a średnia arytmetyczna rośnie o ponad 70% i wynosi 175 tys. zł. Przyczyną takiego zjawiska może być świadomość prawna powoda i dążenie do odpowiedzialności solidarnej pozwanego i jego ubezpieczyciela, w szczególności w przypadku, gdy rozmiar szkody jest znaczny.

Badane czynniki takie jak region apelacji, długość trwania procesu oraz rok wydania wyroku, w badanej próbie nie wykazują istotnej zależności z wysokością zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Czynniki ekonomiczno-społeczne

Kolejną determinantą wysokości zasądzanego zadośćuczynienia jest wysokość roszczonej kwoty. Pomimo że wysokość roszczenia nie wpływa bezpośrednio na miarkowanie świadczenia, to jednak zasądzona kwota zależy od kwoty roszczenia. Choć należy pamiętać, że wysokie zasądzone zadośćuczynienie wynika z wysokiego roszczenia. Jednakże wysokie roszczenie nie przesądza jeszcze o wysokiej kwocie przyznanej przez sąd.

Konsekwencje w życiu osobistym i społecznym powoda należy uznać za następną determinantę wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego,. W badanej próbie widoczna jest różnica dla każdego badanego parametru dla umiarkowanych i poważnych konsekwencji. Można zatem przyjąć tezę, że wysokość zasądzanego zadośćuczynienia rośnie wraz z powiększeniem zakresu konsekwencji błędu medycznego w życiu poszkodowanego.

Następnym czynnikiem wysokości zadośćuczynienia wymagającym podkreślenia jest wiek poszkodowanego, jednak w ograniczonym zakresie. Zdecydowanie najwyższymi parametrami – q1, medianą, średnią arytmetyczną, q3 i wartością maksymalną wysokości zadośćuczynienia

z tytułu błędu medycznego odnotowano dla wieku niemowlęcego. Natomiast dla pozostałych grup wiekowych nie zauważono zależności pomiędzy wiekiem a kwotą zadośćuczynienia. Należy zatem dodać, że sam wiek nie przesądza o wysokości zadośćuczynienia, ponieważ w badanej próbie powodowie w wieku niemowlęcym doznali zazwyczaj błędu medycznego w trakcie porodu, co skutkowało poważnymi konsekwencjami w życiu (najczęściej niedotlenienie okołoporodowe). Powyższe znajduje zresztą potwierdzenie w niskim współczynniku korelacji rang Spearmana. Warto jednak podkreślić szczególny charakter wieku poszkodowanego w kontekście prowadzonych badań. W przypadku noworodków, należy bowiem uwzględnić zarówno stosunkowo szeroki zakres szkód, jakie mogą powstać przy zaniechaniu lub nieprawidłowym świadczeniu usługi przyjęcia porodu. Ponadto, konsekwencje popełnienia błędu medycznego na noworodku, z racji chociażby wieku, mogą być najdłuższe.

Kolejną determinantą wysokości zadośćuczynienia, ale również istotnym czynnikiem ze względów formalno-prawnych, jest rodzaj strony powodowej – poszkodowany oraz osoba bliska poszkodowanego. Wartość minimalna, pierwszy kwartył i mediana są znacząco mniejsze w przypadku zadośćuczynienia dla poszkodowanego (kolejno 4 tys. zł, 16 tys. zł, 50 tys. zł), niż dla osób bliskich poszkodowanego (odpowiednio 10 tys. zł, 55 tys. zł, 80 tys. zł). Co ciekawe, 75% zadośćuczynień zarówno dla poszkodowanego jak i osoby bliskiej poszkodowanego nie przekracza 100 tys. zł, jednakże wartość maksymalna i odchylenie standardowe zadośćuczynienia odnotowano zdecydowanie wyższe dla poszkodowanego (odpowiednio 1 mln zł i 225 tys. zł) niż dla osoby bliskiej (kolejno 300 tys. zł i 57 tys. zł). Zatem, zadośćuczynienia przyznane bezpośrednio poszkodowanym można podzielić na dwie grupy. Pierwsza, to kwoty odpowiadające stosunkowo niewielkim szkodom, wynikającym z małego zakresu szkody, znikomych konsekwencjach w życiu lub naruszenia praw pacjenta. Druga, to zadośćuczynienia za szkody spowodowane błędem medycznym o dużym rozmiarze, znacznie przekraczającą krzywdę wynikającą z utraty osoby bliskiej, np. spowodowanie kalectwa lub trwałe pozbawienie szans na pracę lub radości z życia, stąd znacznie większa wartość maksymalna zadośćuczynienia przyznanego bezpośrednio poszkodowanemu niż osobie bliskiej.

Za determinantę wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, w ramach roszczenia osoby bliskiej poszkodowanego, można uznać rodzaj pokrewieństwa powoda z poszkodowanym. W badanej próbie brakuje podstaw do uznania tego czynnika za

determinantę ze względu na małą liczbę obserwacji dla każdego rodzaju relacji osoby bliskiej z poszkodowanym, za wyjątkiem rodziców. Jednak na podstawie analizy literatury przedmiotu, w tym propozycji kwot zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w Polsce, przygotowanej przez Forum Zadośćuczynień (tabela 2.10), rodzaj relacji osoby bliskiej z poszkodowanym należy uznać za determinantę, ponieważ bliskość relacji z poszkodowanym na bezpośredni wpływ ma rozmiar krzywdy wynikający z utraty tej osoby.

Czynniki medyczne

Pierwszą determinantą wysokości zadośćuczynienia, w ramach grupy czynników medycznych, jest rodzaj przyczyny szkody. W badanej próbie nie zaobserwowano prostych prawidłowości między wysokością zadośćuczynienia a rodzajem przyczyny szkody. Można jednak zaobserwować, że 25% i 50% najmniejszych zasądzonych kwot jest zdecydowanie mniejsze, gdy przyczyną szkody jest błąd w diagnozie. Natomiast największe wartości, w pierwszej połowie obserwacji, można odnotować, gdy przyczyną szkody jest zakażenie. Odmienny obraz analizowanej próby badawczej ma miejsce w 50% największych obserwacji. Wskazuje na to chociażby zdecydowanie największe odchylenie standardowe, jeżeli przyczyną szkody jest błąd w diagnozie i zaniechanie wykonania diagnostyki (odpowiednio 256 tys. zł i 133 tys. zł), dla których również odnotowano największe wartości maksymalne zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Warto podkreślić również stosunkowo niskie odchylenie standardowe, a także rozkład obserwacji zbliżony do normalnego, gdy przyczyną szkody jest zakażenie. Co ciekawe, można także zaobserwować pewne różnice w przypadku, gdy przyczyną szkody jest błąd w diagnozie i zaniechanie wykonania diagnostyki. Małe szkody (50% najmniejszych), są zdecydowanie większe w przypadku zaniechania diagnostyki, natomiast duże szkody (50% największych) są większe w razie błędów w diagnozie.

Za determinantę wysokości zadośćuczynienia można również uznać rodzaj błędu medycznego. Na podstawie podstawowych miar statystycznych można stwierdzić, że najmniejsze zadośćuczynienie przyznawane jest w przypadku naruszenia praw pacjenta (75% nie przekracza 36 tys. zł). Zbliżoną wartość mediany, średniej arytmetycznej i 3. Kwartylu zasądzanego zadośćuczynienia można zaobserwować dla błędu technicznego i terapeutyczno-organizacyjnego. Natomiast, pomimo umiarkowanej mediany, największym 3. Kwartylem, wartością maksymalną i odchyleniem standardowym charakteryzują się zadośćuczynienia za

błąd diagnostyczny. Warto również podkreślić, że w badanej próbie, zadośćuczynienia przyznane w związku z błędem terapeutyczno-organizacyjnym są bardzo zbliżone do rozkładu normalnego.

Rodzaj szkody – uszczerbku na zdrowiu lub krzywdy stanowi następną determinantę wysokości zadośćuczynienia. Można zauważyć wyraźną różnicę, pomiędzy niemal wszystkimi miarami statystycznymi dla zadośćuczynień przyznanych za krzywdę w związku ze śmiercią osoby bliskiej oraz krzywdy bezpośrednio poszkodowanego. Na podstawie badanej próby również stwierdzić, że najmniejsze zadośćuczynienia są zasądzone w przypadku krzywdy bezpośrednio poszkodowanego (75% nie przekracza 33 tys. zł). Pomimo zbliżonej mediany z zadośćuczynieniem za śmierć osoby bliskiej (25% największych kwot mieści się w przedziale 100 tys. zł – 300 tys. zł), zdecydowanie największe zadośćuczynienia odnotowano w przypadku uszczerbku na zdrowiu (25% największych kwot mieści się w przedziale 150 tys. zł – 1 mln zł).

Następny czynnik medyczny, cechuje się dodatnią choć umiarkowaną korelacją na podstawie współczynnika korelacji Pearsona i silną dodatnią korelacją według współczynnika korelacji rang Spearmana. Jest nim wysokość uszczerbku na zdrowiu. Należy jednak podkreślić, że 44% zasądzonych zadośćuczynień w badanej próbie nie dotyczyło uszczerbku na zdrowiu, a 10% zadośćuczynień przyznano pomimo braku uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli jednak poszkodowany doznał uszczerbku na zdrowiu, to w pewnym uproszczeniu można stwierdzić, że im większy uszczerbek na zdrowiu, tym sądy zasądają większe zadośćuczynienia.

Specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny stanowi kolejną determinantę wysokości zadośćuczynienia. W badanej próbie sądy przyznawały największe zadośćuczynienia, jeżeli błędy medyczne były popełniane na oddziale ginekologii i położnictwa – połowa obserwacji przekracza 100 tys. zł, a 25% największych obserwacji mieści się w przedziale od 210 tys. zł do 1 mln zł. Dla pozostałych badanych specjalizacji poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny nie zaobserwowano istotnych różnic.

Ostatnim czynnikiem medycznym, który można uznać za determinantę wysokości zadośćuczynienia jest rodzaj leczenia. Jeżeli błąd medyczny dotyczył leczenia stacjonarnego widoczna jest zdecydowanie wyższa wartość każdej zastosowanej miary statystycznej niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego.

Czynniki prawne

Pierwszą determinantą wysokości zadośćuczynienia o charakterze prawnym jest podstawa odpowiedzialności pozwanego za błąd medyczny. Zdecydowanie najniższe zasądzone kwoty można zaobserwować, jeżeli podstawą odpowiedzialności pozwanego jest art. 4 ust. 1 U. p.p i RzPP. W przypadku podstawy określonej w art. 415 k.c. (w tym art. 415 k.c. i art. 822 k.c.) oraz art. 430 k.c. zależność jest bardziej złożona. Obie podstawy odpowiedzialności charakteryzują się podobnymi wartościami w 50% najmniejszych kwot. Natomiast 50% największych kwot jest zdecydowanie większe w przypadku odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. (25% największych zadośćuczynień mieści się w przedziale od 128 tys. zł do 1 mln zł) niż art. 415 k.c. (25% największych zadośćuczynień mieści się w przedziale od 80 tys. zł do 300 tys. zł).

Kolejny czynnik, który można uznać za determinantę wysokości zadośćuczynienia to podstawa prawna przyznania świadczenia. Zdecydowanie najniżej wyceniane przez sądy są świadczenia w związku z naruszeniem dobra osobistego (art. 448 k.c.). Jednakże w przypadku zadośćuczynienia za doznaną krzywdę spowodowaną uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia oraz całkowitą lub częściową utratą zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększonymi potrzebami lub zmniejszonymi widokami na przyszłość (art. 445 § 1 k.c.) oraz zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę dla najbliższych członków rodziny zmarłego (art. 446 § 4 k.c.) nie odnotowano tak prostej zależności. Widoczne są jednak większe wartości pierwszego kwartylu i mediany zadośćuczynienia przyznanego na podstawie art. 446 § 4 k.c. – odpowiednio 58 tys. zł i 80 tys. zł, w stosunku do świadczenia przyznanego na podstawie art. 445 § 1 k.c. – kolejno 24 tys. zł i 60 tys. zł. Jednakże 25% największych zadośćuczynień przyznawane z art. 445 § 1 k.c. mieści się w przedziale od 150 tys. zł do 1 mln zł, a z art. 446 § 4 k.c. zamyka się w przedziale od 100 tys. zł do 300 tys. zł. Badane czynniki takie jak wysokość wygrania procesu, udział interwenienta ubocznego oraz czas inkubacji szkody nie wykazują istotnej zależności z wysokością zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Wyroki sądów II instancji a zmiana wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego

Ze względu na ograniczone możliwości przedstawienia rozwoju każdej sprawy w I i II instancji, z uwagi na zakres publikowanych wyroków, podjęto się próby pokazania rozwoju spraw w obu instancjach o charakterze ogólnym – to jest czy, a jeżeli tak, to jakie wyroki sądów

I instancji zostają zmieniane przez sądy II instancji. Przyjęcie takiego założenia badawczego podyktowane było również charakterystyką i zakresem pracy sądów II instancji, co skutkuje między innymi dużo węższym opisem stanu faktycznego w uzasadnieniu wyroku, w stosunku do opisu stanu faktycznego w wyroku sądu I instancji.

Kolejną determinantą wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego jest wynik postępowania apelacyjnego. W badanej próbie aż w 71% wyroków sądy II instancji oddaliły apelację, co daje podstawy do stwierdzenia, że wyrok sądu I instancji, pomimo postępowania odwoławczego, nie zostanie zmieniony z prawdopodobieństwem 71%. Wyniki postępowania, takie jak oddalające powództwo oraz uchylające wyrok stanowią odpowiednio jedynie 1% i 3% analizowanych wyroków II instancji. Kolejne czynniki wysokości zadośćuczynienia dotyczą zatem wyroków sądów II instancji zmieniających wyrok sądu I instancji – to jest uznających apelację powoda lub pozwanego, które łącznie stanowią 25% wyroków sądu II instancji w przedmiotowym badaniu.

Następnym badanym czynnikiem, obecnym jedynie w postępowaniu apelacyjnym, jest zaskarżenie wysokości zadośćuczynienia oraz jego skutek. Niemal wszystkie apelacje (aż 97% wyroków), bez względu, czy powoda, czy pozwanego, zawierały zaskarżenie wysokości zadośćuczynienia przyznanego lub nieprzyznanego w wyroku sądu I instancji. Uwzględniając jednak zarówno wyroki oddalające oraz uznające apelacje, choć nie zmieniające wysokości zadośćuczynienia, to łącznie aż 76% wyroków sądów II instancji nie zmieniło wysokości zadośćuczynienia. Natomiast zmiana wysokości zadośćuczynienia nastąpiła w 19% wyroków sądów okręgowych II instancji i sądów apelacyjnych. Wyroki zmniejszające wysokość zadośćuczynienia stanowią w badanej próbie 6% wyroków sądów II instancji i aż 75% z nich zmniejszyło wysokość zadośćuczynienia do 0 zł – oddalając powództwo lub uchylając zadośćuczynienie przyznane w wyroku sądu I instancji. W pozostałych przypadkach zadośćuczynienie było obniżane o od 30% do 70% kwoty zasądzonej w wyrokach sądów I instancji. Wyroki sądów II instancji przyznające zadośćuczynienie, stanowiły w badanej próbie zaledwie 4% wyroków i w większości dotyczyły naruszenia praw pacjenta. Odmienne stanowisko w postępowaniu odwoławczym wynikało w głównej mierze z innej oceny stanu faktycznego skutkującej uznaniem odpowiedzialności pozwanego. Ostatnią analizowaną zmianą wysokości zadośćuczynienia w wyniku postępowania apelacyjnego są wyroki

zwiększające kwoty zasądzone w wyrokach sądu I instancji. Mediana zadośćuczynienia przyznanego w I instancji wyniosła 7 tys. zł, a w ramach tych samych spraw, w wyniku postępowania apelacyjnego mediana zadośćuczynienia wzrosła do 75 tys. zł, a wartość maksymalna wzrosła z 500 tys. zł do 850 tys. zł. Sądy II instancji w uzasadnieniu wyroku zwiększającego kwotę zadośćuczynienia argumentowały zmianę adekwatnością wysokości zasądzonej kwoty do rozmiaru krzywdy. Jednakże większość wyroków dotyczyło naruszenia praw pacjenta, a dokładniej uwzględnienia nieuzyskania uświadomionej zgody pacjenta na zabieg.

Wyroki Sądu Najwyższego a zmiana wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego

Nieco odmienną rolę w przeprowadzonym badaniu pełnią wyroki Sądu Najwyższego ze względu na charakter i zakres skarg kasacyjnych oraz samych wyroków. Mając jednak na uwadze wagę wyroków Sądu Najwyższego, należy przypisać im niezbędną w kompletnej analizie przedmiotowej, choć zawarte w wyroku tezy mają raczej charakter ogólny i w większości dotyczą zasad ustalania i podstaw odpowiedzialności z tytułu błędu medycznego. Ponadto, na podstawie analizowanych wyroków można stwierdzić, że w ostatnich latach następuje widoczne rozszerzanie katalogu, o co raz to nowe krzywdy, będące podstawą do zasądzenia zadośćuczynienia, w tym z tytułu błędu medycznego. Z jednej strony Sąd Najwyższy już wielokrotnie wymieniał w swoich wyrokach determinanty wysokości zadośćuczynienia, zaś z drugiej strony – w systemie prawa kontynentalnego – każdy sąd dokonuje własnej oceny rozmiaru krzywdy, a w Polsce to sąd każdorazowo i indywidualnie miarkuje zadośćuczynienie. Należy jednak podkreślić, że skarga kasacyjna jest narzędziem stosowanym zdecydowanie rzadziej niż postępowanie apelacyjne, ze względu na swój nadzwyczajny charakter, a postępowanie przed Sądem Najwyższym nie jest III instancją. Zatem, nie sposób przyjąć skargę kasacyjną i wyrok Sądu Najwyższego jako determinantę wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Podsumowując powyższe rozważania, w tabeli 3.38 przedstawiono zbiór determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego zidentyfikowanych na podstawie badania wyroków sądów I i II instancji, studium literatury przedmiotu oraz analizy wyroków Sądu Najwyższego. Można zauważyć, że część zidentyfikowanych determinant występuje zarówno w badaniu wyroków sądów I instancji, literaturze przedmiotu lub wyroków Sądu

Najwyższego. I tak, wiek poszkodowanego występuje w każdym prezentowanym źródle, rodzaj przyczyny szkody oraz wysokość uszczerbku na zdrowiu można zaobserwować zarówno w badaniu empirycznym jak i w literaturze przedmiotu, a czas trwania następstw szkody jest wymieniany jako determinanta wysokości zadośćuczynienia w literaturze oraz wyrokach Sądu Najwyższego.

Tabela 3.38. Zestawienie determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego

Wyroki sądów I i II instancji	Literatura przedmiotu	Wyroki Sądu Najwyższego
• Rodzaj pozwanego podmiotu • Wysokość roszczonej kwoty • Konsekwencje w życiu osobistym i społecznym powoda • Wiek poszkodowanego • Rodzaj strony powodowej • Rodzaj pokrewieństwa z poszkodowanym • Rodzaj przyczyny szkody • Rodzaj błędu medycznego • Rodzaj szkody - uszczerbek na zdrowiu lub krzywda • Wysokość uszczerbku na zdrowiu • Rodzaj leczenia • Specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny • Podstawa prawna odpowiedzialności pozwanego • Podstawa prawna przyznania świadczenia • Wynik postępowania apelacyjnego	• Dochód netto poszkodowanego • Przeciętne wynagrodzenie w kraju • Wiek poszkodowanego • Siła więzi emocjonalnej z ofiarą • Istotność naruszenia więzi z ofiarą • Okoliczności rodzinne • Wspólne gospodarstwo domowe (wspólne zamieszkiwanie) • Jedyństwo • Liczba członków rodziny po śmierci ofiary • Śmierć obojga rodziców • Rodzaj przyczyny szkody • Zakres szkody • Poziom bólu • Wysokość uszczerbku na zdrowiu • Czas trwania bólu • Czas trwania następstw szkody • Stopień brutalności czynu sprawczego	• Szanse na przyszłość • Poczucie nieprzydatności społecznej • Bezradność życiowa • Pozbawienie możliwości osobistego wychowywania dzieci i zajmowania się gospodarstwem domowym • Konieczność korzystania z pomocy innych osób przy prostych czynnościach życia codziennego • Niemożność wykonywania zawodu, uprawiania sportów, pracy twórczej lub artystycznej • Wiek poszkodowanego • Rodzaj wykonywanej pracy • Nieodwracalność skutków urazu • Czas trwania następstw szkody

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rozdział 4. Znaczenie kontroli ryzyka w zarządzaniu ryzykiem podmiotu leczniczego

4.1. Tradycyjne koncepcje zarządzania ryzykiem

Podejście społeczeństwa, przedsiębiorstw jak i całej gospodarki do ryzyka niewątpliwie zmieniało się na przestrzeni czasu. Badając historię zarządzania ryzykiem można wyodrębnić dwie epoki. Pierwsza epoka to czas kiedy zarządzanie ryzykiem wypływało z instynktów lub było po prostu naturalnym zachowaniem (Byczko, 2013, s. 183). Natomiast druga epoka to okres systematyzacji zarówno kategorii ryzyka jak i zarządzania ryzykiem.

Za prekursora zarządzania ryzykiem uznaje się Henriego Fayola, znanego ze sformułowania czternastu zasad zarządzania, który pośród różnych funkcji przedsiębiorstwa wyróżnia również funkcję ochrony majątku i osób (Hadyniak, 2010, s. 31). Znamienna okazała się publikacja z 1921 roku przedstawiciela szkoły chicagowskiej – Franka Hynemana Knighta, pt.: *„Risk, Uncertainty and Profit”* (Kaczmarek, 2010, s. 14). W swojej pracy rozróżnił on niepewność mierzalną i niemierzalną. Tę pierwszą nazwał ryzykiem (Ronka-Chmielowiec, 2013a, s. 11). Należy dodać, że problematyka ryzyka dla Knighta była odpowiedzią na pytanie o źródło zysku przedsiębiorstwa, ponieważ do zbioru rzeczy niepewnych zaliczył on właśnie zysk (Wojtysiak-Kotlarski, 2011, s. 37). W tym samym roku ukazała się książka J.M. Keynesa pt. *„A Treatise on Probability”*, w której podkreśla on, że zdarzenia gospodarcze zależą od prawa wielkich liczb, co upowszechniło stosowanie rachunku prawdopodobieństwa w ekonomii (Ronka-Chmielowiec, 2013a, s. 14-15). W 1926 roku węgierski badacz – John von Neumann, twórca teorii gier, wskazał, że ważniejszym celem od chęci zwycięstwa jest dążenie do nieponiesienia strat (Kaczmarek, 2010, s. 14).

Dopiero na przełomie lat 50-tych i 60-tych XX wieku zaczął się formować współczesny kształt zarządzania ryzykiem (Vaughan, 1996; Douglas, 1994), głównie za sprawą badaczy H.W. Snidera, R.I. Mehra oraz B.A. Hedgesa (Hadyniak, 2010, s. 31). I tak, opracowanie pt.: *„Portfolio Selection”* z 1952 roku Harryego Markovitza, laureata Nagrody Nobla, zawiera zmatematyzowane metody mierzenia ryzyka finansowego, które są aktualne do dzisiaj (Dionne, 2013, s. 6). Cztery lata później H.W. Snider oraz H. Denenberg, a także Russel Gallagher postulowali, aby menedżer ubezpieczeniowy był równocześnie menedżerem ryzyka.

Był to wyraźny sygnał, że już wtedy odróżniano zarządzanie ryzykiem od zarządzania ubezpieczeniami.

Warto zwrócić uwagę na koncepcję *cost-of-risk*⁴¹ Douglasa Barlowa z 1962 roku, która obejmowała analizę własnych strat, wypłaconych odszkodowań ubezpieczeniowych, kontrolę kosztów administracyjnych oraz aktywów i posiadanych akcji. Natomiast w 1974 roku Gustaw Hamilton dokonał schematu interakcji w procesie zarządzania ryzykiem, obrazując etapy od identyfikacji ryzyka przez kontrolę po finansowanie ryzyka. Również w latach 80-tych pojawił się termin *Value at risk* (VaR), tłumaczony jako „wartość zagrożona ryzykiem”, który opiera się na rozkładzie Gaussa i ma zastosowanie w matematyce finansowej oraz ubezpieczeniowej (Dionne, 2013, s. 6; Crouhy, Galai i Mark, 2014, s. 234-236; Otto, 2015, s. 310-312). Lata 90-te XX wieku to istotny okres dla dzisiejszego kształtu zarządzania ryzykiem. W 1990 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) rozpoczęła dziesięcioletni program badania przyczyn i skutków katastrof naturalnych – INDOR (*The International Decade for Natural Disaster Reduction*). Pomimo że program ten miał charakter zarządzania kryzysowego, to przedstawiono w nim przyczyny ryzyka katastrof naturalnych, możliwe zagrożenia oraz metody zapobiegania im (Kaczmarek, 2010, s. 17). Nieco odmienne tezy zawiera teoria społeczeństwa światowego ryzyka, która jest poniekąd odpowiedzią na wyraźny w ostatnich latach trend globalizacji. W teorii U. Becka przyjęto nową, dostosowaną do warunków globalizacji, kategorię – „wspólnoty ryzyka”, która w kontekście społeczności nie jest w stanie stawić się najpilniejszym problemom, które same stwarzają, a wszyscy są w jakiejś mierze ryzykowni dla siebie nawzajem (Beck, 2012, s. 269-278).

Podsumowując, w podejściu tradycyjnym w pierwszej kolejności identyfikowano niebezpieczeństwa, które mogą zagrażać przedsiębiorstwu, a następnie poszukiwano sposobów obniżenia ekspozycji przedsiębiorstwa na każde z ryzyk oddzielnie (Iwaszczuk, 2021, s. 54). Pozytywnego wpływu tradycyjnej koncepcji zarządzania ryzykiem na funkcjonowanie przedsiębiorstwa można upatrywać w zmniejszaniu stopnia niepewności, realizowanego według następujących założeń (Przetacznik, 2016, s. 44; Malinowska, 2011, s. 67-68):

⁴¹ Tematyka „kosztu ryzyka” (ang. *cost-of-risk*) skupia uwagę wielu badaczy. Jest ona o tyle interesująca, że pewnym wyzwaniem jest oddzielenie ryzyk mierzalnych od niemierzalnych w przedsiębiorstwie, a następnie ich wycena. Można przypuszczać, że pierwotna postać „kosztu ryzyka” była pierwszym krokiem w stronę ustalania budżetu ryzyka w przedsiębiorstwie (ang. *risk budget*).

- Zarządzanie ryzykiem jest pojedynczą funkcją w przedsiębiorstwie;
- Koncentracja na pojedynczych ryzykach;
- Brak wpływu ryzyka na strategię;
- Za zarządzanie ryzykiem odpowiedzialny jest konkretny pracownik;
- Postrzeganie ryzyka jedynie jako zagrożenia;
- Celem jest minimalizowanie potencjalnych strat;
- Brak uwzględnienia zależności między ryzykami;
- Brak systematyzacji działania.

Nie ulega wątpliwości, że podejście do ryzyka znacząco zmieniał się na przestrzeni ostatnich stu lat. Od zdefiniowania funkcji przedsiębiorstwa i potrzeby zarządzania ryzykiem, przez szukanie metod obchodzenia się z nim, badacze naturalnie dążyli do wyodrębnienia nowej dyscypliny naukowej. Pomimo że poszczególne elementy zarządzania ryzykiem można było przypisać do innych obszarów np. analizy gospodarcze, *underwriting*⁴², *compliance*, ubezpieczenia czy zarządzanie kryzysowe etc., to koncepcji *risk management* cały czas przyświecała teoria funkcji ochrony majątku i osób Henriego Fayola. W ten oto sposób, zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie w XXI wieku dotyczy całego podmiotu i jest zarządzaniem operacyjnym o charakterze strategicznym. T.T. Kaczmarek (2010, s. 13) rozpoczyna swoją „Filozofię ryzyka” istotną myślą: „refleksja, która nasuwa się badaczowi problematyki ryzyka jest złudna euforia, z jaką wkroczone w miniony XX wiek z nadzieją na niezwykłą pomyślność, pokój światowy i szybki rozwój gospodarczy. Pierwsza i druga wojna światowa obaliły mit o doskonałym społeczeństwie i szlachetnym ludzkim gatunku. Co więcej, powstała w nas wątpliwość co do tego, czy świat może się w ogóle bezpiecznie rozwijać”. Można zauważyć, że ten lekko idealistyczny optymizm towarzyszy również nam, wkraczającym w XXI wiek. I tu należy ponownie dodać, że nadrzędną korzyścią z zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie powinien być wzrost bezpieczeństwa organizacji.

4.2. Zintegrowane koncepcje zarządzania ryzykiem

Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie, co łatwo można zaobserwować, nie jest dyscypliną, która ma proste i trwałe granice. Co więcej, pierwsze doświadczenia dopiero

⁴² Szerzej: (Guzel, 2013, s. 99-101)

pozwalają na wypracowanie „dobrych praktyk” zarządzania ryzykiem, a w wielu krajach te pojęcie cały czas jest nieznajome. Z związku z tym, międzynarodowe organizacje podjęły starania przygotowania pierwszych znormalizowanych systemów zarządzania ryzykiem. Ich celem było uporządkowanie dotychczasowego dorobku oraz udzielenie wskazówek podmiotom chcącym tworzyć własne systemy. Do najbardziej znanych zalicza się (Turek i Rogowski, 2011, s. 92-93; Daliga, 2011, s. 6):

- BS-6079-3:2000 *Project Management. Guide to the management of business related project risk* (Wielka Brytania 2000);
- *Enterprise Risk Management*⁴³ (ERM) opracowany przez COSO (USA 2004);
- *Risk Management* autorstwa AIRMIC/IRM/ALARM (Wielka Brytania 2002);
- Południowoafrykański *King Report on Corporate Governance for South Africa* (RPA 2009);
- ISO 31000 przygotowany przez International Organization for Standardization (2009⁴⁴);
- Australian/New Zealand (AS/NZS) *Standard 4360:2004 Risk Management* (Australia, Nowa Zelandia 2004);
- CAN/CSA Q850 Risk Management: Guideline for Decision-Makers (Kanada 1997);
- JIS Q 2001:2001 *Guidelines for development and implementation of a risk management system* (Japonia 2001);
- ONR 49000:2004 *Risikomanagement für Organisationen und Systeme: Begriffe und Grundlagen* (Austria 2004).

Powyższe prace są istotnym krokiem w stronę rozpowszechniania zintegrowanego podejścia do ryzyka i odróżnienia go od podejścia tradycyjnego. Syntetycznego porównania podejścia tradycyjnego i zintegrowanego dokonano w tabeli 4.1. W tradycyjnym podejściu do zarządzania ryzykiem w pierwszej kolejności identyfikuje się zagrożenia dla organizacji, a

⁴³ Istnieje pewien problem z przyjęciem polskiego odpowiednika nazwy amerykańskiej koncepcji ERM. Dosłowne tłumaczenie wskazywało by na „zarządzanie ryzykiem przedsiębiorstwa”. Jednakże istnieją również pojęcia „zarządzanie ryzykiem biznesowym” oraz „zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa”. Staje się to o tyle problematyczne, że w języku angielskim istnieje osobna kategoria *Integrated Risk Management* (Hillson, 2006).

⁴⁴ W 2018 r. opublikowano aktualizację standardu ISO 31000. W nowej wersji standardu, oprócz rozszerzenia rozdziału 5 i 6 o ramach (ang. frameworks) i procesie, podkreślono strategiczny charakter rekomendacji i spójności zasad zarządzania ryzykiem ze strategią rozwoju organizacji (Iwaszczuk, 2021, s. 78).

następnie poszczególne ryzyka stara się kontrolować - oddzielnie. W ten sposób odrzuca się korelację niektórych ryzyk, co negatywnie wpływa na zarządzanie tymi właśnie ryzykami – zwiększając koszty i nakłady pracy (Kaszuba-Perz i Perz, 2010, s. 54-55). Kolejną niedoskonałością tradycyjnego ujęcia jest minimalizacja ryzyka. Oczywiście nie jest to założenie błędne, jednak naturalnie każde przedsiębiorstwo pewien poziom ryzyka ponosi i każde przedsiębiorstwo pewien poziom – choć minimalny – musi zaakceptować (Slovic, Finucane, Peters i MacGregor, 2010, s. 26-27). To oznacza, że niemożliwa jest redukcja ryzyka w przedsiębiorstwie do „zera”. Dlatego w nowym podejściu stawia się na optymalizację ryzyka, czyli wyboru najlepszego poziomu ryzyka (Małek, 2011, s. 27-29) (co samo przez się oznacza również maksymalną redukcję niektórych ryzyk). Istotną różnicą jest koncentracja na ryzykach krytycznych – najważniejszych, w koncepcji zintegrowanej – w odróżnieniu od pierwotnego ujęcia, w którym uwzględnia się wszystkie zidentyfikowane ryzyka. Wynika to przede wszystkim z praktyki, ponieważ efektywne zarządzanie listą od kilkuset do tysiąca ryzyk byłoby po prostu niemożliwe. Znaczącą cechą nowego podejścia jest ujęcie procesowe, a poprzez monitorowanie i stały pomiar, proces zarządzania ryzykiem przyjął status ciągłego – stale rozwijającego się (Crouhy, Galai i Mark, 2014, s. 16-17).

Tabela 4.1. Różnice pomiędzy tradycyjnym, a zintegrowanym podejściem do zarządzania ryzykiem

Zarządzanie ryzykiem	
Podejście tradycyjne	Podejście zintegrowane
Ryzyko w ujęciu funkcjonalnym	Ryzyko w ujęciu procesowym (w całej organizacji)
Identyfikacja i ocena poszczególnych rodzajów ryzyka	Portfel ryzyk postrzegany w kontekście strategii przedsiębiorstwa
Uwzględnienie wszystkich zidentyfikowanych ryzyk	Koncentracja na ryzykach krytycznych
Minimalizacja ryzyka	Optymalizacja ryzyka
Brak odpowiedzialności za ryzyko	Odpowiedzialności wszystkich za ryzyko
Kwantyfikacja ryzyka dokonywana <i>ad hoc</i>	Monitorowanie i stały pomiar ryzyka

Źródło: (Adamska, 2009)

Pomimo, że najbardziej popularne standardy: ISO 31000, COSO II, AIRMIC/IRM/ALARM oraz AS/NZS 4360:2004 opierają się na nowym, zintegrowanym podejściu do zarządzania ryzykiem, to widać różnice między nimi (tabela 4.2.). Poza tym mają one różną genezę czasową, przestrzenną i kulturową (Dubiel, 2015, s. 484). Jak podkreśla K. Łyskawa (2013, s. 126-128) „trudno analizować samo pojęcie ryzyka, nawet w ujęciu celów danej organizacji (zob. ISO 31000), bez odniesienia się do kształtu całego procesu zarządzania ryzykiem”. Podmiotocentryczna koncepcja ryzyka jako konstrukt kieruje swoją uwagę na podmiot, ponieważ on jest „właścicielem ryzyka” – to on je definiuje i on je ponosi (Dzięcioł, 2016a), a także nawiązuje do wartości - jest aksjocentryczna (Kaczała i Łyskawa, 2010, s. 159). Tylko w słowniku ISO 31000 został on zdefiniowany – osoba lub jednostka rozliczana z zarządzania ryzykiem i uprawniona do tego zarządzania. I choć sama definicja wskazuje raczej na menedżera ryzyka (ang. *risk manager*), to należy podkreślić rolę „właściciela ryzyka” w organizacji i potrzebę jego zdefiniowania oraz wyznaczenia.

Standardy AIRMIC/IRM/ALARM oraz AS/NZS charakteryzują się ogólnym podejściem. W szczególności temu pierwszemu zarzuca się zbytnią powierzchowność. Z drugiej strony przy konstruowaniu własnego systemu zarządzania ryzykiem takie ogólne ramy są bardzo pomocne w utrzymaniu „ducha standardu”. Standardy COSO II oraz podręcznik AS/NZS dość pieczołowicie nakreślają koncepcję zarządzania ryzykiem wprowadzając poniekąd sztywne granice (Okuniewski, 2010). Tymczasem standardy z rodziny ISO 31000 z jednej strony mają charakter uniwersalny i zwięzły (zob. ISO 31000:2012), z drugiej strony proponują (zob. ISO 31010:2010) bardzo precyzyjne techniki oceny ryzyka. Do najważniejszych zalet ISO 31000 zalicza się (Rudnicki, 2008a):

- zarządzanie ryzykiem (dalej: ZR) jest integralną częścią procesów w organizacji,
- ZR jest narzędziem wspomagającym podejmowanie decyzji,
- ZR wymaga silnego i trwałego wsparcia (ang. *commitment*) zarządu,
- pomiar wykonania, wyników (ang. *performance*) i zaawansowane metody analityczne⁴⁵,
- przedstawienie cech dojrzałego systemu ERM.

⁴⁵ Jak komentuje R. Rudnicki, w szacowaniu prawdopodobieństwa i skutku należy uwzględnić istniejące w organizacji środki kontroli – czego zabrakło w standardzie ISO 31000, a co występuje jedynie w standardzie australijsko-nowozelandzkim AS/NZS (Rudnicki, 2008a).

Tabela 4.2. Porównanie standardów zarządzania ryzykiem

	AIRMIC/IRM/ ALARM	COSO II	AS/NZS 4360:2004	ISO 31000
Definicja ryzyka	Kombinacja prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia oraz jego skutków	Możliwość, że zdarzenie będzie miało miejsce i negatywnie wpłynie na osiągnięcie celów	Możliwość wystąpienia zdarzenia mającego wpływ na działalność, doprowadzającego do powstania zysku lub straty	Kombinacja prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia oraz jego skutków
Definicja zarządzania ryzykiem	Proces, w którym organizacja w sposób metodyczny rozwiązuje problemy ryzyka	Proces, którego celem jest identyfikacja potencjalnych zagrożeń, utrzymanie ryzyka w granicach oraz zapewnienie realizacji celów organizacji	Kultura, proces i struktury bezpośrednio skoncentrowane na korzyściach i kontrolowaniu zagrożeń	Proces, który jest integralną częścią zarządzania, osadzony w kulturze i praktyce danej organizacji oraz dostosowany do procesów biznesowych w niej zachodzących;
Koncepcja podejścia do ryzyka	Wyróżnienie pozytywnego i negatywnego aspektu ryzyka z naciskiem na negatywne	Skupienie się na negatywnym aspekcie ryzyka	Pozytywne i negatywne aspekty ryzyka ze wskazaniem na potencjalne korzyści i straty	Pozytywny i negatywny aspekt ryzyka z nastawieniem na cele i zasady funkcjonujące w organizacji
Szczegółowość	Mała	Duża	Średnia	Średnia
Odbiorcy	Uniwersalny	Uniwersalny, szczególnie dla korporacji	Uniwersalny	Uniwersalny, szczególnie dla przemysłu, handlu, spółek publicznych i prywatnych

Źródło: (Dubiel, 2015, s. 485; Łyskawa, 2013, s. 127).

4.3. Etapy zarządzania ryzykiem

Koncepcja *Enterprise Risk Management* (ERM), bez względu na jej polskie tłumaczenie, skupia się na zarządzaniu ryzykiem w przedsiębiorstwie – podmiocie i to od tego podmiotu uzależnia swój pełny kształt. W myśl idei podmiotocentrycznej każdy podmiot definiuje inne ryzyka, a zatem w inny sposób nimi zarządza i inaczej wygląda proces zarządzania ryzykiem. Wielu autorów podkreśla, że ERM pomimo swoich niedoskonałości oraz barier wdrożenia będzie nabierało coraz większego znaczenia, a wraz ze wzrostem akceptacji – ERM będzie sposobem zapewnienia wydajności pracy wewnętrznych i zewnętrznych zasobów przedsiębiorstwa (Sasin, 2011, s. 98-99). Nie jest to oczywiście jedyna droga przedsiębiorstw do optymalizacji swoich zasobów i nigdy zarządzanie ryzykiem jak i inne propozycje systemów zarządzania nie zastąpią „pracy u podstaw”. Celem wdrożenia ERM nie powinno być przecież zastąpienie „zwykłej pracy” czy podstawowej działalności, a jedynie nadanie pewnych wspólnych wartości i celów – co bezpośrednio powinno przełożyć się na wypracowywanie nowej kultury organizacyjnej.

Przedstawienie koncepcji ERM wymaga omówienia procesu zarządzania ryzykiem oraz jego części składowych. Warto wspomnieć, że istnieją już pierwsze doświadczenia, wypracowano pewne „dobre praktyki”, a literatura przedmiotu dosyć szeroko omawia sam proces zarządzania ryzykiem. Dlatego skorzystanie z tego dorobku powinno okazać się pożyteczne, bowiem wszystkim rozważaniom towarzyszy jeden, w miarę wspólny duch.

W pierwszej kolejności przyjmuje się, że proces zarządzania ryzykiem powinien być ciągły i cykliczny (Hadyński, 2010, s. 32). Wynika to z idei logicznej konsekwencji procesu i podejścia ciągłego doskonalenia – nauki (Kurek, 2017, s. 241). Natomiast budowa etapów procesu ERM oparta jest na koncepcji z zakresu zarządzania - cyklu Deminga PDCA (*Plan – Do – Check – Act*)⁴⁶ (Dzięcioł, 2016b, s. 76). Planowanie polega na procesie uczenia się i dokumentowaniu zamierzeń. Wykonanie to informacja o realizowanych procesach, a sprawdzanie jest analizą tych informacji. Na koniec, i tym samym początek, działanie jest doskonaleniem lub korygowaniem (Sasin, 2011, s. 105). Na tym fundamencie powstały liczne opracowania „idealnego” procesu zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie.

⁴⁶ Planuj – wykonaj – sprawdzaj - działaj.

Proces zarządzania ryzykiem można podzielić ze względu na odniesienia do jednego ryzyka oraz do całego przedsiębiorstwa. Pomimo tego, najczęściej wyodrębnia się cztery główne etapy (Malinowska, 2011, s. 64; Ronka-Chmielowiec, 2009, s. 299):

- identyfikację ryzyka⁴⁷;
- pomiar i analizę ryzyka;
- sterowanie ryzykiem;
- monitorowanie i kontrolę ryzyka.

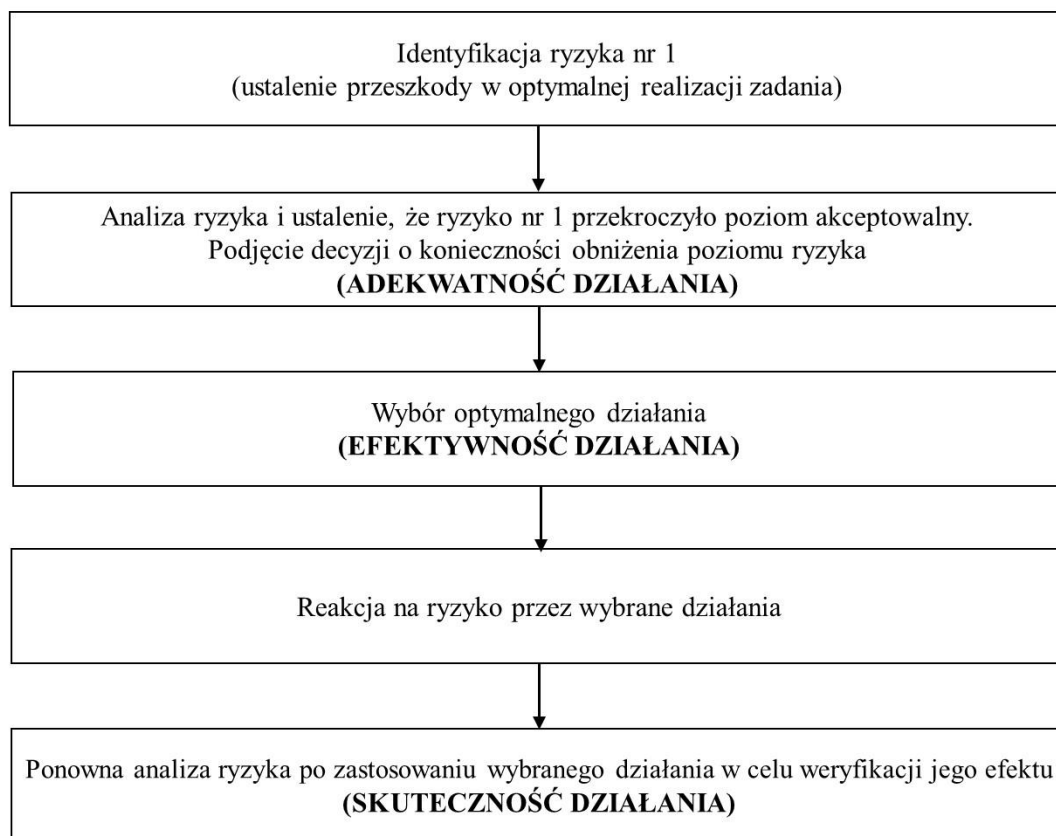
K. Puchacz odnosi cały proces do zarządzania jednym, konkretnym ryzykiem, proponując pięcioelementowy cykl (Rysunek 4.1). Warto zwrócić uwagę na kwestię efektywności, adekwatności i skuteczności w tym modelu. Przez adekwatność rozumie się odpowiedniość lub zgodność działań. Efektywność jest to stosunek efektów działań i poniesionych nakładów, a skuteczność oznacza monitorowanie skutków działania (Puchacz, 2013, s. 26-27).

Popularnym modelem procesu ERM jest ten autorstwa trzech organizacji - AIRMIC, ALARM oraz IRM opublikowany przez FERMA (Rysunek 4.2). Wyodrębniono w nim 12 elementów, choć całość oparta jest na czterech filarach: ocena ryzyka, ewaluacja ryzyka, decyzja (kontrola ryzyka) oraz monitorowanie (Michalski, Śliwiński, Pajewska-Kwaśny i Tomaszewska, 2016, s. 157). Warto zwrócić uwagę, że nieodłącznymi elementami są zmiany i formalne audyty, które towarzyszą na każdym kroku zarządzania ryzykiem, co zachowuje ideę „sprzężenia zwrotnego”. Należy szczególnie podkreślić rolę zmian/działania w procesie zarządzania

⁴⁷ Efektywna identyfikacja ryzyka powinna rozpocząć się od wyodrębnienia obszarów ryzyka w przedsiębiorstwie, na przykład: działalność operacyjna, zasoby ludzkie, infrastruktura, finanse, odpowiedzialność prawna, IT, działalność inwestycyjna. W kolejnym kroku, identyfikacja ryzyka może być dokonana z użyciem następujących metod (Dzięcioł, 2018, s. 20-23):

- analiza danych historycznych,
- metodę zagrożenia,
- metodę środowiskową,
- metodę scenariuszy zagrożenia,
- burze mózgów,
- kwestionariusze,
- analizy biznesowe opisujące procesy wewnętrzne i zewnętrzne,
- porównania z wzorcowymi rozwiązaniami w danej branży,
- analiza scenariuszy,
- warsztaty w zakresie oceny ryzyka,
- badanie wypadków i szkód,
- audyty i kontrole,
- analiza niebezpieczeństw i operatywności (HAZOP),
- analiza metodą *bow-tie*, *FTA*, *ETA* lub *PRINCE2*.

ryzykiem, ponieważ system zarządzania ryzykiem oparty na samej dokumentacji, nigdy nie będzie działał. I choć należy raczej odrzucić zmiany o charakterze restrukturyzacyjnym, to należy pamiętać, że podstawą procesu zarządzania ryzykiem jest działanie oparte na adekwatności, efektywności i skuteczności (Michalski, Śliwiński, Pajewska-Kwaśny i Tomaszewska, 2016, s. 14).

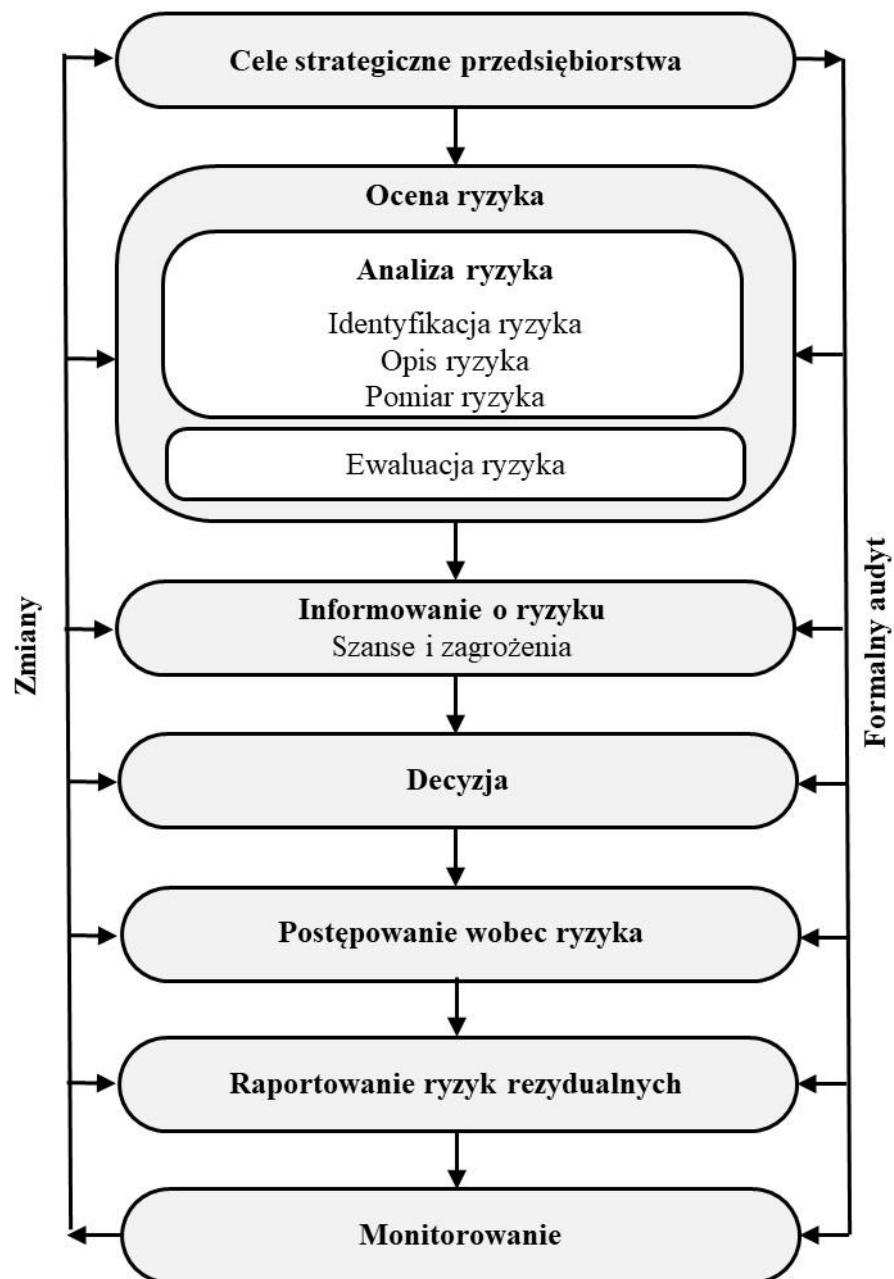


Rysunek 4.1. Zarządzanie ryzykiem jako instrument zapewnienia adekwatności, efektywności i skuteczności kontroli zarządczej

Źródło: (Puchacz, 2013, s. 28).

Interesującą propozycją jest ocena ryzyka składająca się z dwóch części: analizy i ewaluacji ryzyka. Pierwsza część składa się dodatkowo z identyfikacji, opisu i pomiaru ryzyka. Celem identyfikacji ryzyka jest określenie stopnia niepewności, na jaką jest narażona organizacja, a do samej identyfikacji należy podchodzić w sposób metodyczny. Opis ryzyka powinien być prezentacją zidentyfikowanych ryzyk w czytelnej formie. Pomiar ryzyka (może być ilościowy, półilościowy lub jakościowy) polega na połączeniu jego prawdopodobieństwa i możliwych

następstw. Natomiast ewaluacji ryzyka służy zazwyczaj tzw. matryca lub mapa ryzyka (AIRMIC, ALARM i IRM, 2003, s. 6-7).



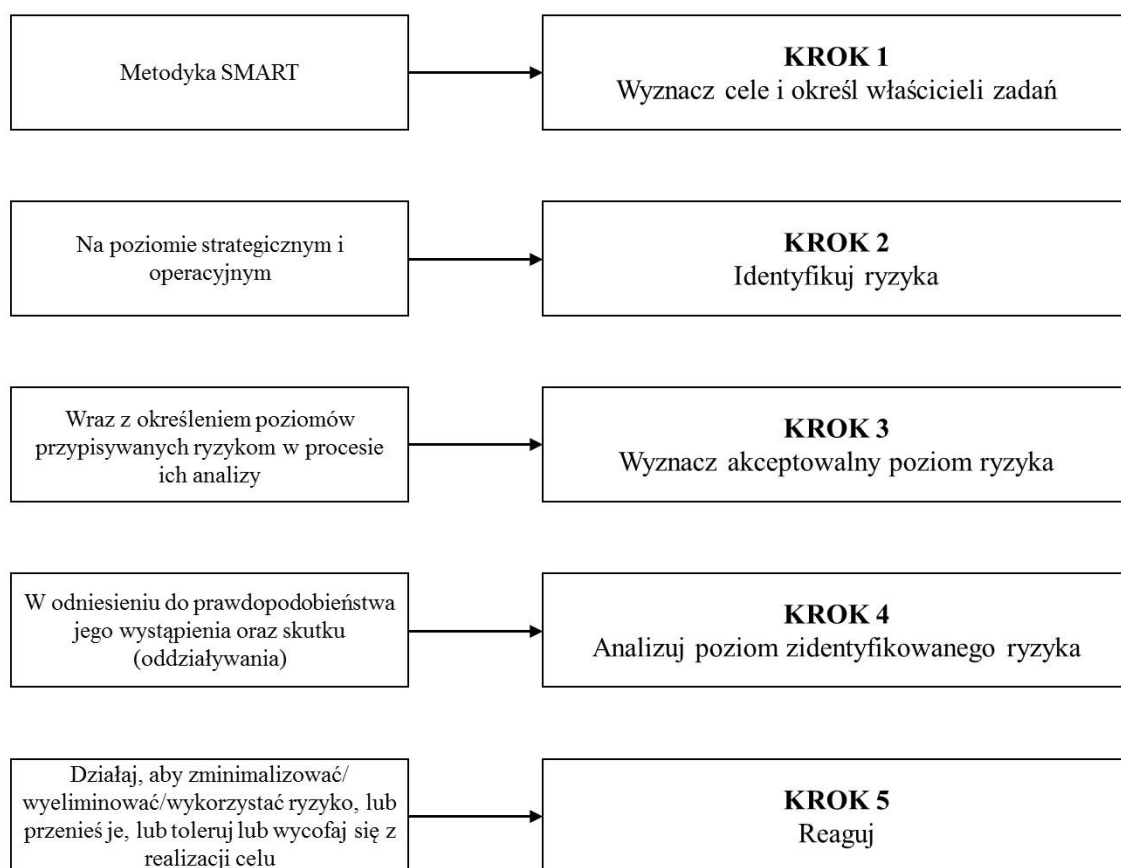
Rysunek 4.2. Proces zarządzania ryzykiem

Źródło: (AIRMIC, ALARM i IRM, 2003, s. 5).

W odniesieniu do procesu zarządzania ryzykiem w całym przedsiębiorstwie K. Puchacz sugeruje 5 kroków (Rysunek 4.3). Istotny okazuje się pierwszy krok, w szczególności w trakcie

wdrażania systemu zarządzania ryzykiem, ponieważ uwypuklony przez triadę instytucji AIRMIC, ALARM oraz IRM. Polega on na wyznaczeniu celów i określeniu właścicieli zadań (Puchacz, 2013, s. 51). Jest to o tyle istotna kwestia, że wszystkie dalsze etapy zarządzania ryzykiem powinny korespondować właśnie z krótko i długoterminowymi celami podmiotu, ponieważ efektywny system zarządzania ryzykiem jest narzędziem wspierającym realizację celów przedsiębiorstwa.

Zatem, zarządzanie ryzykiem nie jest celem samym w sobie dla przedsiębiorstwa. Ponadto, autor zwraca uwagę na dwa poziomy identyfikacji ryzyka: strategiczny i operacyjny (Puchacz, 2013, s. 51). Już na tym etapie, a zaleca się również wcześniej, należy podejmować działania w oparciu o poziomy/obszary/działy w przedsiębiorstwie, ponieważ zarówno cele jak i ryzyka mogą się różnić w zależności od danego poziomu/obszaru/działu. Wynika to przede wszystkim ze struktury organizacyjnej, przedmiotu działalności oraz charakterystyki przedsiębiorstwa.



Rysunek 4.3. Pięć kroków w zarządzaniu ryzykiem

Źródło: (Puchacz, 2013, s. 51).



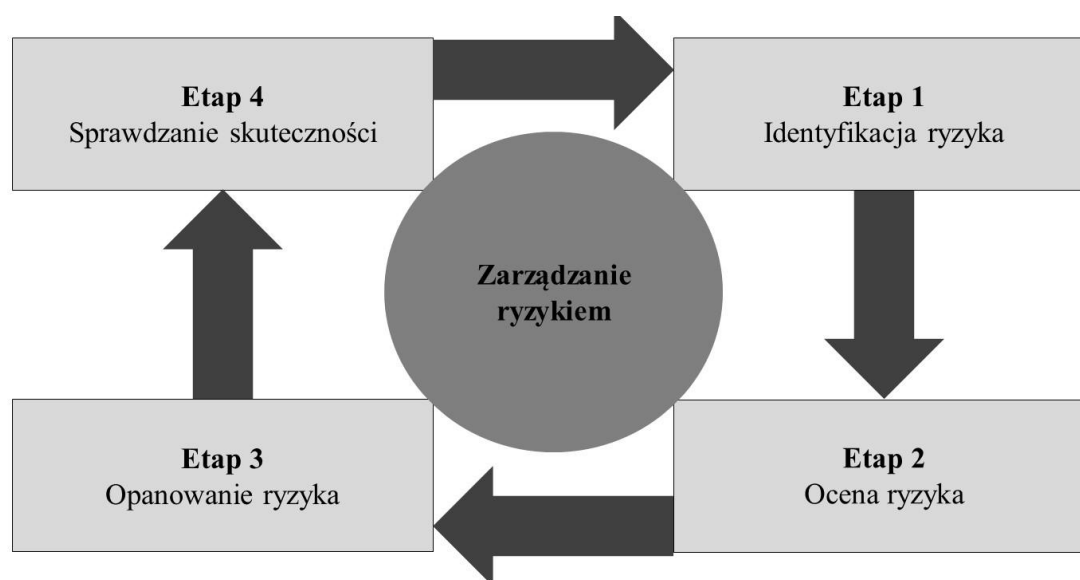
Rysunek 4.4. Pętla – proces zarządzania ryzykiem

Źródło: opracowano na podstawie (Rudnicki, 2008a).

Inaczej wygląda model procesu zarządzania ryzykiem autorstwa R. Rudnickiego (2008a). Pomimo że jest on oparty na publikacji FERMA, to charakteryzuje się nieco inną nomenklaturą oraz *administrowaniem ryzykiem* złożonym z raportowania i komunikowania, budowy polityki zarządzania ryzykiem oraz wypracowania planu awaryjnego (Rysunek 4.4). Przez administrowanie ryzykiem można rozumieć prowadzenie dokumentacji zarządzania ryzykiem (raportowanie i komunikowanie ryzyka, budowa polityki zarządzania ryzykiem oraz wypracowanie planu awaryjnego). Jest to etap procesu ERM występujący po reakcji na

ryzyko/kontroli ryzyka/działaniu (ang. *risk treatment*), ale jeszcze przed monitorowaniem. Raportowanie i komunikowanie ryzyka polega na przedstawieniu stanu kluczowych parametrów jakościowych i ilościowych oraz porównaniu ich ze stanami krytycznymi, których przedsiębiorstwo nie chce przekraczać. Budowa polityki zarządzania ryzykiem winna być zwieńczona w formie zarządzenia, procedury lub instrukcji wewnętrznej. Chociaż jej początek rozpoczyna się wraz z ustosunkowaniem się do ryzyka (ang. *risk evaluation*), to jak zaznacza autor, stanowi pewien szkielet funkcjonowania raportowania. Plan awaryjny (ang. *disaster recovery plan*) jest wypracowaniem planu działania/reakcji podmiotu bezpośrednio po zdarzeniu niepożądanym.

Zdecydowanie najprostszym, cztero-elementowym modelem jest struktura procesu zarządzania ryzykiem autorstwa B. Hadyniaka (Rysunek 4.5.). Pomimo swojej prostoty, zawiera większość propozycji i postulatów na temat procesu ERM. Można w nim znaleźć zachowanie procesu ciągłości i doskonalenia oraz cykl Deminga PDCA. Gdyby w centralnym punkcie umieścić cele, wartości, zasoby i właściwości przedsiębiorstwa, to schemat byłby kompletny. Dyskusyjny może być element opanowania ryzyka, ponieważ opanowanie ryzyka oznaczałoby wyzbycie się niepewności, co jest nieosiągalne. Dlatego bardziej odpowiednią nazwą jest kontrola ryzyka/reakcja na ryzyko, która nigdy nie będzie doskonała.



Rysunek 4.5. Struktura procesu zarządzania ryzykiem

Źródło: (Hadyniak, 2010, s. 35).

Podsumowując, proces zarządzania ryzykiem powinien być ciągły i cykliczny. Podczas planowania wdrażania systemu ERM warto opierać się o cykl Deminga – PDCA. Kolejne etapy procesu zawsze powinny korespondować i mieć pośredni lub bezpośredni wpływ na realizację celów przedsiębiorstwa oraz zwiększania wartości firmy. W tym celu, warto kierować się adekwatnością, efektywnością i skutecznością działania (Ronka-Chmielowiec, 2013a, s. 14). Proces efektywnego zarządzania ryzykiem powinien być oparty na czterech głównych filarach: identyfikacji ryzyka, analizie ryzyka, kontroli ryzyka oraz monitorowaniu ryzyka. Należy podkreślić, że nieodłącznym elementem zarządzania ryzykiem jest kontrola ryzyka (Sangowski i in., 1996, s. 181), nazywana również sterowaniem, opanowaniem czy reakcją na ryzyko. I choć warto opierać się na dostępnych metodach oraz technikach, to w rzeczywistości każdy proces będzie się od siebie różnił, ze względu na indywidualistyczny charakter przedsiębiorstw.

4.4. Kontrola ryzyka w podmiocie leczniczym

Reakcja na ryzyko (ang. *risk treatment*) stanowi punkt kulminacyjny całego procesu zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie. Bez względu jak obszerne i rzetelne będą analizy ryzyka, to jeżeli nie przejdzie się do działania – reakcji na ryzyko, to wszystkie te dokumenty będą zbędne. Jest to na pewno etap nietypowy, stosunkowo mało analityczny, a sprowadzający się do zmian w organizacji – zatem kluczowy w procesie zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym. W dużym stopniu, kontrola ryzyka wymaga zaangażowania zarządu i innych osób z wyższego szczebla. Trudno bowiem, aby menedżer ryzyka lub zewnętrzny konsultant podejmował decyzje strategiczne dla przedsiębiorstwa. Uogólniając, reakcja na ryzyko jest najbardziej decyzyjnym etapem w procesie zarządzania ryzykiem.

Podstawą decydentów w kontroli ryzyka powinna być rzetelna analiza ryzyka. W tym miejscu należy dodać, że literatura przedmiotu, a także standard AIRMIC, ALARM, IRM dzieli ryzyko na rezydualne i nieodłączne (nierezydualne). Taki podział można już wprowadzić przy analizie ryzyka, aczkolwiek wystarczy pamiętać o tej klasyfikacji przy reagowaniu na ryzyko. Ryzyka rezydualne (ang. *residual risk*) są to ryzyka, które można kontrolować. Natomiast ryzyka nieodłączne, to takie, które nie podlegają mechanizmom kontrolnym (Puchacz, 2013, s. 73). Ta typologia może okazać się zbawienna, gdyby menedżer ryzyka chciałby kontrolować wszystkie ryzyka przedsiębiorstwa.

Dokonując wyboru metody kontroli ryzyka dysponuje się dwoma obszarami kontrolnymi. Pierwszy dotyczy kontroli narażenia na ryzyko, natomiast drugi kontroli podatności na ryzyko (rysunek 4.6). Narażenie na ryzyko cechuje wystawienie podmiotu na zagrożenie, a konkretnie na czynniki powodujące zdarzenie (Kaczała i Łyskawa, 2010, s. 160-161; Balcerowicz-Szkutnik i Szkutnik, 2017, s. 40-42). Przykładowo, jeżeli wypływamy jachtem w rejs morski, to jesteśmy narażeni na czynniki siły natury, np. sztorm. Kontrola narażenia na sztorm polegałaby zatem na obserwowaniu pogody i komunikatów meteorologicznych. Natomiast, podatność na ryzyko związana jest z wartością zagrożoną skutkami zdarzenia (Hadyniak, 2010, s. 43-45). Opierając się na przykładzie żeglugi morskiej, chcąc kontrolować podatność na sztorm, zwracamy uwagę na systemy bezpieczeństwa i ratunkowe jachtu, kontrolujemy stan techniczny czy system nawigacyjny – skupiamy się na wartości zagrożonej, czyli na jachcie. Podzielenie na kontrolę narażenia i podatności jest bardzo badawcze. Pomimo że w praktyce ten podział zanika – menedżer skupia się przede wszystkim na możliwościach kontroli, poniekąd łącząc narażenie i podatność, to świadomość tych dwóch ujęć, może pomóc w procesie decyzyjnym, w szczególności w przypadku ryzyk wymagających i złożonych.

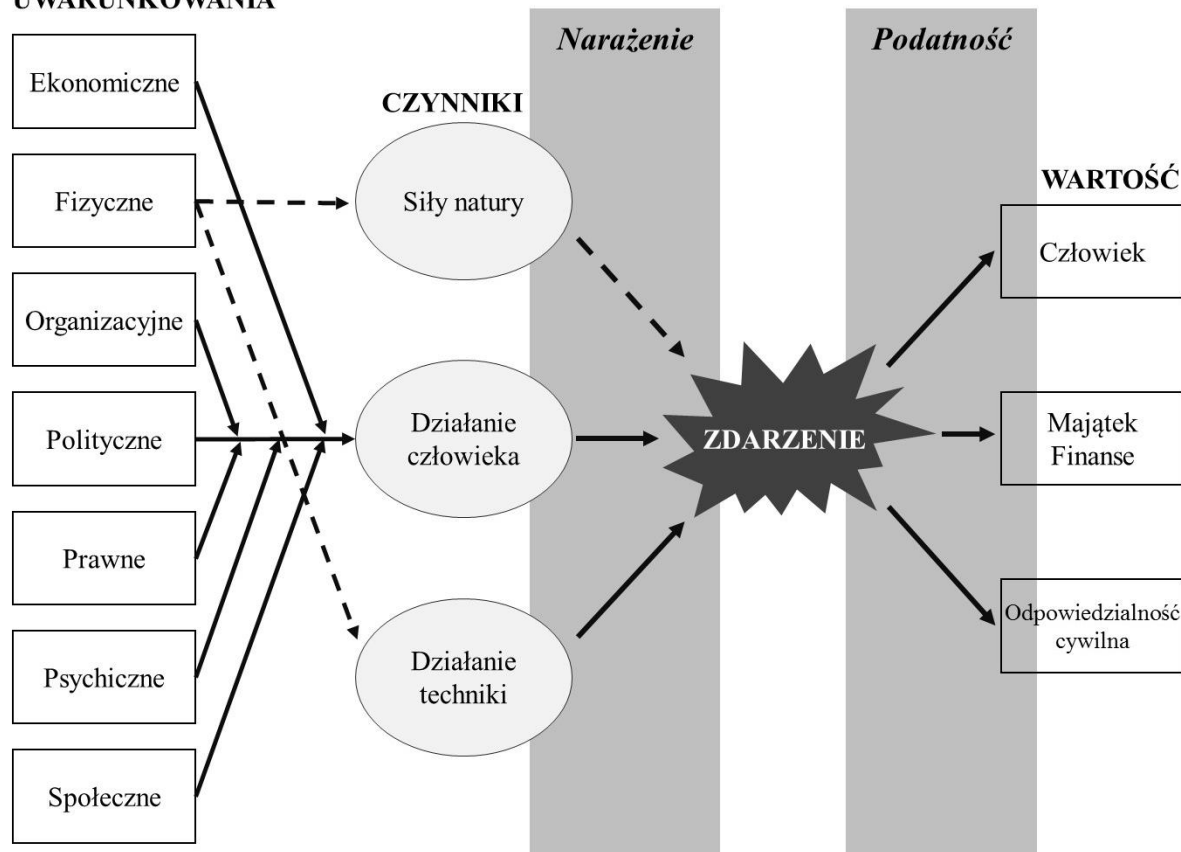
Problematyka metod kontroli ryzyka jest tylko ukazaniem pewnej filozofii – postawy człowieka stojącego w obliczu ryzyka. Szeroko proponowane mechanizmy kontroli nie są więc dorobkiem nauki, „dobrą praktyką” czy odkrywczym rozwiązaniem. Jest to tylko suma doświadczeń człowieka (Kowalewski, 1999, s. 46-47) wypracowana metodą tzw. „prób i błędów”. Do tejże sumy doświadczeń zalicza się:

- unikanie ryzyka;
- redukcję ryzyka;
- transfer ryzyka;
- retencję ryzyka.

Kolejność tych metod jest uporządkowana według rosnącego wskaźnika nakładów, czasu, wysiłku i pieniądza do uzyskanych efektów rozwiązań (Rudnicki, 2008b, s. 2). Powyższe metody można jeszcze podzielić na kontrolę fizyczną i finansową. Do kontroli fizycznej zalicza się unikanie oraz redukcję ryzyka, natomiast metodami finansowymi są retencja i transfer ryzyka (Kubińska-Kaleta, 2008, s. 31). Kontrola fizyczna polega na wyborze środków fizycznych wpływających na ryzyko (*a priori*). Tymczasem kontrola finansowa ryzyka wiąże się z

finansowaniem reakcji po wystąpieniu ryzyka (*a posteriori*) (Zawarska, 2012, s. 66). Taki podział zaburza trochę funkcję transferu, który co do swojej istoty zostaje wykonany przed wystąpieniem ryzyka (*a priori*), a ciężar skutków realizacji ryzyka jest przenoszony na podmiot zewnętrzny (*a posteriori*), w zamian za odpowiednie wynagrodzenie.

UWARUNKOWANIA



Rysunek 4.6. Kontrola narażenia i podatności na ryzyko

Źródło: opracowano na podstawie (Hadyniak, 2010, s. 44-45).

Kontrola ryzyka podmiotu leczniczego z jednej strony wpisuje się zarówno w dorobek literatury przedmiotu oraz zakres standardów zarządzania ryzykiem, z drugiej strony z racji pełnionych funkcji zarządzania ryzykiem podmiotu leczniczego nie może odbywać się na takich samych zasadach jak w każdym innym podmiocie gospodarczym. Ponadto, działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, których przedmiotem jest zdrowie ludzkie, co dodatkowo wyróżnia ryzyko podmiotu leczniczego i jego kontrolę, ponieważ skutki na przykład błędu medycznego mogą bezpośrednio dotyczyć zdrowia i życia ludzkiego. Zgodnie z przyjętym wcześniej, uproszczonym układem rodzajowym, metody kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym można ograniczyć do unikania, redukcji, transferu i retencji ryzyka.

Mając powyższe na uwadze, istnieją wystarczające przesłanki, aby postulować o indywidualizację kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym, co nie wyklucza korzystania z dotychczasowego dorobku zarządzania ryzykiem.

Unikanie ryzyka

Metoda unikania ryzyka polega na indywidualnej i świadomej odmowie akceptacji, nawet chwilowego ryzyka. Na przykład E. Kowalewski (1999, s. 47) uważa, że unikamy ryzyka utonięcia nie wchodząc do wody. Dla przedsiębiorstwa, zastosowanie unikania ryzyka powodzi będzie polegało na zlokalizowaniu firmy na terenie odpowiednio odległym od stref powodziowych. Bliska unikaniu jest redukcja, ponieważ w praktyce uniknięcie ryzyka w stu procentach jest niemożliwe. Dlatego warto podkreślić, że unikanie jest tylko próbą maksymalnego „oddalenia się” od ryzyka, tak aby nigdy nas nie dotknęło. Nie przez przypadek funkcjonuje znane polskie przysłowie, że „utopić można się nawet w łyżce wody”. Używając wcześniej przyjętej nomenklatury, unikanie jest największym ograniczeniem narażenia na ryzyko.

W uzupełnieniu powyższej koncepcji, unikanie ryzyka jest niepodejmowaniem i wstrzymaniem procesu lub aktywności z nim związanych (Brühwiler, 2011, s. 36). Może to być na przykład rezygnacja z pewnych transakcji lub relacji z wybranymi partnerami, wycofanie się z określonego rynku lub jego segmentu⁴⁸. Jak podkreśla N. Iwaszczuk (2021, s. 49), unikanie ryzyka wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami. Pozytywną stroną jest całkowite wyeliminowanie ryzyka, natomiast negatywną jest utrata szans i możliwości związanych z zaniechaniem danej aktywności.

Unikanie ryzyka w podmiocie leczniczym również sprowadza się do maksymalnego ograniczenia narażenia na ryzyko, jednakże dobór konkretnych instrumentów powinien uwzględniać swoistość działalności leczniczej. Po pierwsze, ze względu na pełnione funkcje społeczne, polityczne i administracyjne podmiotu leczniczego, pewnych ryzyk podmiot leczniczy nie może lub nie powinien unikać. Przykładowo, jeżeli według analizy ryzyka – za

⁴⁸ Wycofanie działalności lub produktu z danego rynku, może być dobrowolne, ale również niezależne i powodować określone koszty (Ortyński, 2010, s. 25).

krytyczne ryzyka odpowiada dany oddział szpitalny, to podmiot leczniczy ma ograniczone możliwości unikania tego ryzyka, w postaci chociażby likwidacji tego oddziału.

Redukcja ryzyka

Redukowanie ryzyka polega na wpływaniu na poziom prawdopodobieństwa oraz oddziaływaniu na skutki realizacji ryzyka (Kubińska-Kaleta, 2008, s. 31). Łatwo zauważyć, że ryzyko można redukować zarówno przed jego realizacją, w trakcie realizacji, jak i po jego wystąpieniu. Pierwsze działania nazywane są prewencją (zapobieganiem). Natomiast działanie *a posteriori* pozwala na zmniejszenie skutków (zmniejszenie maksymalnej wielkości – tzw. represja ryzyka⁴⁹). Istotą redukcji ryzyka jest jego zmniejszenie lub rozproszenie (tzw. dyspersja ryzyka) (Ronka-Chmielowiec, 2016a, s. 13). Intuicyjnie ryzyka o niskim prawdopodobieństwie i dużych skutkach łatwiej redukować poprzez zmniejszenie maksymalnej możliwej szkody (ang. PML) np. o 1/3, niż próbując zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia np. z 3% do 2%. Natomiast efektywna kontrola ryzyka o wysokim prawdopodobieństwie (dużej częstotliwości występowania) i małych skutkach, domaga się działań zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka, niż koncentracji na redukcji możliwej szkody np. z 1 tys. zł do 700 zł (Rudnicki, 2008b, s. 2). Przykładowo, redukcja ryzyka pożaru w hali magazynowej może polegać na: (1) zapobieganiu – zmniejszamy prawdopodobieństwo zapłonu poprzez regularne przeglądy techniczne maszyn, (2) redukujemy maksymalną możliwą stratę wydzielając strefy ogniowe w magazynie stawiając ściany ogniowe) – nawet jeżeli powstanie pożar w strefie A, to nie przeniesie się do strefy B i C (w konsekwencji ograniczy się rozprzestrzenianie pożaru na pozostałe części budynku i ułatwi akcję ratowniczą). Podsumowując, redukcja ryzyka powinna zmniejszyć zarówno stopień narażenia jak i podatności na ryzyko.

Wdrożenie procedur medycznych może stanowić przykład redukcji ryzyka w podmiocie leczniczym. J. Podlewski (2015, s. 103) szacuje, że takie wdrożenie powoduje spadek liczby spraw sądowych związanych z błędami medycznymi nawet o 60%. Przykład ten wzorcowo obrazuje, że kontrola ryzyka nie musi ograniczać się do unikania ryzyka, tj. minimalizacji do zera, a i tak może wiązać się z pewną korzyścią. Samo wdrożenie procedur medycznych może

⁴⁹ Przez represję ryzyka rozumie się zmniejszanie zasięgu i skutków start, które uprzednio wystąpiły (Stemplewska, 2015, s. 49; Antonów, 2020; Czerska i Rutka, 2016)

nawet z góry zakładać popełnianie błędów medycznych, chociażby ze względu na czynnik ludzki, jednakże jest istotnym dowodem w badaniu należytej staranności podmiotu leczniczego, ograniczając przy tym znacznie winę organizacyjną.

Transfer ryzyka

Celem transferu ryzyka jest przeniesienie go na inny podmiot, niekoniecznie zakład ubezpieczeń, ponieważ wyróżnia się zarówno ubezpieczeniowy jak i nieubezpieczeniowy transfer ryzyka. Można tego dokonać poprzez mechanizmy prawne lub działania organizacyjne czy zabezpieczające (Jajuga, 2007, s. 31). W ramach transferu ryzyka wyróżnia się repartycję ryzyka, czyli dzielnie (rozłożenie) ryzyka na wiele podmiotów (Ronka-Chmielowiec, 2016a, s. 14-18). „Podstawową zasadą transferu ryzyka, jest dokonanie go na podmiot, który potrafi tym ryzykiem lepiej zarządzać niż my sami” (Rudnicki, 2008b, s. 2). Przykładem formy prawnej transferu ryzyka jest umowa ubezpieczenia, umowa przechowania lub umowa o dozorowanie obiektu. Ponadto, *outsourcing* również jest formą transferu ryzyka. E. Kowalewski podkreśla jednak, że transfer ryzyka przenosi przede wszystkim ciężar skutków ryzyka, a nie samo ryzyko (Kowalewski, 1999, s. 49). Jeżeli ubezpieczymy halę magazynową od pożaru, to w razie spalenia to cały czas będzie to nasze ryzyko (choćby przerwa w działalności), jednak ciężar finansowy odbudowy hali będzie spoczywał na ubezpieczycielu.

Najbardziej popularnym narzędziem transferu ryzyka podmiotu leczniczego jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (dalej: OC), ponieważ na podstawie art. 25 U.o.d.l. na podmiocie leczniczym ciąży obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej⁵⁰ (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011). Transfer ryzyka OC podmiotu leczniczego jest co prawda narzucony w drodze aktu prawnego (Serwach, 2021c, s. 297-299), niemniej jednak ryzyko OC nie jest przeniesione na ubezpieczyciela w całości. Po pierwsze, obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego posiada istotne wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, które zawarte są w §2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. oraz ograniczenie zakresu ubezpieczenia w postaci prawa do roszczenia regresowego nietypowego,

⁵⁰ Wydaje się, że sam obowiązek zawarcia oraz konstrukcja umowy ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego są wyrażone przez ustawodawcę w precyzyjny i klarowny sposób. Cechy tej nie można jednak przypisać wszystkim ubezpieczeniom obowiązkowym. Aktualnie, wyraża się wątpliwości np. w zakresie konstrukcji obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu prowadzącego eksperyment medyczny (Ziemiak, 2022, s. 55), a w niedalekiej przeszłości – kontrowersje i wątpliwości budził sam obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia zdarzeń medycznych (Serwach, 2012b, s. 5-6).

o którym mowa w art. 11 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUiK⁵¹ (dalej: U.o.u.o.). Po drugie, ubezpieczyciel na podstawie art. 9 ust. 2 oraz art. 11 U.o.u.o. nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w wyniku winy umyślnej ubezpieczonego podmiotu leczniczego lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność (Serwach, 2009b, s. 133-134). Po trzecie, odpowiedzialność ubezpieczyciela jest z góry ograniczona przez ustawodawcę do wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej⁵², która wynosi (Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019):

- 100 tys. euro na jedno zdarzenie i 500 tys. euro na wszystkie zdarzenia – dla podmiotu wykonującego stacjonarne i całodobowe szpitalne świadczenia zdrowotne;
- 75 tys. euro na jedno zdarzenie i 350 tys. euro na wszystkie zdarzenia – dla podmiotu wykonującego stacjonarne i całodobowe inne niż szpitalne świadczenia zdrowotne, podmiotu wykonującego ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub podmiotu prowadzącego praktykę lekarską;

⁵¹ Ponieważ obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotów leczniczych wynika z U.o.u.o., to interpretacja zakresu ubezpieczenia i jego ograniczeń, powinna uwzględnić nie tylko przepisy przewidziane w §2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r., ponieważ również te z U.o.u.o. mają zastosowanie. I choć zapisy art. 11 U.o.u.o. nie są klasycznym zapisem ograniczenia zakresu ubezpieczenia, to jednak w art. 11 ust. 3 U.o.u.o. ustawodawca przewiduje możliwość dochodzenia przez ubezpieczyciela zwrotu odszkodowania wypłaconego z tyt. ubezpieczeń obowiązkowych, czyli tzw. prawa do roszczenia regresowego nietypowego do ubezpieczonego, nie tylko do sprawcy. Takie prawo w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 4 U.o.u.o. przysługuje ubezpieczycielowi tylko w określonych w art. 11 ust. 3 U.o.u.o., szczególnych przypadkach szkody wyrządzonej (Ustawa z dnia 22 maja 2003):

- w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub osób, za które ponosi odpowiedzialność, określonej w art. 11 ust. 2 U.o.u.o., lub
- w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości ubezpieczonego lub osób, za które ponosi odpowiedzialność, lub
- po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub zastępczych przez ubezpieczonego lub osoby, za które ponosi odpowiedzialność.

Należy dodać, że na rynku ubezpieczeniowym istnieje możliwość (*quasi* rozszerzenia zakresu ubezpieczenia), za dodatkową składką, zniesienia prawa ubezpieczyciela do roszczenia regresowego, o którym mowa w art. 11 ust. 3 U.o.u.o.

⁵² Istnieje pogląd, że minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest zbyt niska, ponieważ co raz częściej limit odpowiedzialności ubezpieczyciela na jedno zdarzenie nie wystarcza na pokrycie zasądzonych świadczeń na rzecz poszkodowanych, a także pojemność ubezpieczeniowa wynikająca z sumy gwarancyjnej na wszystkie zdarzenia bywa wyczerpywana w przypadku kumulacji zdarzeń w okresie ubezpieczenia. Dodatkowo, wątpliwości może budzić wysokość sumy gwarancyjnej w porównaniu z innymi obowiązkowymi ubezpieczeniami OC, która jest np. 13-krotnie niższa dla limitu na jedno zdarzenie i prawie 4 krotnie niższa dla wszystkich zdarzeń w stosunku do minimalnej sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia OC brokera ubezpieczeniowego (Ziemiak, 2022, s. 54). Z drugiej strony, gdyby możliwy był szacunek maksymalnej możliwej szkody w przypadku ubezpieczenia OC, to można tylko domniemywać czy ww. proporcja nie zachowała by się również w stosunku do maksymalnej możliwej szkody wyrządzonej przez brokera ubezpieczeniowego (Klisch, 2010, s. 153) i podmiot leczniczy.

- 30 tys. euro na jedno zdarzenie i 150 tys. euro na wszystkie zdarzenia – dla podmiotu prowadzącego praktykę pielęgniarską lub dla podmiotu prowadzącego praktykę fizjoterapeutyczną.

Należy podkreślić, że ustawodawca określa w rozporządzeniu kwoty jedynie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczyciela, a zatem dopuszcza - co zresztą część podmiotów leczniczych stosuje – zawarcie umowy ubezpieczenia OC z wyższą sumą gwarancyjną. W praktyce część ubezpieczycieli nie chce jednak oferować zwiększonej sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, a oferuje co najwyżej zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia OC z tzw. funkcją nadwyżkową ponad sumę gwarancyjną dla ubezpieczenia obowiązkowego⁵³ (Nawracała, 2014, s. 257-259).

Mniej oczywistym narzędziem transferu ryzyka, choć również często praktykowanym, jest podwykonawstwo czy *outsourcing*. W szczególności na rynku usług medycznych, powszechnie stosowane są tzw. kontrakty dla personelu medycznego (w tym lekarzy) zamiast umowy o pracę, co nosi znamiona transferu ryzyka. W przypadku kontraktu z personelem medycznym można przyjąć, że ryzyko błędu medycznego przeniesione jest, choć znowu nie w całości (z wyłączeniem chociażby winy organizacyjnej), na podmiot zewnętrzny (Bednarczyk, 2016, s. 37). Zresztą umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC dopuszcza roszczenie regresowe ubezpieczyciela do sprawcy szkody (kontraktora – podwykonawcy). Przykładem *outsourcingu* w podmiocie leczniczym jest między innymi zewnętrzna firma sprzątająca, ochrony mienia czy utrzymania serwerów komputerowych. Zarówno podwykonawstwo jak i *outsourcing* mogą być świadomie wybranym narzędziem transferu ryzyka. Należy jednak podkreślić, że samo skorzystanie z usług obcych nie oznacza transferu ryzyka, nie bez znaczenia pozostają rzecz jasna warunki współpracy. Co więcej, transfer ryzyka „x” do firmy „A”, generuje kolejne ryzyko na ile partner, który przejmuje ryzyko, będzie potrafił je kontrolować i skutecznie zareagować w przypadku jego realizacji (Rudnicki, 2008b, s. 3). Z drugiej strony, znane są rozwiązania rynkowe, gdy zlecniodawca świadomie korzysta z usług obcych, jednocześnie zatrzymując ryzyko na sobie samym. W takim przypadku zazwyczaj korzyść z transferu pracy jest większa,

⁵³ Preferencja ubezpieczycieli do oferowania dobrowolnego ubezpieczenia OC z funkcją nadwyżkową, wynika z większych możliwości kształtowania stosunku ubezpieczeniowego, niż w przypadku zakresu obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego określonego przez normy imperatywne. Dodatkowo, funkcja nadwyżkowa budzi też kontrowersje i wątpliwości interpretacyjne w zakresie reżimu prawnego (Nawracała, 2014, s. 263-274).

niż z transferu ryzyka na podmiot trzeci. Nie wyklucza to, że ryzyko jest transferowane na firmę „B”. W praktyce stosuje się często takie rozwiązanie, jeżeli firmą „A” jest podwykonawca lub cała ich grupa, a firmą „B” – ubezpieczyciel, a transfer ryzyka (umowa ubezpieczenia) wyklucza prawo ubezpieczyciela do roszczenia regresowego do podwykonawcy.

Retencja - zatrzymanie ryzyka

Zatrzymanie ryzyka polega na podjęciu decyzji o samofinansowaniu skutków ryzyka. Formą retencji jest samoubezpieczenie, które może przybrać postać udziału własnego w ubezpieczeniu lub założenia keptywu (ang. *captive*)⁵⁴, czyli zależnego lub wewnętrznego towarzystwa ubezpieczeniowego (Liwacz, 2010, s. 161; Rudnicki, 2008b, s. 3). Inną formą zatrzymania ryzyka jest zakładanie rezerw finansowych (Wieczorek-Kosmala, 2017, s. 109). Na przykładzie szpitala, jeżeli do podmiotu leczniczego wpływa informacja o zdarzeniu obciążonym błędem lekarskim (może być w formie roszczenia), to szpital zgodnie z wcześniej przyjętą polityką zakłada rezerwę np. w wysokości 20% kwoty roszczenia na poczet ewentualnej naprawy popełnionego błędu (ponowny zabieg) lub kosztów obsługi roszczenia.

Retencja ryzyka bywa nazywana również jego akceptacją, choć co istotne warunkiem akceptacji poniesienia ryzyka jest okazja osiągnięcia pewnych korzyści (Iwaszczuk, 2021, s. 49). Niestety każda wartość dodana generuje lub wymaga pewnych kosztów. Stąd też każda metoda kontroli ryzyka, w tym unikanie czy retencja, ma swoją cenę i łączy się z poniesieniem kosztów. Dlatego świadoma kontrola ryzyka powinna iść w parze ze świadomym finansowaniem ryzyka (Rudnicki, 2008b, s. 3), co sprowadza się do budżetowania każdej podjętej metody kontroli.

Ciekawą i jednocześnie problematyczną, a Polsce cały czas jeszcze niepopularną metodą kontrolowania ryzyka jest zakładanie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (TUW)⁵⁵. Nie chodzi o zakłady ubezpieczeń, które prowadzą działalność ubezpieczeniową w formie TUW,

⁵⁴ Wyróżnia się keptywy w zakresie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, które mogą świadczyć usługi ubezpieczeniowe dla jednego przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw np. w ramach holdingu (wtedy postać keptywu zbliża się do formy ubezpieczenia wzajemnego) (Kowalewski, 2002, s. 36). Wyróżnia się również keptywy do wynajęcia (szerzej: Liwacz, 2010, s. 165-166).

⁵⁵ Stosowanie przepisów ustawy o dystrybucji ubezpieczeń w przypadku TUWów jest kontrowersyjne w kontekście ewentualnego konfliktu interesów z uwagi, iż to klienci sami poniekąd tworzą ten zakład ubezpieczeń, pomimo że TUW jest dopuszczoną formą organizacyjno-prawną prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w myśl ustawy o dystrybucji ubezpieczeń (Kwieciński i Przybysz, 2018, s. 43).

ale o inicjatywę przedsiębiorstw lub osób fizycznych z tej samej branży lub regionu, których dotyczy wspólne ryzyko (ze względu na branżę lub region etc.), a którzy idei wzajemnej pomocy chcą nadać formalne kształty (Janowicz-Lomott, 2015, s. 113-114; Rejda, 2008, s. 93-94). Nie jest to keptyw, ponieważ T UW nie jest zależną lub wewnętrzną jednostką organizacyjną. Natomiast jest to forma samoubezpieczenia oparta na zasadzie wzajemności, tzn. że minimum dwa podmioty muszą się wzajemnie ubezpieczać. Taka forma zyskała dużą popularność m.in. wśród niemieckich rolników, którzy w ramach np. jednego landu zakładają towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych w celu kontrolowania ryzyka suszy. Warto podkreślić, że tradycja wzajemności ubezpieczeniowej w Polsce sięga XV wieku, której początki przypisuje się kasom i spółkom brackim na Górnym Śląsku. Tradycja ta była kontynuowana i dalej rozwijana poprzez Ordunek Górny w księstwie opolskim, raciborskim i ziemi bytomskiej w XVI wieku, Kasy Ogniove w Poznaniu w XVII i XVIII wieku, a także 8 towarzystw wzajemnych dużych i 36 towarzystw wzajemnych małych działających w XX wieku (Ronka-Chmielowiec, 2016b, s. 26-27).

Pod koniec XX wieku podobnej inicjatywy podjęli się notariusze, zakładając w 1995-tym roku Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „REJENT - LIFE”, oferując ubezpieczenia na życie tylko dla notariuszy, ich małżonków i asesorów notarialnych. Założenie takiego T UW-u należy uznać jako mieszaną metodę kontroli ryzyka, ponieważ z jednej strony jest to transfer ryzyka na zewnętrzny podmiot, z drugiej strony każdy członek T UW współfinansuje ryzyko (samoubezpieczenie), czyli jest to forma retencji.

Odminną inicjatywą, choć również opartą na zasadzie wzajemności, jest T UW Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: T UW PZUW) powołany w 2015 r., choć jego korzenie sięgają lat dwudziestych XX wieku (Ronka-Chmielowiec, 2016b, s. 27) wraz z powołaniem Polskiej Dyrekcji Ubezpieczeń Wzajemnych (PZU, 2022). Pomimo, że T UW PZUW zostało powołane przez i należy do grupy PZU, to jednak można dopatrzeć się prawdziwej idei wzajemności w ponad 50 związkach wzajemności członkowskich, które w ramach T UW PZUW tworzą podmioty o podobnym profilu działalności i związanym z tym ryzyku (T UW PZUW, 2022). Innym przykładem, realizującym ideę wzajemności, jest T UW Cuprum, powołany przez Grupę Kapitałową KGHM i stosujący zasadę systematycznego zwrotu składek dla członków związku wzajemności członkowskiej (dalej” ZWCz). Pierwszymi członkami ZWCz byli lokali

przedsiębiorcy, odbiorcy i kooperanci Grupy KGHM (TUW Cuprum, 2022). Zbliżoną historią powstania charakteryzował się ZWCz działający przy Concordia Wielkopolska TUW, założony z inicjatywy Wielkopolskiej Fundacji Żywnościowej w Poznaniu i korporacji Producentów Żywności, który również zakładał zwroty składek z wypracowanych zysków, a także zwolnienie ubezpieczających z ryzyka dopłaty składki (Broda, 2003).

Wybór metody kontroli ryzyka na pewno powinien być poparty rachunkiem ekonomicznym. Nie ma jednej „złotej zasady” kontroli ryzyka. Jest to na tyle indywidualna kwestia, że propozycja jakichkolwiek gotowych rozwiązań mija się z celem. Co więcej, jedno ryzyko może być kontrolowane różnymi metodami. Na przykład, ryzyko powodzi dla budynku szpitala może być jednocześnie unikane, redukowane, transferowane i zatrzymane. Dzisiejsze rozwiązania prawno-technologiczne są tak szerokie, że ich zastosowanie sprowadza się tak naprawdę do rachunku ekonomicznego i indywidualnych preferencji, celów i strategii. Indywidualizacja kontroli ryzyka nie umniejsza jednak znaczenia kontroli ryzyka w procesie zarządzania ryzykiem, która ze względu na skutki działania lub zaniechania podmiotu leczniczego, odgrywa kluczową rolę.

Rozdział 5. Rekomendacje wykorzystania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontroli ryzyka podmiotu leczniczego

5.1. Interdyscyplinarny charakter zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym

Zarządzanie ryzykiem błędu medycznego, z powodu pełnionych funkcji podmiotu leczniczego, wymaga specjalistycznej wiedzy przede wszystkim z zakresu medycyny i prawa, ze względu na definicję błędu medycznego. Jednakże, interdyscyplinarnego charakteru zarządzania ryzykiem błędu medycznego nadają również, niemal nierozłączne z błędem medycznym, zasady i pojęcia ubezpieczeniowe, a także wiedza z zakresu nowoczesnych technologii (Janowicz-Lamott i Śliwiński, 2017, s. 185-188) i techniki (np. gdy przy ustalaniu okoliczności powstania szkody i określaniu odpowiedzialności sprawcy weryfikowana jest sprawność sprzętu medycznego). W końcu, pewnego rodzaju spoiwem powyższego jest wiedza o zarządzaniu i umiejętności zarządcze, ponieważ decyzje w zakresie zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym podejmowane są zazwyczaj przez dyрекcję lub kierownictwo jednostki.

Wiedza medyczna stanowi niezaprzeczalnie kluczowy element wpływu na ryzyko błędu medycznego i jego zarządzanie, ponieważ zgodnie z definicją, bezwarunkową przesłanką ustalenia błędu medycznego jest naruszenie reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej. W praktyce, wyjaśnienie okoliczności powstania szkody sprowadza się zatem nie do ustalenia, czy w ogóle popełniono błąd w trakcie wykonywania lub zaniechania czynności medycznych, ale, czy ten błąd narusza reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej, zwany również błędem w sztuce. Przykładowo, jeżeli pacjent doznał pewnego uszczerbku w wyniku zaniechania czynności diagnostycznych, to samo wystąpienie błędu (zaniechanie czynności diagnostycznych) nie przesądza jeszcze, o tym, że mowa jest o błędzie medycznym. Prawidłowe ustalenie okoliczności powstania szkody polegałoby w tym uproszczonym przykładzie na zbadaniu, na ile owe zaniechanie naruszyło reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej. Kluczowe zatem mogą się okazać takie okoliczności jak m.in. stan pacjenta, historia choroby, objawy choroby, wywiad lekarski, treść zgody pacjenta na leczenie, specjalizacja lekarza lub oddziału, stopień referencyjności podmiotu leczniczego czy dostępny sprzęt medyczny.

Istotnym dowodem w sprawie o błąd medyczny jest opinia medyczna, która uwzględniając wyżej wymienione okoliczności, miewa decydujący wpływ na uznanie lub brak uznania naruszenia reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej. Opinia medyczna nie musi przybierać jedynie formy opinii biegłego sądowego. Coraz częściej, również w procesach sądowych, wykorzystywane są tzw. opinie prywatne. Jeżeli są one elementem materiału procesowego, to są traktowane tylko jako wyjaśnienia stanowiące poparcie stanowisk stron (Budzowska, 2012). Warto podkreślić, że taką opinię prywatną może zlecić zarówno strona poszkodowana jak i pozwana. Co więcej, w ocenie M. Orlickiego (2022) za etyczne należy uznać przygotowanie opinii prywatnej jedynie zbieżnej ze stanowiskiem strony zlecającej opinię, o ile oczywiście zleceniobiorca jest przekonany do wyrażanego podglądu. Przyjmując szeroką definicję, za opinię medyczną, która również może stanowić element materiału procesowego, należy również uznać oświadczenie personelu, będące często jedynie dokumentem wewnętrznym. Niemniej jednak, wagi opinii medycznej biegłego, opinii prywatnej czy opinii personelu są odmienne, choć każda z nich może pełnić istotną rolę przy ustalaniu odpowiedzialności za błąd medyczny. W kontekście zarządzania ryzykiem błędu medycznego, pozyskanie opinii medycznej już na wczesnym etapie powzięcia informacji o możliwym wystąpieniu błędu medycznego, może ułatwić wybór metod kontrolnych i podejmowanie decyzji.

Do katalogu opinii medycznych, dotychczas można było zaliczyć również orzeczenie⁵⁶ wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej: WKO), ponieważ orzeczenie WKO jest istotnym i niezależnym osądem w sprawie o błąd medyczny, mogącym w kluczowy sposób wpłynąć na ustalenie odpowiedzialności za błąd medyczny. Następcą WKO jest Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, który wydaje w toku postępowania opinię w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego (Ustawa z dnia 16 czerwca 2023).

Pomimo że do ustalenia naruszenia zasad wynikających z reguł wiedzy medycznej konieczna jest wiedza medyczna, to błąd medyczny należy jednak traktować jako termin prawny, a nie medyczny. Stąd też, udział specjalistów z dziedziny prawa jest nie mniej istotny

⁵⁶ Wcześniej, orzeczenie o zdarzeniu medycznych wydawały wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które zostały zlikwidowane z dniem 1 lipca 2024 r. (Ustawa z dnia 16 czerwca 2023).

w procesie zarządzania ryzykiem błędu medycznego, w szczególności, jeżeli ryzyko błędu medycznego zawężymy do odpowiedzialności prawnej za błąd medyczny. Choć należy podkreślić, że wystąpienie błędu medycznego nie przesądza jeszcze o odpowiedzialności sprawcy za błąd medyczny (Białkowski, 2013, s. 62; Fiutak, 2012). Rola prawnika w procesie zarządzania ryzykiem błędu medycznego nie sprowadza się jednak tylko do opiniowania odpowiedzialności prawnej podmiotu leczniczego za błąd medyczny czy reprezentowania w procesie sądowym, ponieważ do zadań prawnych można również zaliczyć:

- weryfikację kwot i zakresu roszczeń,
- kontrolowanie terminu przedawnienia roszczenia,
- gromadzenie i archiwizowanie dokumentacji,
- prowadzenie korespondencji w imieniu podmiotu leczniczego z poszkodowanym,
- prowadzenie korespondencji w imieniu podmiotu leczniczego z ubezpieczycielem,
- organizację i prowadzenie postępowań mediacyjnych.

Kolejnym obszarem wykorzystywanym w zarządzaniu ryzykiem błędu medycznego jest wiedza ubezpieczeniowa, zarówno po stronie podmiotu leczniczego jako ubezpieczonego jak i ubezpieczyciela. Ciężar wiedzy ubezpieczeniowej podmiotu leczniczego zazwyczaj jest transferowany na pośrednika ubezpieczeniowego (Kufel-Siemińska, 2005, s. 50-52), w przypadku szpitali najczęściej jest to broker ubezpieczeniowy. Po stronie ubezpieczonego, oprócz zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie odpowiadającym potrzebom i wymaganiom ubezpieczonego⁵⁷ (Maśniak, 2017, s. 39-40; Raczyński, 2017, s. 33), do zakresu wiedzy ubezpieczeniowej koniecznej do zarządzania ryzykiem błędu medycznego należy:

- weryfikacja kwot i zakresu roszczeń w kontekście zakresu ochrony ubezpieczeniowej,

⁵⁷ Wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, wprowadzono normę w zakresie zawierania umowy ubezpieczenia odpowiadającą potrzebom i wymaganiom klienta, która wynika z klauzuli najlepiej pojętego interesu klienta (Malinowska, 2017, s. 107; Szczepańska, 2017, s. 175) zawartej w art. 17 (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r.). Tym samym, pojawiła się istotna dyskusja o możliwym konflikcie interesów pośredników ubezpieczeniowych z ubezpieczycielami lub klientami w kontekście działania dystrybutora ubezpieczeń zgodnie z najlepiej pojętym interesem klienta (Orlicki, 2017, s. 24-26). Jednakże, główną ideą przyświecającą wprowadzeniu klauzuli najlepiej pojętego interesu klienta było przeciwdziałanie zjawisku sprzedaży produktów ubezpieczeniowych niedostosowanych do potrzeb i wymagań klientów (ang. *misselling*) (Ziemba, 2018, s. 71).

- sprawdzenie odpowiedzialności czasowej ubezpieczyciela (tzw. triggerów czasowych)⁵⁸,
- kontrolowanie pojemności ubezpieczeniowej,
- dopełnienie terminów zgłoszenia roszczenia do ubezpieczyciela,
- kontrolowanie terminu przedawnienia roszczenia z umowy ubezpieczenia,
- prowadzenie korespondencji z ubezpieczycielem,
- nadzorowanie i udział w postępowaniu likwidacyjnym,
- organizacja i udział w postępowaniu ugodowym.

Kolejną dziedziną wpływającą na zarządzanie ryzykiem błędu medycznego jest wiedza techniczna. Jeżeli do błędu medycznego przyczynił się bezpośrednio lub pośrednio sprzęt medyczny, to przy ustalaniu odpowiedzialności za błąd medyczny korzysta się z prawidłowej i rzetelnej opinii technicznej. Skoro wadliwość sprzętu może przyczynić się do błędu medycznego, to w kontekście zarządzania ryzykiem błędu medycznego istotne staje się:

- organizacyjne zapewnienie dostępności sprzętu,
- bieżący serwis i konserwacja sprzętu,
- prawidłowe prowadzenie dokumentacji technicznej.

Ponadto, w przypadku procesu sądowego, niewykluczony jest również udział biegłego w zakresie nauk technicznych. Stąd też, kompleksowe zarządzanie infrastrukturą podmiotu leczniczego ma swój udział w zarządzaniu ryzykiem błędu medycznego, ale i sama kontrola ryzyka powinna uwzględniać zarządzanie mieniem podmiotu leczniczego. Zresztą, nie tylko sprzęt medyczny jest jedynym mieniem mogącym przyczynić się do powstania błędu medycznego. W przypadku błędu terapeutycznego przyczyna może leżeć w organizacji przestrzeni (np. poprzez zapewnienie bezpieczeństwa), stanie technicznym budynku czy zapewnieniu właściwych warunków bytowych.

⁵⁸ O ile w obowiązkowym ubezpieczeniu OC podmiotu leczniczego, zakres czasowy (tzw. trigger czasowy) jest określony – „wyrządzone działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej” (ang. *act comitted*), zgodnie z § 2 ust. 1 (Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019), o tyle zakres czasowy w dobrowolnym ubezpieczeniu OC podmiotu leczniczego, w tym z funkcją nadwyżkową, może być dowolnie ustalony przez strony umowy ubezpieczenia. Pomimo że, aktualnie wiodący ubezpieczyciele stosują, w ogólnych warunkach dobrowolnego ubezpieczenia OC podmiotów leczniczych, trigger czasowy *act comitted* (PZU, 2021a; PZU, 2021b; Inter Polska, 2022; TUW PZUW, 2022), to jednak, należy podkreślić, że zbieżność okresów ubezpieczenia obowiązkowego i dobrowolnego, w tym z funkcją nadwyżkową, może nie być tożsama z czasowym zakresem ubezpieczenia tych ubezpieczeń, w szczególności w przypadku indywidualnej negocjacji warunków ubezpieczenia lub zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia (Dzięcioł, 2015b). Przykładowo, dla klauzuli ubezpieczenia nadwyżkowego dla lekarzy, stosowanej do ogólnych warunków ubezpieczenia OC zawodowej, przyjęto trigger czasowy *claims made* (Allianz, 2018).

Elementem spajającym powyższe obszary zarządzania ryzykiem błędu medycznego jest zarządzanie, i to nie tylko w kontekście wiedzy o zarządzaniu, ale również i umiejętności zarządzanych oraz umiejętności podejmowania decyzji. Ma to swoje konsekwencje zarówno w kontekście błędu organizacyjnego podmiotu leczniczego, ale przede wszystkim osoby decyzyjne podmiotu leczniczego mogą otrzymać informację lub poradę w zakresie specjalistycznej wiedzy m.in. medycznej, prawnej, ubezpieczeniowej czy technicznej, jednakże to od osób decyzyjnych zależy jak te informacje zostaną wykorzystane i jaka zostanie podjęta decyzja. W przypadku zarządzania ryzykiem błędu medycznego zakres podejmowanych decyzji o charakterze zarządczym obejmuje:

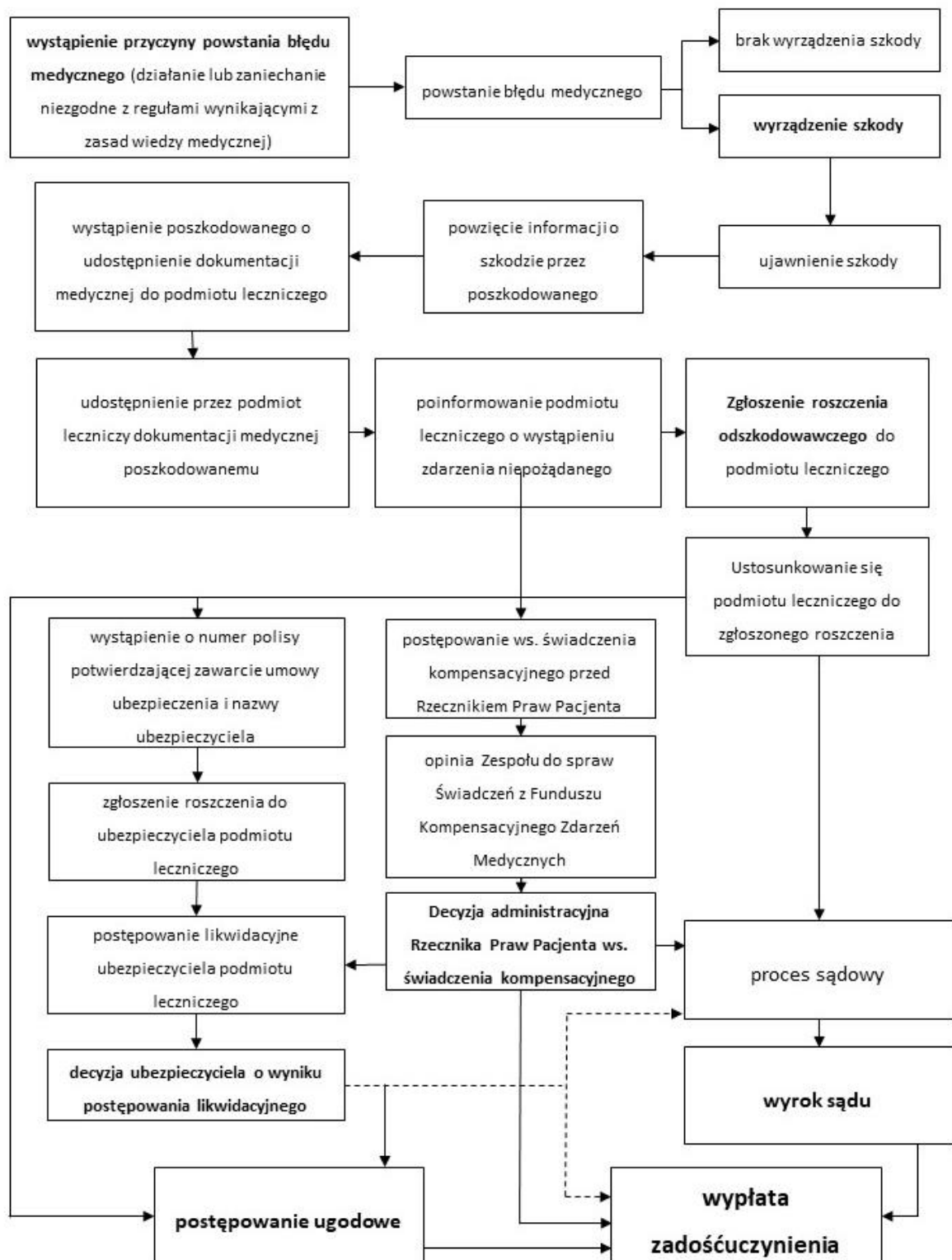
- organizację i zapewnienie dostępności infrastruktury podmiotu leczniczego,
- zarządzanie personelem medycznym i pozostałym personelem podmiotu leczniczego,
- organizację i kontrolę procedur medycznych,
- wdrożenie i utrzymanie standardów lub norm jakościowych, w tym tzw. akredytacji,
- wybór i współpracę z podwykonawcami i podmiotami zewnętrznymi,
- zarządzanie finansami,
- przyjętą strategię i cele podmiotu leczniczego.

Podsumowując, zarządzanie ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym ma charakter interdyscyplinarny i zazwyczaj wymaga tzw. wiadomości specjalnych. Stąd udział specjalistów z różnych dziedzin w procesie zarządzania ryzykiem jest naturalną konsekwencją, a nierozdzielalną częścią podejmowania decyzji zarządczych w kontekście błędu medycznego jest wieloaspektowość.

5.2. Dochodzenie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego a kontrola ryzyka w podmiocie leczniczym

Proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego z jednej strony powinien wynikać z przyjętej strategii zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym, z drugiej strony musi uwzględniać proces powstawania i egzekwowania błędu medycznego przez poszkodowanego. Na rysunku 5.1 przedstawiono uproszczony proces dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. W grafice celowo pominięto postępowania odwoławcze oraz reklamacyjne, a także wycofanie roszczenia, ponieważ głównym celem rysunku jest pokazanie

szerokiego spektrum drogi, jaką poszkodowany pokonuje, aby otrzymać żądane zadośćuczynienie.



Rysunek 5.1. Proces dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego

Źródło: opracowanie własne.

Kolejne etapy procesu zaprezentowanego na rysunku 5.1 nie są bezwarunkowe, to znaczy część z nich nie musi wystąpić (jak np. wystąpienie poszkodowanego o numer polisy podmiotu leczniczego czy postępowanie w sprawie świadczenia kompensacyjnego przed Rzecznikiem Praw Pacjenta), a także kolejność pewnych etapów nie jest bezwzględna (np. udostępnienie dokumentacji medycznej poszkodowanemu może nastąpić po zgłoszeniu roszczenia).

Warunkiem rozpoczęcia procesu wypłaty zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego jest wystąpienie błędu medycznego i wyrządzenie szkody. Na gruncie prawa cywilnego istotną przesłanką przyjęcia odpowiedzialności podmiotu leczniczego jest jeszcze udowodnienie związku przyczynowego między popełnionym błędem medycznym a powstałą szkodą, pominiętą na rysunku 5.1.

W kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego, o powstaniu błędu medycznego może powziąć informację personel podmiotu leczniczego, choć nie zawsze jest to możliwe. W przypadku odpowiedniej polityki transparentności obiegu informacji, już na tym etapie decydenci podmiotu leczniczego są w stanie podjąć pierwsze środki kontrolne po wystąpieniu błędu medycznego lub pojawieniu się podejrzeń o jego wystąpieniu.

Proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego, jak już wspomniano, z jednej strony wynika z przyjętej metodyki zarządzania ryzykiem, choć uogólniając sprowadza się do identyfikacji, pomiaru, analizy, sterowania (manipulowania) i monitorowania ryzyka. Z drugiej strony, powinien uwzględniać złożoność procesu dochodzenia roszczenia z tytułu błędu medycznego (por. rysunek 5.1).

Za pierwszy etap zarządzania ryzykiem błędu medycznego należy uznać cele strategiczne przedsiębiorstwa, które wpływają na dalszy proces kontroli i metody postępowania wobec ryzyka. Inne bowiem cele strategiczne będzie miał przykładowo podmiot leczniczy z kapitałem prywatnym, inne szpital powiatowy, a inne szpital kliniczny.

Drugi etap zarządzania ryzykiem błędu medycznego to szeroko rozumiana przez triadę AIRMIC, ALARM i IRM – ocena ryzyka z uwzględnieniem identyfikacji, opisu, szacowania i pomiaru ryzyka, zwieńczona analizą ryzyka i jego ocenę. Ten etap, wydaje się najtrudniejszy, a zarazem może znacząco różnić się między podmiotami leczniczymi. Bowiem, dla podmiotu leczniczego, do którego jeszcze nigdy nie wpłynęło roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, szacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia i rozmiaru

straty będzie obarczone dużym marginesem błędu, choć w takich przypadkach wskazane jest wykorzystanie danych statystycznych branżowych⁵⁹, przynajmniej jako punktu odniesienia lub punktu wyjścia do dalszych obliczeń. Natomiast, w przypadku podmiotu leczniczego, który posiada bogatą historię roszczeń pacjentów, pomiar ryzyka będzie mógł być dużo bardziej szczegółowy (np. z uwzględnieniem różnego rodzaju błędów medycznych czy specjalizacji oddziału lub przychodni odpowiedzialnej za błąd) oraz z mniejszym marginesem błędu. Choć i tutaj istnieje pewna pułapka związana z przyjęciem małego marginesu błędu. Bowiem istotnym wnioskiem z przeprowadzonego badania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, jest indywidualizacja miarkowania świadczenia z tytułu szkody na osobie. Dlatego, nawet jeżeli podmiot leczniczy posiada szeroką bazę otrzymanych roszczeń (np. z której wynika, że mediana zadośćuczynienia wynosi 50 tys. zł, 75% wypłaconych zadośćuczynień nie przekracza 75 tys. zł, a maksymalna wartość wypłaconego zadośćuczynienia wynosi 100 tys. zł), to i tak warto skorzystać z danych statystycznych branżowych, ponieważ przygotowując strategię kontroli ryzyka błędu medycznego, być może szacunek maksymalnej możliwej straty będzie trzeba zwiększyć o jedno „zero”, w stosunku do danych z wewnętrznej bazy.

W następnym kroku, na podstawie analizy i oceny ryzyka podmiot leczniczy powinien ustosunkować się do ryzyka (tzw. ewaluacja). Owe ustosunkowanie się powinno prowadzić do przyjęcia pewnej polityki, jakie ryzyka podmiot leczniczy jest w stanie zaakceptować, a jeżeli tak to na jakim poziomie, a których unikać. Finalnie, podmiot leczniczy powinien dążyć do określenia, jakimi ryzykami jest w stanie manipulować, na które może reagować, a jakie ryzyka są nierezydualne, tzn. których manipulacja jest niemożliwa. Zwieńczeniem tego etapu powinno być również określenie budżetu ryzyka (ang. *risk budget*), który jest sumą planowanych wydatków i rezerw związanych z finansowaniem ryzyka.

Czwartym, najistotniejszym etapem zarządzania ryzykiem błędu medycznego jest kontrola ryzyka (w innej terminologii – reakcja, sterowanie, manipulowanie czy opanowanie). Kontrolę ryzyka błędu medycznego można podzielić na dwie główne kategorie – działania prewencyjne i plan działania *post factum*. Prewencja błędu medycznego powinna uwzględniać czynniki

⁵⁹ Podmiot leczniczy ma do dyspozycji zarówno publikacje danych instytucjonalnych np. Informator Statystyczny Wymiaru Sprawiedliwości (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2018) jak i indywidualne publikacje np. (Budzowska, 2014; Korytkowska-Piaskowska, 2022)

narażenia na ryzyko i podatność wartości zagrożonej (rysunek 4.6). Dalej, na podstawie etapu drugiego (oceny ryzyka), reakcja na ryzyko powinna uwzględniać oddziaływanie na prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka błędu medycznego oraz oddziaływanie na rozmiar strat spowodowanych błędem medycznym. Zbiór tych działań można podzielić na fizyczną i finansową kontrolę ryzyka.

Kolejny etap zarządzania ryzykiem sprowadza się do administrowania, w tym budowy polityki czy strategii zarządzania ryzykiem błędu medycznego oraz wypracowanie planu awaryjnego (uwzględniając m.in. maksymalną możliwą szkodę, możliwość powiększenia rozmiaru szkody po wypłacie zadośćuczynienia czy możliwości reagowania bezpośrednio po popełnieniu błędu medycznego).

Ostatni etap to monitorowanie ryzyka błędu medycznego. Monitoring ryzyka można podzielić na przegląd działań prewencyjnych oraz nadzorowanie działań *post factum* ze szczególnym uwzględnieniem wystąpienia przyczyny powstania błędu medycznego, zgłoszenia roszczenia odszkodowawczego, drogi dochodzenia roszczenia i wypłaty zadośćuczynienia. Wnioski z monitoringu ryzyka błędu medycznego mogą być podstawą do zapętlenia procesu zarządzania ryzykiem i rozpoczęcia go od nowa. Jeżeli podmiot leczniczy w swojej strategii wykorzystuje cykl Deminga PDCA, to następstwem tej postawy są nieustanne zmiany poszczególnych etapów kontroli ryzyka błędu medycznego oraz ich sprawdzanie czy to w formie kontroli czy audytu (rysunek 5.2).

Należy jednak podkreślić, że zintegrowane podejście do zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym powinno udzielić odpowiedzi na pytanie nie tylko co zrobić, jeżeli błąd medyczny zostanie popełniony, ale również:

- Co zrobić, żeby błąd medyczny nie został popełniony?
- Co zrobić, żeby ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia błędu medycznego?
- Co zrobić, żeby ograniczyć skutki wystąpienia błędu medycznego?

Kolejnym istotnym etapem w kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego jest wystąpienie poszkodowanego o udostępnienie dokumentacji medycznej. Oczywiście, jeżeli sam wniosek nie idzie w parze z poinformowaniem o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego lub z roszczeniem odszkodowawczym (Daniluk, 2013, s. 52-53), to sam taki wniosek nie przesądza jeszcze o możliwym roszczeniu, choć je uprawdopodobnia. Stąd też, powinien być

to kolejny sygnał ostrzegawczy dla personelu podmiotu leczniczego, że dany przypadek może wymagać szerszej analizy lub chociażby zabezpieczenia dokumentacji. Z drugiej strony, w przypadku dużych podmiotów leczniczych, udostępnianie dokumentacji medycznej niekoniecznie musi powodować jakikolwiek sygnał ostrzegawczy, ze względu na wolumen wniosków o udostępnienie dokumentacji, które wcale nie muszą oznaczać potencjalnego roszczenia pacjenta. Dla takich podmiotów, u których udostępnianie dokumentacji medycznej nie jest nadzwyczajnym zdarzeniem, dużo jaśniejszym w komunikacji zamiaru wnioskodawcy jest wniosek o udostępnienie numeru polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Istotnym krokiem, również w wymiarze prawnym, jest ustosunkowanie się podmiotu leczniczego do zgłoszonego roszczenia lub informacji o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego. W tym przypadku zamiar wnioskodawcy jest już określony, choć jeszcze niedokonany, dlatego oprócz wewnętrznych działań zabezpieczająco-przygotowawczych, podmiot leczniczy powinien już podjąć odpowiednie kroki formalne, które mogą skutkować o dalszym rozwoju i ścieżce przebiegu procesu ubiegania się poszkodowanego o zadośćuczynienie. Jednak, formalne stanowisko podmiotu leczniczego powinno być wydane na podstawie czynników, wymienionych w rozdziale 5.1. Efektywne zarządzanie ryzykiem u podstaw zakłada minimalizację strat (Dzięcioł, 2018), zatem, jeżeli zgłoszone roszczenie jest uzasadnione i istnieją przesłanki, aby domniemywać konieczność wypłaty zadośćuczynienia za wyrządzoną szkodę, to niejednokrotnie korzystniejszą ścieżką będzie ugoda pozasądowa, niż długoletni proces, jego dodatkowe koszty oraz możliwe odsetki. Zresztą na przestrzeni ostatnich lat, można zauważyć coraz częstsze zawieranie ugód, również przez ubezpieczycieli, co jeszcze 10 lat temu było rzadkością⁶⁰.

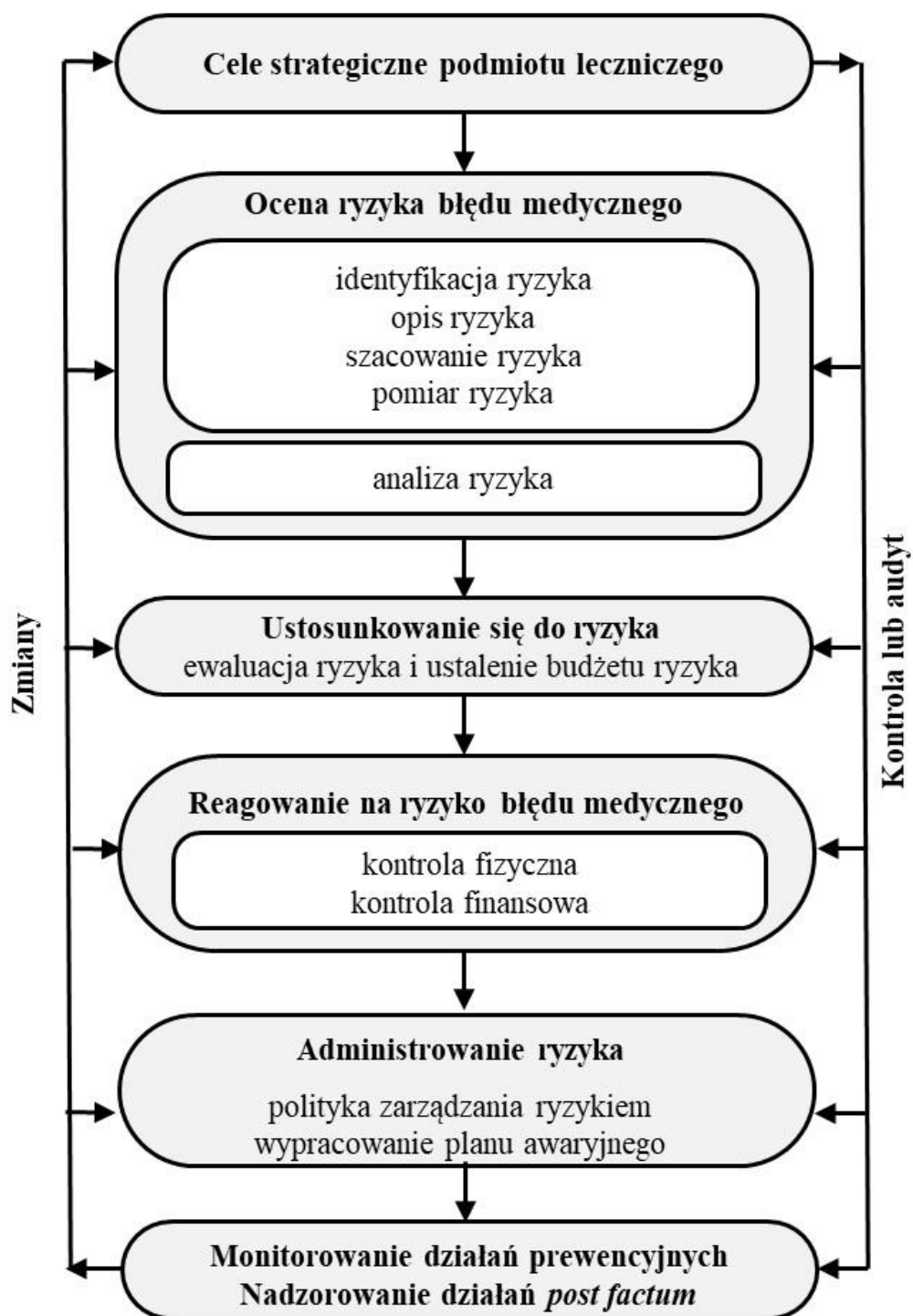
Po oficjalnej odpowiedzi podmiotu leczniczego na zgłoszone roszczenie, poszkodowany ma w zasadzie cztery, choć nierozdzielne, drogi dochodzenia swoich roszczeń – postępowanie ugodowe, roszczenie do ubezpieczyciela podmiotu leczniczego, postępowanie w sprawie świadczenia kompensacyjnego przed Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz proces sądowy.

⁶⁰ Liczba skierowanych, przez sądy powszechne w Polsce spraw do mediacji (Mucha, 2021, s. 168):

- w 2013 r. – 13 370
- w 2019 r. – 30 828

Liczba zawartych ugód:

- w 2013 r. – 663
- w 2019 r. – 2916



Rysunek 5.2. Proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie (AIRMIC, ALARM i IRM, 2003, s. 5; Rudnicki, 2008a).

Świadoma kontrola ryzyka błędu medycznego wymaga nie tylko aktywnego uczestnictwa w procesie sądowym czy postępowaniu likwidacyjnym ubezpieczyciela, ale również stawia przed podmiotem leczniczym następujące pytania:

- Na jakich podstawach poszkodowany uzasadnia swoje roszczenie?
- Jakiej kwoty będzie dochodził poszkodowany?
- Jaka kwota świadczenia zaspokoi powstałą szkodę?
- Do jakiej ścieżki dochodzenia roszczenia będzie zmierzał poszkodowany?
- Czy istnieją przesłanki do uznania odpowiedzialności podmiotu leczniczego za błąd medyczny?
- Z jakimi kosztami dla podmiotu leczniczego wiąże się każda ze ścieżek dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego?
- Która ścieżka dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego jest najkorzystniejsza dla poszkodowanego?
- Która ścieżka dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego jest najkorzystniejsza dla podmiotu leczniczego?
- Czy roszczenie może zostać pokryte z umowy ubezpieczenia OC przez ubezpieczyciela z uwzględnieniem sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie i poziomu skonsumowania sumy gwarancyjnej na wszystkie zdarzenia? Jeżeli nie, to z jakich środków podmiot leczniczy może sfinansować przyznane świadczenie dla poszkodowanego oraz dodatkowe koszty związane z obsługą roszczenia?

Ostatnim etapem procesu dochodzenia roszczenia poszkodowanego o zapłatę zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego jest wypłata świadczenia. Bez względu na drogę lub drogi dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego, finalnie wypłaty zadośćuczynienia może dokonać podmiot leczniczy lub ubezpieczyciel podmiotu leczniczego.

Należy jednak podkreślić, że wypłata zadośćuczynienia w kwocie „x”, bez względu na drogę dochodzenia roszczenia nie wyklucza, że po pewnym czasie poszkodowany może zgłosić się do podmiotu leczniczego z roszczeniem o zadośćuczynienie z tytułu tego samego błędu medycznego w kwocie „x+y”, ze względu na powiększenie rozmiaru szkody. W takim przypadku, proces dochodzenia roszczenia rozpoczyna się na nowo, choć pewne etapy przedstawione na rysunku 5.1 ulegają uproszczeniu lub są pomijane. Mając na uwadze

powyższe, zarządzanie ryzykiem błędu medycznego nie może zatem zakończyć się wraz z wypłatą zasądzonego lub przyznanego zadośćuczynienia, w szczególności, jeżeli sąd zasądza odpowiedzialność podmiotu leczniczego za przyszłe szkody spowodowane tym samym błędem medycznym. Takie okoliczności, w zasadzie wymuszają na podmiocie leczniczym stan pewnej gotowości na przyszłość, stawiając ponownie (pomimo wypłaty zadośćuczynienia w kwocie „x”) pytanie - czy roszczenie może zostać pokryte z umowy ubezpieczenia OC przez ubezpieczyciela z uwzględnieniem sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie i poziomu skonsumowania sumy gwarancyjnej na wszystkie zdarzenia. Jeżeli nie, to z jakich środków podmiot leczniczy może sfinansować przyznane świadczenie dla poszkodowanego oraz dodatkowe koszty związane z obsługą roszczenia.

5.3. Kontrola ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym

5.3.1. Nierezydualne determinanty wysokości zadośćuczynienia

Kontroli ryzyka, jak już podkreślano, przypisuje się największą wagę w całym procesie zarządzania ryzykiem błędu medycznego. Etap ten wynika z przyjętych celów strategicznych w podmiocie leczniczym, opiera się na rzetelnej analizie i ocenie ryzyka oraz jest konsekwencją ustosunkowania się podmiotu leczniczego do ryzyka. Jest to etap efektywnego działania, choć niezmiernie wymagającego, bowiem sprowadza się do pewnego balansu między osiągnięciem danej wartości i poniesieniem odpowiednich kosztów.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwie podstawowe metody kontroli ryzyka – fizyczną oraz finansową. Obie metody, podobnie zresztą jak w przypadku innych ryzyk, tworzą zbiór metod kontrolowania ryzyka – unikanie, redukcja, transfer i retencja ryzyka. Na podstawie studium literatury przedmiotu oraz przeprowadzonego badania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, autor przedstawia rekomendowane metody kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym. Nie jest to z pewnością zbiór uniwersalny, choć do tego zmierza, nie jest to również zbiór kompletny, ponieważ taki nie istnieje. Rekomendowane metody kontroli ryzyka należy zatem traktować jako inspirację lub podstawę do zbudowania własnego modelu zarządzania i kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym.

Ryzyko błędu medycznego należy uznać za nietypowe ryzyko nie tylko ze względu na możliwe negatywne skutki na ludzkim zdrowiu lub życiu, ale również ze względu na to, że

ryzyko błędu medycznego stanowi połączenie ryzyka rezydualnego i nierezydualnego. Na podstawie analizy determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego można wnioskować, że ryzyko błędu medycznego jest połączeniem kontrolowalnych i niekontrolowalnych determinant wysokości zadośćuczynienia. Co więcej, część determinant jest zarówno rezydualna jak i nierezydualna w pewnym zakresie. Na przykład zakres szkody czy poziom i czas trwania bólu może być kontrolowalny. Jeżeli bowiem w trakcie operacji operator popełni błąd i uszkodzi nerw pacjenta i zespół operacyjny to zauważy, to w zależności od tego jak dalej podmiot leczniczy poprowadzi leczenie pacjenta tak może zmienić się zakres szkody. Z jednej strony, zespół operacyjny może zignorować podejrzenie uszkodzenia nerwu, wtedy przy niekorzystnym dla podmiotu leczniczego splocie okoliczności zakres szkody może się powiększyć. Uszkodzony nerw, w szczególności przy zbyt późnej diagnostyce, może spowodować nieodwracalne ujemne skutki na zdrowiu. Z drugiej strony, na podstawie podejrzenia uszkodzenia nerwu zespół operacyjny od razu może zalecić diagnostykę i jeżeli będzie taka konieczność, podmiot leczniczy może zaproponować pacjentowi rekonstrukcję uszkodzonego nerwu. W obu przypadkach błąd medyczny powstał, choć zakres szkody w drugim przypadku został ograniczony.

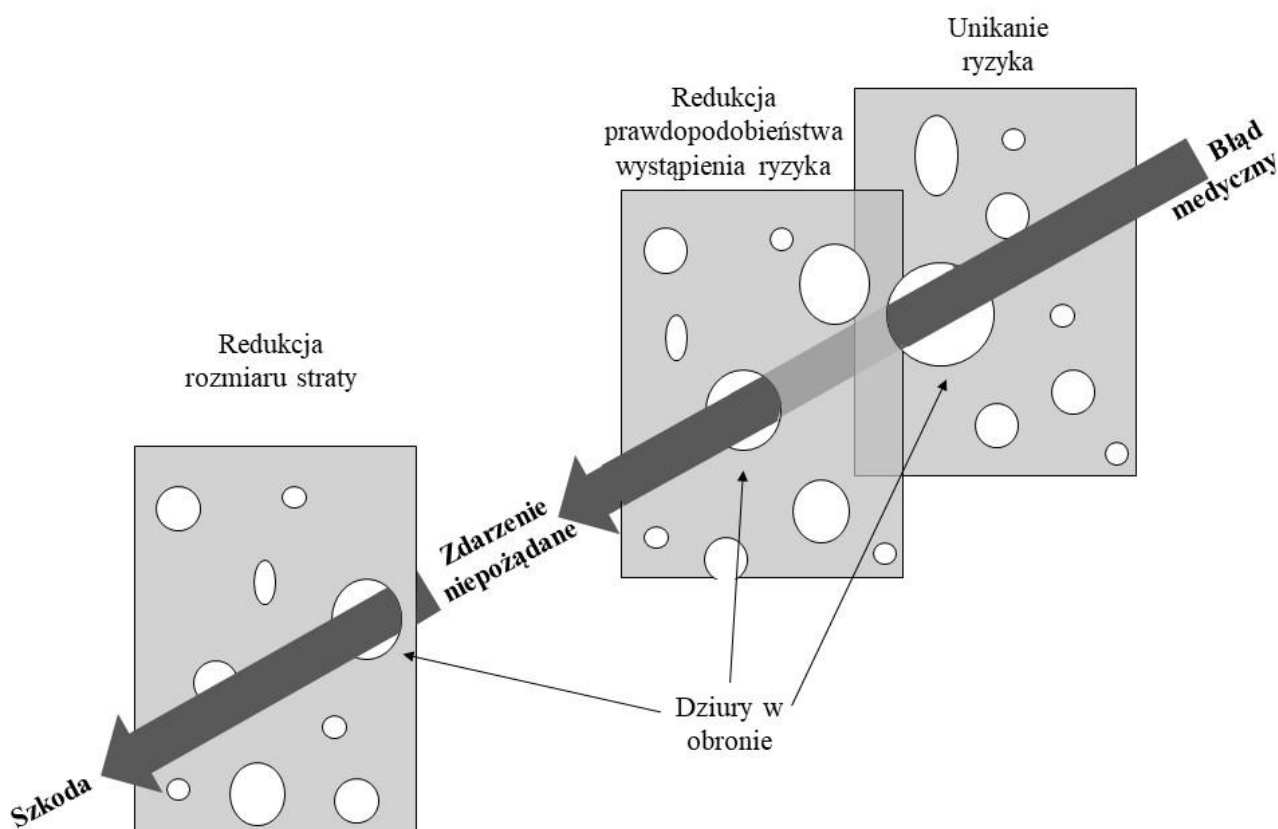
Niemniej jednak, za ryzykiem błędu medycznego stoi cały szereg nierezydualnych (niekontrolowalnych) determinant wysokości zadośćuczynienia, do których można zaliczyć: konsekwencje w życiu osobistym i społecznym powoda, wiek poszkodowanego, rodzaj strony powodowej, rodzaj pokrewieństwa powoda z poszkodowanym, wyrok sądu I instancji, wyrok sądu II instancji, czas trwania następstw szkody, nieodwracalność skutków urazu, dochód netto poszkodowanego, rodzaj wykonywanej pracy poszkodowanego, przeciętne wynagrodzenie w kraju, okoliczności rodzinne, wspólne gospodarstwo domowe (wspólne zamieszkiwanie), jedynactwo, siła więzi emocjonalnej z ofiarą, istotność naruszenia więzi z ofiarą, śmierć obojga rodziców, stopień brutalności czynu sprawczego. Powyższe determinanty pośrednio lub bezpośrednio wpływają na wysokość zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, jednakże w ocenie autora, możliwości kontrolowania powyższych determinant pozostają poza podmiotem leczniczym.

5.3.2. Fizyczna kontrola ryzyka błędu medycznego

Literatura przedmiotu wyróżnia dwie metody fizycznej kontroli ryzyka – unikanie oraz redukcję. Ze względu na złożoność ryzyka błędu medycznego warto jednak wyszczególnić redukcję prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka oraz redukcję rozmiaru strat będących skutkiem ryzyka.

Na rysunku 5.3 przedstawiono metody fizycznej kontroli ryzyka błędu medycznego na podstawie modelu „szwajcarskiego sera” Jamesa Reasona. W pierwszej kolejności podmiot leczniczy może unikać ryzyka błędu medycznego, jednakże z góry warto założyć, że w tej metodzie kontroli mogą pojawić się tzw. „dziury w obronie”, tzn. pomimo próby unikania i tak ryzyko może wystąpić. W kolejnym kroku, przyjmując że błąd medyczny i tak może wystąpić pomimo próby unikania, podmiot leczniczy może redukować prawdopodobieństwo wystąpienia błędu medycznego. Na podstawie doświadczeń z praktyki zarządzania ryzykiem można stwierdzić, że podmiot leczniczy powinien redukować prawdopodobieństwo wystąpienia przede wszystkim zdarzeń, których częstotliwość jest wysoka. Choć świadoma kontrola ryzyka sugeruje, aby w tej warstwie obrony przyjąć możliwe „dziury” niedoskonałości, przez które zdarzenie niepożądane i tak wystąpi. Dopuszczając możliwość wystąpienia zdarzenia niepożądanego, ostatnim krokiem fizycznej kontroli ryzyka jest redukcja rozmiaru możliwych strat. Kontrola ryzyk o wysokich możliwych stratach powinna przede skupić się na redukcji rozmiaru możliwych strat. Pomimo redukcji ryzyka, szkoda z tytułu błędu medycznego i tak może wystąpić, choć skuteczna kontrola ryzyka powinna ograniczyć rozmiar możliwej straty (x) do szkody w rozmiarze ($x-y$).

Dobór metod kontroli ryzyka błędu medycznego przez podmiot leczniczy zależy również od identyfikacji i oceny ryzyka, a także przyjętej metodyki – w koncepcji tradycyjnej lub zintegrowanej. Fizyczną kontrolę ryzyka można zatem rozpatrywać poprzez kontrolę jednego ryzyka błędu medycznego lub ryzyka składającego się z wielu różnych błędów medycznych. W obu przypadkach, wpływ na wysokość możliwej straty mają determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. A zatem, rozpatrywanie fizycznej kontroli ryzyka przez pryzmat poszczególnych determinant wydaje się być uzasadnione.



Rysunek 5.3. Metody fizycznej kontroli ryzyka błędu medycznego na podstawie modelu „szwajcarskiego sera”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Grober i Bohnen, 2005).

Unikanie ryzyka

Unikanie ryzyka błędu medycznego powinno przede wszystkim skupić się czynnikach narażenia podmiotu leczniczego na zdarzenie niepożądane, w literaturze przedmiotu tymi czynnikami są siły natury, działanie człowieka oraz działanie techniki. Na podstawie analizy determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, unikanie ryzyka błędu medycznego jest możliwe w ograniczeniu do następujących determinant: rodzaj przyczyny szkody, rodzaj błędu medycznego, specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny, rodzaj leczenia.

Brak świadomej zgody pacjenta na leczenie jest przyczyną błędu medycznego charakteryzującą się najniższą medianą wysokości zadośćuczynienia i wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia. Oczywiście całkowite uniknięcie ryzyka braku

świadomej zgody pacjenta jest niemożliwe, chociażby ze względu na wyjątkowo szerokie ramy, a także indywidualizację uznania przesłanek wystąpienia, świadomej lub uświadomionej zgody pacjenta na leczenie. Należy zatem podkreślić, że pozyskanie zgody pacjenta na leczenie nie jest procesem „zero-jedynkowym” dającym zapisać się w jednej procedurze czy standardzie. Niemniej jednak, unikanie jest największym ograniczeniem podatności narażenia na ryzyko. Dlatego unikanie ryzyka braku świadomej zgody pacjenta na leczenie może stanowić zbiór czynności:

- nieustanne doskonalenie wzorca zgody pacjenta na leczenie,
- wdrożenie, utrzymywanie i poprawianie efektywności procedury pozyskiwania uświadomionej zgody pacjenta na leczenie, w tym doskonalenie komunikacji o możliwych konsekwencjach zabiegu,
- wprowadzenie mechanizmów kontrolnych procedury pozyskiwania uświadomionej zgody pacjenta na leczenie.

Unikanie pozostałych przyczyn błędu medycznego, takich jak błąd w diagnozie, zaniechanie wykonania zabiegu, błąd w sposobie leczenia, zaniechanie wykonania diagnostyki, zaniedbanie w prawidłowym wykonaniu zabiegu, zakażenie i zaniedbanie zapewnienia kadry lub sprzętu, wydaje się niemożliwe i są one poniekąd wpisane w prowadzenie działalności leczniczej.

Kolejną determinantą, która może być przedmiotem unikania ryzyka jest rodzaj błędu medycznego. Naruszenie praw pacjenta jako błąd medyczny zawiera oczywiście brak zgody pacjenta na leczenie, ale katalog praw, które mogą być naruszone jest szerszy, ale przede wszystkim jest to katalog zamknięty, a na podstawie art. 4 U.o.p.p sąd może przyznać zadośćuczynienie tylko w przypadku zawinionego naruszenia wybranych praw pacjenta⁶¹ (Ustawa z dnia 6 listopada 2008). A zatem, unikanie ryzyka naruszenia praw pacjenta może zostać wykonane poprzez próbę zapewnienia pacjentowi takich praw jak m.in.: prawo do

⁶¹ Zgodnie z art. 4 ust. 3 U.o.p.p. zadośćuczynienie pieniężne nie należy się w przypadku naruszenia prawa pacjenta do (Ustawa z dnia 6 listopada 2008):

- 1) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- 3) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia;
- 4) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

wyczerpującej i zrozumiałej informacji o stanie zdrowia, prawo zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawo do poszanowania godności i intymności (w tym prawo do leczenia bólu oraz prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych), prawo do zachowania tajemnicy informacji na swój temat, prawo do opieki duszpasterskiej (w szczególności w związku z obowiązkiem podmiotu leczniczego określonego w art. 37 U.o.p.p.).

Znacznie prostsze w realizacji, choć czasami niemożliwe, jest unikanie ryzyka błędu medycznego związanego z daną specjalizacją poradni lub oddziału oraz rodzajem leczenia. W obu przypadkach unikanie ryzyka wiąże się z brakiem aktywności podmiotu leczniczego w danym obszarze. Skutek decyzji jest znacznie bardziej zero-jedynkowy niż w przypadku unikania ryzyka naruszenia praw pacjenta, jednakże ze względu na pełnione funkcje i cele podmiotu leczniczego, zawężenie działalności o wybrane obszary nie zawsze jest możliwe. Na podstawie badania empirycznego, do najbardziej „ryzykownych” specjalizacji poradni lub oddziału można zaliczyć: ortopedię oraz ginekologię i położnictwo. W zakresie rodzaju leczenia w badanej próbie można zauważyć niemal trzykrotnie wyższą medianę zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w leczeniu stacjonarnym w stosunku do leczenia ambulatoryjnego.

Redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka

Do efektywnej redukcji prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka można przystąpić po rzetelnej analizie i ocenie ryzyka. Jak już wspomniano, redukowanie prawdopodobieństwa jest łatwiejsze w odniesieniu do ryzyk występujących bardzo często. Ryzyka, które występują rzadko, choć z dużym rozmiarem możliwych strat, należy raczej pozostawić innym metodom kontroli. Pomimo że redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka posiada dość płynną granicę z unikaniem ryzyka, to jednak taki podział dla pewnych podmiotów leczniczych jest słuszny.

O ile możliwość unikania przyczyny powstania szkody sprowadza się w zasadzie do unikania braku świadomej zgody pacjenta na leczenie, to redukcji prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka podmiot leczniczy może się podjąć w zakresie niemal każdej przyczyny szkody. W badanej próbie największą medianą wysokości zadośćuczynienia charakteryzują się następujące przyczyny szkody: zakażenie oraz zaniedbanie zapewnienia kadry lub sprzętu.

Warto również odnotować błąd w diagnozie, który pomimo niskiej mediany wysokości zadośćuczynienia cechuje się niemal największym odchyleniem standardowym. Potwierdzenie problemów z zapewnieniem kadry w szpitalach można znaleźć w badaniu BCMM z 2021 r., w którym aż 40% respondentów uznało je za największy problem działalności leczniczej (Kuta, 2021).

Redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym może przybrać postać następujących działań:

- ograniczenie działalności w ramach wybranej specjalizacji poradni lub oddziału,
- ograniczenie działalności w ramach wybranego rodzaju leczenia,
- opracowanie planu awaryjnego w zakresie braku zapewnienia kadry,
- opracowanie planu awaryjnego w zakresie braku dostępności sprzętu,
- wdrożenie, utrzymanie i doskonalenie procedur medycznych,
- prewencja zakażeń,
- wdrożenie dedykowanych systemów jakości, w tym akredytacji⁶²,
- wdrożenie adoptowanych systemów jakości (Dobska i Rogoziński, 2008, s. 287-290), w tym nagrody jakości (Dobski, 2012, s. 217-225),
- wdrożenie metod zarządzania jakością, w tym Sześć Sigma (ang. *Six Sigma*) lub Pięciu Pytań (ang. *5 Whys*)
- doskonalenie zawodowe personelu podmiotu leczniczego,
- organizacja szkoleń w zakresie prawa medycznego, zarządzania ryzykiem, zarządzania jakością.

Bez względu, na jakie narzędzia kontroli prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka podmiot leczniczy się zdecyduje, nawet jeżeli będzie to Sześć Sigma – chyba najbardziej rygorystyczne i wymagające narzędzie, to nawet ono w swych założeniach dopuszcza występowanie błędu (3,4 razy na 1 milion przypadków). Tym bardziej wybór wszelkich łagodniejszych, a co za tym idzie z większym marginesem błędu, narzędzi kontroli prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka, dopuszcza wystąpienie błędu medycznego, co zresztą przedstawiono na rysunku 5.3

⁶² Standaryzacja zgodna z wymaganiami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (Dzięcioł, 2014, s. 64-77).

jako „dziury w obronie”. Skutkiem tej niedoskonałości jest możliwe wystąpienie zdarzenia niepożądanego.

Redukcja rozmiaru straty

Ostatnim krokiem fizycznej kontroli ryzyka jest redukcja rozmiaru straty. Jednak pomimo że redukcja rozmiaru straty dotyczy okoliczności po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego, to podmiot leczniczy może być na nie przygotowany jeszcze przed jego wystąpieniem. Na podstawie doświadczeń z praktyki zarządzania ryzykiem przyjmuje się, że redukcja rozmiaru ryzyka powinna dotyczyć ryzyk o dużej możliwej stracie. A przynajmniej dużo łatwiej o efektywność takiej kontroli, niż w przypadku ryzyk o małej maksymalnej stracie.

W celu zwiększenia efektywności kontroli ryzyka błędu medycznego, warto podzielić redukcję rozmiaru strat na dwa etapy inkubacji szkody. Pierwszy etap możliwej kontroli dotyczy okoliczności powstawania i ujawniania błędu medycznego. Drugi etap dotyczy procesu dochodzenia zadośćuczynienia przez poszkodowanego.

W pierwszym etapie podmiot leczniczy, a dokładniej jego personel, uczestniczy bezpośrednio lub pośrednio w procesie powstawania lub ujawniania błędu medycznego. Z góry należy jednak uznać, że część błędów medycznych powstaje poza wiedzą personelu medycznego, a kolejna część błędów ujawnia się ze znacznym opóźnieniem (np. błąd diagnostyczny lub naruszenie praw pacjenta). W badanej próbie średnia arytmetyczna okresu między powstaniem szkody a ujawnieniem szkody wynosi 73 dni. Natomiast mediana okresu od ujawnienia szkody do zgłoszenia roszczenia wynosi 268 dni, co z perspektywy podmiotu leczniczego jest istotniejszą informacją. Stąd też, szkodom medycznym przypisuje się tzw. długi ogon (ang. *long tail*) właśnie ze względu na długi okres inkubacji szkody.

Bez względu na powyższe, istnieje pewien zbiór błędów medycznych, o których personel medyczny może mieć wiedzę w momencie popełnienia lub ujawnienia. Do tego zbioru można zaliczyć m.in. błąd terapeutyczny, błąd techniczny, błąd terapeutyczno-organizacyjny czy błąd techniczno-organizacyjny. Zbiór ten można również rozszerzyć o determinanty wysokości zadośćuczynienia takie jak: poziom bólu, czas trwania bólu (Wieteska, 2015, s. 236-238), zakres szkody. Redukcja rozmiaru strat dla pierwszego etapu inkubacji szkody może polegać na:

- systemie prewencji zakażeń⁶³,
- wykonaniu zaniechanej procedury medycznej,
- ponowieniu nieudanej procedury medycznej,
- poprawieniu procedury medycznej obarczonej błędem, w tym reoperacji,
- zleceniu dodatkowej diagnostyki w przypadku podejrzenia popełnienia błędu,
- wydłużeniu czasu obserwacji w przypadku podejrzenia popełnienia błędu,
- dostosowaniu farmakoterapii do popełnionego błędu medycznego,
- wdrożeniu dedykowanych systemów jakości, w tym akredytacji,
- doskonaleniu zawodowym personelu podmiotu leczniczego,
- organizacji szkoleń w zakresie prawa medycznego, zarządzania ryzykiem, zarządzania jakością.

W drugim etapie inkubacji szkody podmiot leczniczy po weryfikacji roszczeń poszkodowanego może dążyć do ugody, jeżeli podmiot leczniczy uznaje odpowiedzialność za błąd medyczny lub do procesu sądowego, jeżeli podmiot leczniczy nie uznaje swojej odpowiedzialności lub poszkodowany nie jest zainteresowany lub nie akceptuje propozycji ugodowych. Redukcja rozmiaru możliwych strat na drodze sądowej jest możliwa, ale ma ona charakter prawny, stąd pozostanie jako nieomówiona rekomendacja.

Warto jednak wspomnieć, że nie każdy błąd medyczny lub determinantę wysokości zadośćuczynienia można kontrolować w zakresie rozmiaru strat. Przykładem może być rodzaj uszczerbku na zdrowiu lub krzywdy. O ile redukcja rozmiaru strat spowodowanych opóźnieniem w prawidłowym leczeniu, reoperacją, zakażeniem czy niektórymi uszkodzeniami układu nerwowego jest możliwa, o tyle podmiot leczniczy nie ma wpływu ile osób bliskich poczuje stratę w wyniku śmierci pacjenta.

5.3.3. Finansowa kontrola ryzyka błędu medycznego

Finansowa kontrola ryzyka jest w zasadzie uzupełnieniem fizycznej kontroli ryzyka, ponieważ to, jakich ryzyk nie możemy lub nie chcemy unikać, oraz to jakiej części ryzyka nie możemy lub nie chcemy redukować, właśnie można próbować kontrolować finansowo. Na podstawie analizy literatury przedmiotu, ale również zwykłych zasad logiki, finansowa

⁶³ Szerzej: art. 14 (Ustawa z dnia 5 grudnia 2008)

kontrola ryzyka może polegać na przeniesieniu skutków (transfer) ryzyka na inny podmiot (Ronka-Chmielowiec, 2016a, s. 14) lub można ryzyko zatrzymać na sobie (retencja).

W praktyce działalności leczniczej transfer ryzyka w formie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest najbardziej popularną, i nierzadko jedyną, podejmowaną metodą kontroli ryzyka błędu medycznego. Jednakże wraz ze znaczącym wzrostem świadomości ubezpieczeniowej podmiotów leczniczych przekładającym się na wzrost zaangażowania w procesy ubezpieczeniowe, w tym udział w budowaniu produktu ubezpieczeniowego nazwanym prosumpcją (Osak, 2010, s. 97-99), naturalnym kolejnym krokiem podmiotów leczniczych jest rozszerzenie katalogu stosowanych metod kontroli ryzyka. Jednak, aby działania te były celowe, spójne i kompleksowe, proces kontroli ryzyka należy rozpoczynać od początku, ponieważ tzw. „dziury w obronie” istnieją w każdej warstwie „szwajcarskiego sera” (Rysunek 5.2) i tylko od podmiotu leczniczego zależy to, ile z nich uda się zidentyfikować, ile uniknąć, ile zredukować, a ile skutków złagodzić.

Transfer ryzyka

Podstawowym narzędziem transferu ryzyka błędu medycznego jest obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (dalej: OC) podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Ubezpieczenie to, choć ma wiele zalet zarówno dla podmiotu leczniczego jak i poszkodowanych, to jednak w kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego warto podkreślić wady obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, nazywając je „dziurami w obronie” w myśl omówionego już wcześniej modelu J. Reasona:

- uznanie odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia za zdarzenie uwarunkowane jest przesłankami odpowiedzialności cywilnej, natomiast ryzyko błędu medycznego istnieje bez względu na zasady ustalania odpowiedzialności prawnej;
- ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela górnym limitem na jedno zdarzenie i na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Natomiast skutkiem błędu medycznego może być zarówno jedno roszczenie poszkodowanego przewyższające limit odpowiedzialności ubezpieczyciela na jedno zdarzenie, jak i może wystąpić kilka lub więcej roszczeń przewyższających kumulatywnie limit odpowiedzialności ubezpieczyciela na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia;

- wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zawarte w §2 (Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019) (szerzej: Serwach, 2018);
- ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w postaci prawa dochodzenia zwrotu wypłaconego odszkodowania od ubezpieczonego lub osób, za które ponosi odpowiedzialność, zawartych w art. 11 (Ustawa z dnia 22 maja 2003);

Mając na uwadze powyższe można stwierdzić, że obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego może okazać się niewystarczające, tzn. taki transfer ryzyka nie uwalnia podmiotu leczniczego z ryzyka błędu medycznego, ani nawet nie przenosi jego skutków w pełnym zakresie. Częściową odpowiedzią na powyższe „dziury w obronie”, jedynie w ograniczonym zakresie, może być:

- podwyższenie sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego na jedno i wszystkie zdarzenia lub zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia OC z funkcją nadwyżkową,
- rozszerzenie zakresu obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego o klauzulę wykupienia regresu, o którym mowa w art. 11 (Ustawa z dnia 22 maja 2003),
- zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia OC w związku z prowadzoną działalnością leczniczą (m.in. z możliwością rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o klauzulę naruszenia praw pacjenta wykraczającego poza definicję szkody osobowej lub rzeczowej).

Efektywny transfer ryzyka błędu medycznego na ubezpieczyciela powinien być również ściśle połączony z fizyczną kontrolą ryzyka, co leży w interesie zarówno podmiotu leczniczego jak i ubezpieczyciela. Bowiem istotnym elementem transferu ryzyka jest jego cena. A skuteczne unikanie lub redukcja ryzyka błędu medycznego wpływa bezpośrednio na tzw. historię szkodową podmiotu leczniczego, która z kolei bezpośrednio wpływa na cenę transferu ryzyka – składkę ubezpieczeniową. Powyższy postulat jest jednocześnie potwierdzeniem, że kontrola ryzyka błędu medycznego powinna być celowa, spójna i kompleksowa.

Transfer ryzyka błędu medycznego nie kończy się jednak tylko na umowie ubezpieczenia. Jak już wspomniano, oprócz licznych zalet umowa ubezpieczenia jako transfer posiada również wady (szerzej: Serwach, 2021c). Pewnym uzupełnieniem umowy ubezpieczenia, szczególnie w ujęciu holistycznym, są inne narzędzia transferu ryzyka błędu medycznego. Najczęściej jest to umowa o podwykonawstwo (tzw. kontrakt) lub co raz częściej stosowany *outsourcing*

pracowniczy, w szczególności w przypadku pracowników zagranicznych. Oczywiście to, na ile dane podwykonawstwo czy *outsourcing* pracowniczy będzie transferem ryzyka a nie pracy, zależy od samej umowy i konstrukcji prawnej, ale co istotne, takie rozwiązania są możliwe i mogą stanowić element polityki kontroli ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym.

Ostatnie narzędzie transferu ryzyka błędu medycznego jako jedyne dotyczy sytuacji *post factum*. O ile powyższe narzędzia transferu są działaniami wyprzedzającymi, są dokonywane przed wystąpieniem błędu medycznego, o tyle zewnętrzne finansowanie odszkodowania ma miejsce, jeżeli do błędu medycznego dojdzie, a co więcej, tylko jeżeli do zapłaty odszkodowania podmiot leczniczy będzie zobowiązany. W wszelkich przypadkach, kiedy podmiot leczniczy będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania z własnych środków, czy to w przypadku odszkodowania przewyższającego wysokość limitu odpowiedzialności ubezpieczyciela, czy też w razie braku lub ograniczonej odpowiedzialności ubezpieczyciela, podmiot leczniczy dysponuje możliwością finansowania zewnętrznego, jeżeli własnych środków na dane zobowiązanie nie posiada lub korzystniejsze jest finansowanie obce. Takie rozwiązanie, zresztą jak transfer ryzyka w ogóle, nie przenosi ryzyka błędu medycznego na podmiot zewnętrzny, ale przenosi skutki ryzyka, w tym przypadku w krótkim okresie na podmiot obcy, a podmiot leczniczy musi ponieść za to odpowiednią cenę.

Retencja ryzyka

Czynnik ceny kontroli ryzyka błędu medycznego jest determinantą retencji ryzyka. We wszystkich poprzednich przypadkach metod kontroli ryzyka, kiedy koszt danego narzędzia kontroli ryzyka jest nieakceptowalny lub w ogóle ryzyka, lub jego części nie można kontrolować poprzednimi metodami, wtedy podmiotowi leczniczemu pozostaje akceptacja i zatrzymanie (retencja) ryzyka na udziale własnym. Warto również dodać, że retencja ryzyka jako jedyna metoda kontroli nie wymaga jakiejkolwiek aktywności podmiotu leczniczego, w przeciwieństwie do unikania, redukcji czy transferu. Nawet jeżeli, retencja ryzyka jest „samoistna” i nieświadoma, to nie wyklucza to podjęcia konkretnych działań, spójnych z przyjętą polityką zarządzania ryzykiem, tak, aby przyszłe koszty związane z retencją ryzyka nie były zaskoczeniem.

Najprostszą i najczęściej stosowaną formą retencji ryzyka są udziały własne w szkodzie, franszyzy redukcyjne oraz limity i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z umowy

ubezpieczenia. Zawierając umowę ubezpieczenia podmiot leczniczy z góry akceptuje, że za okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności ubezpieczyciel, będzie ponosił odpowiedzialność ubezpieczony na zasadach ogólnych. Odrębną kwestią jest natomiast to, czy podmiot leczniczy uzna te nieubezpieczalne ryzyka⁶⁴ jako na tyle istotne w zakresie prawdopodobieństwa powstania lub rozmiaru możliwych strat, że będzie w ogóle próbował je kontrolować. Na to pytanie każdy podmiot leczniczy musi sam sobie udzielić odpowiedzi po rzetelnej analizie i ocenie ryzyka.

Zgodnie z najczęstszą praktyką zarządzania ryzykiem, kontroluje się ryzyka o wysokim prawdopodobieństwie wystąpienia lub o wysokim rozmiarze możliwej straty. Zatem szczególną uwagę podmiot leczniczy powinien poświęcić roszczeniom przewyższającym limit odpowiedzialności ubezpieczyciela na jedno zdarzenie lub na wszystkie zdarzenia. Przykładowo, w badanej próbie 25% największych zasądzonych w I instancji zadośćuczynień z tyt. błędu medycznego popełnionego przez poradę lub oddział ginekologii i położnictwa – przekracza 210 tys. zł. W skrócie, już co czwarte zasądzone zadośćuczynienie dotyczące ww. specjalizacji generuje ryzyko przekroczenia limitu odpowiedzialności ubezpieczyciela na jedno zdarzenie z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego. W odpowiedzi, kontrola ryzyka błędu medycznego powinna uwzględniać postawę podmiotu leczniczego wobec możliwości, że zasądzone zadośćuczynienie przewyższy limit odpowiedzialności ubezpieczyciela. To jednak, co podmiot leczniczy będzie zamierzał uczynić, powinno być wynikiem analizy i oceny ryzyka. Jeżeli ryzyko to spoczywa na podmiocie leczniczym, a nie jest chociaż w części transferowane na ubezpieczyciela w ramach np. dobrowolnej umowy ubezpieczenia z funkcją nadwyżkową, to podmiotowi leczniczemu pozostaje zaakceptować ryzyko i nie robić nic lub przygotować plan finansowania tego ryzyka. W tym celu podmiot leczniczy ma do wyboru finansowanie kapitałem własnym lub kapitałem obcym. Jeżeli kapitałem obcym to mowa o transferze ryzyka. Jeżeli kapitałem własnym, to przygotowanie na ewentualne ponoszenie skutków ryzyka może przybrać formę rezerwy finansowej, na przykład jednej generalnej na każdy okres ubezpieczenia oraz kolejnych celowych w związku z powzięciem informacji o możliwym zdarzeniu. Taką informację podmiot leczniczy może otrzymać na przykład wraz z wiedzą o wyrządzeniu błędu medycznego, otrzymaniem

⁶⁴ (szerzej: Ronka-Chmielowiec, 2013, s. 13-15)

zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego, otrzymaniem roszczenia o zapłatę odszkodowania czy pozwem sądowym. To kiedy i jak podmiot leczniczy zareaguje, zależy od podmiotu leczniczego. W tym miejscu należy podkreślić wagę pozyskania opinii medycznej i opinii prawnej wraz z pozyskaniem pierwszej informacji o możliwym roszczeniu, ponieważ na tej podstawie podjęcie decyzji przez podmiot leczniczy jest uzasadnione merytorycznie. Powyższe dodatkowo uzasadnia postulat, aby kontrola ryzyka błędu medycznego, ze względu na wielowymiarowość procesu zarządzania ryzykiem oraz udziału wielu interesariuszy, miała charakter holistyczny i kompleksowy.

Innym popularnym narzędziem retencji ryzyka błędu medycznego jest franszyza redukcyjna lub udział własny w szkodzie w umowie ubezpieczenia. Ustalenie ich wysokości przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jest zazwyczaj prostą kalkulacją biznesową z uwzględnieniem historii szkodowej i ceny oferowanej przez ubezpieczyciela. I choć zakres, w tym wysokość franszyzy redukcyjnej i udziałów własnych, obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego jest określony w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r., to już zakres dobrowolnego ubezpieczenia OC może być przedmiotem negocjacji strony umowy. Jeżeli podmiot leczniczy świadomie decyduje się na zwiększenie franszyzy redukcyjnej lub udziału własnego w szkodzie, to powinien również zdecydować, czy chce przygotować się na poczet ewentualnego pokrycia franszyzy redukcyjnej lub udziału własnego w szkodzie z własnych środków, tak, aby na przykład 10% udział własny w szkodzie o wartości 1 mln zł nie okazał się kolejnym ryzykiem płynności finansowej podmiotu leczniczego.

Retencja ryzyka błędu medycznego w podmiocie leczniczym, jako jedyna metoda kontroli, może odbywać się samoistnie i nieświadomie. Taka okoliczność może mieć miejsce w przypadku podstawowych błędów w zarządzaniu ryzykiem lub ignorancji. Z drugiej strony, zatrzymanie ryzyka jest uzupełnieniem i wsparciem pozostałych metod kontroli ryzyka błędu medycznego. Nie jest to jednak metoda bezkosztowa. Owszem, wydatki związane z retencją ryzyka błędu medycznego mogą być przesunięte w czasie, jednak retencja ryzyka generuje pewne koszty. Retencji ryzyka można przypisać osobliwy charakter kontroli ryzyka, ponieważ jako jedyna metoda kontroli w tak bezpośredni sposób komunikuje zainteresowanym, że wiele ryzyk po prostu jest i aby prowadzić działalność leczniczą trzeba je, tylko i aż, ponosić.

5.4. Wnioski końcowe

Zarządzanie ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Co więcej, proces zarządzania ryzykiem jest wielowymiarowy i ze względu na swoją złożoność angażuje wielu interesariuszy oraz łączy ze sobą wiedzę medyczną, prawną, ubezpieczeniową i techniczną. Podmiot leczniczy nie jest jednak bezradny wobec ryzyka błędu medycznego i jedną z możliwości jest wykorzystanie determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w Polsce nie stanowią katalogu o charakterze zamkniętym, a tym bardziej nie są wymienione w akcie prawnym, a nawet Sąd Najwyższy wymieniając determinanty, posługuje się zbiorami różnych determinant. Główną przyczyną takiego stanu jest indywidualizacja miarkowania zadośćuczynienia, która z jednej strony jest wadą jak wyżej, z drugiej strony największą zaletą istoty zadośćuczynienia (Maśniak, 2011, s. 56). Jednakże, na podstawie studium literatury, analizy wyroków Sądu Najwyższego oraz własnego badania empirycznego przedstawiono zbiór determinant wysokości zadośćuczynienia w tabeli 3.38. W kontekście kontroli ryzyka błędu medycznego istotny jest podział determinant na rezydualne oraz nierezydualne oraz dostosowanie metod kontroli do rezydualnych determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego uzależniony jest od procesu dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego. Zarządzanie ryzykiem błędu medycznego nie może bowiem sprowadzić się jedynie do klasycznych metod kontroli ryzyka, ale musi również uwzględniać weryfikację roszczeń, obieg dokumentacji, archiwizację, udzielanie formalnych odpowiedzi na pisma poszkodowanego, udział w postępowaniu w sprawie świadczenia kompensacyjnego przed Rzecznikiem Praw Pacjenta, postępowaniu likwidacyjnym ubezpieczyciela, postępowaniu ugodowym lub procesie sądowym, a także korzystanie z opinii medycznych i prawnych, prowadzenie wewnętrznych postępowań wyjaśniających czy podejmowanie decyzji zarządczych. Proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego choć można zawrzeć w pięciu krokach – identyfikacji, pomiarze, analizie, kontrolowaniu i monitorowaniu ryzyka, to jednak koncepcja zintegrowanego zarządzania ryzykiem wymaga nadania szerszego kontekstu kontroli ryzyka błędu medycznego i uwzględnienia strategii

podmiotu leczniczego oraz wpływu całego podmiotu i innych interesariuszy na ryzyko oraz wpływu ryzyka na cały podmiot i interesariuszy.

Manipulowanie (kontrola) ryzyka błędu medycznego może odbywać się z wykorzystaniem metod przyjętych w literaturze przedmiotu oraz uznanych w praktyce zarządzania ryzykiem. W pierwszej kolejności metody kontroli dzieli się na fizyczne oraz finansowe. O ile metody fizyczne kontroli dają możliwość wykorzystania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, a nawet każdą determinantę pozwalają traktować jako osobne ryzyko podmiotu leczniczego, o tyle metody finansowej kontroli traktują ryzyko błędu medycznego jako jedno zbiorcze ryzyko, którego skutki można transferować na podmiot obcy lub zatrzymać na podmiocie leczniczym (retencja ryzyka).

Fizyczną kontrolę ryzyka błędu medycznego warto podzielić na działania prewencyjne oraz działania *post factum*. Działania prewencyjne mogą przybrać postać unikania ryzyka lub redukcji prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka. Natomiast redukcja rozmiaru straty może obejmować zarówno prewencję jak i działania po wystąpieniu błędu medycznego.

Na podstawie badania empirycznego przedstawiono poniżej możliwe wykorzystanie determinant wysokości zadośćuczynienia w fizycznej kontroli ryzyka błędu medycznego:

- unikanie ryzyka błędu medycznego związanego z daną specjalizacją poradni lub oddziału poprzez zawieszenie aktywności podmiotu w danym obszarze;
- redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka może dotyczyć każdej przyczyny szkody;
- redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka może polegać na podjęciu działania wobec tylko jednej lub wielu determinant wysokości zadośćuczynienia oraz może sprowadzić się do podjęcia działań systemowych (np. wdrożenie systemu jakości) lub pośrednio wpływających na ryzyko błędu medycznego (np. doskonalenie zawodowe);
- redukcja rozmiaru strat spowodowanych błędem medycznym może mieć postać pośrednio - wdrożenia systemu jakości czy doskonalenia zawodowego lub bezpośrednio – systemu prewencji zakażeń;
- redukcja rozmiaru strat po wystąpieniu błędu medycznego sprowadza się do ograniczenia strat poprzez wykonanie zaniechanej, ponowienie lub korektę procedury medycznej oraz uwzględnienie popełnionego błędu w dalszym leczeniu (np. w formie

dodatkowej diagnostyki lub wydłużenia czasu obserwacji), a także terapii po wystąpieniu zakażenia;

- redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka i rozmiaru strat naruszenia praw pacjenta, w tym braku świadomej zgody pacjenta na leczenie, poprzez doskonalenie metod i narzędzi zapewnienia praw przysługujących pacjentowi;

Natomiast finansowa kontrola ryzyka błędu medycznego na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz badania empirycznego powinna uwzględniać, że:

- transfer ryzyka polega na przeniesieniu jedynie wybranych skutków ryzyka, generując przy tym zbiór ryzyk zatrzymanych w podmiocie leczniczym;
- efektywny transfer ryzyka jest współzależny od pozostałych metod kontroli ryzyka;
- umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego posiada liczne „dziury w obronie” przed roszczeniem poszkodowanego, które generują kolejne ryzyka dla podmiotu leczniczego;
- oprócz umowy ubezpieczenia, transfer ryzyka może polegać również na podwykonawstwie, *outsourcingu* pracowniczym czy finansowaniu kapitałem obcym,
- zatrzymanie (retencja) ryzyka błędu w podmiocie leczniczym jest naturalną konsekwencją prowadzenia działalności leczniczej i ma miejsce bez względu na to czy podejmowane są inne metody kontroli ryzyka;
- retencja ryzyka, mimo pozorów braku kosztów, może wiązać się w przyszłości z wydatkami i pokryciem skutków wystąpienia ryzyka;
- retencja ryzyka błędu medycznego może polegać na świadomym finansowaniu ryzyka (np. poprzez prowadzenie polityki zakładania rezerw finansowych ogólnych na poczet przyszłych kosztów związanych z błędem medycznym lub celowych na poczet danego roszczenia).

Mając na uwadze powyższe, należy uznać, że kontrola ryzyka błędu medycznego może być uzależniona od determinant wysokości zadośćuczynienia. Głównym obszarem wykorzystania wiedzy o miarkowaniu zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego jest fizyczna kontrola ryzyka. Jak już wskazano, proces kontroli ryzyka ma charakter wielowymiarowy, zatem efektywna finansowa kontrola ryzyka jest uzależniona od metod fizycznych i na odwrót. Powyższe pozwala odrzucić impulsywną i wybiórczą kontrolę ryzyka, a uzasadnia postulat o

prowadzeniu zintegrowanego, spójnego i kompleksowego zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym.

Zakończenie

Zarządzanie ryzykiem w podmiocie leczniczym jest zagadnieniem interdyscyplinarnym i wielowymiarowym, a unikalny charakter działalności leczniczej nadaje zarządzaniu ryzykiem wyjątkową funkcję w prowadzeniu działalności leczniczej. Istotnym etapem zarządzania ryzykiem jest kontrola ryzyka, która determinuje efektywność całokształtu podjętych działań, jest swoistym, a przede wszystkim świadomym, obcowaniem z ryzykiem (ang. *risk taker*).

Prawdopodobnie, paremia *primum non nocere*⁶⁵ towarzyszy medycynie ponad 2 tys. lat. Niemniej jednak błąd medyczny, a w konsekwencji również i szkoda na osobie, stanowi nieodłączny element prowadzenia działalności leczniczej. Co więcej, w aktualnych warunkach prawnych i społecznych, błąd medyczny rozumiany jako ryzyko, nie należy do zbioru ryzyk, których można by - w całości – unikać. Na szczęście, podmiot leczniczy nie jest postawiony przez wyborem binarnym. Dodatkowo, pełna akceptacja ryzyka może przyjąć formę retencji. Poza tym, w metodologii zarządzania ryzykiem, obok unikania i retencji ryzyka, wymienia się również redukcję i transfer ryzyka. Z perspektywy czasu, mając na uwadze aktualny poziom tzw. biurokracji w medycynie oraz roszczeniowość społeczeństwa, przy jednoczesnym rozwoju technologicznym zarówno w zakresie diagnostyki jak i metodyki leczenia, można by zaproponować modyfikację tej łacińskiej paremii – „po drugie nie szkodzić”. Wtedy funkcja zarządzania ryzykiem uzupełniałaby podstawową funkcję podmiotu leczniczego - leczenia, a nie ją zastępowała.

W rozważaniach teoretycznych o błędzie medycznym, choć często zestawianym z błędem lekarskim czy zdarzeniem medycznym, można wyróżnić cztery istotne cechy. Błąd medyczny, popełniony przez personel medyczny lub innych uczestników działalności leczniczej, jest działaniem lub zaniechaniem naruszającym reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej lub deontologii, o ile można było mu zapobiec z wykorzystaniem zwykłych wiadomości lub zręczności, którego skutkiem może być zdarzenie niepożądane. Niepodważalną ofiarą błędu medycznego pozostaje poszkodowany. Jednakże, skutki błędu medycznego mogą okazać się brzemienne również dla podmiotu leczniczego. Można wyróżnić skutki finansowe i niefinansowe, zarówno w otoczeniu zewnętrznym jak i wewnętrznym podmiotu leczniczego.

⁶⁵ Łacińska paremia „po pierwsze nie szkodzić” uznawana jest za jedną z naczelných zasad etycznych w medycynie. Autor tego postulatu nie jest znany, choć zgodnie z tradycją autorstwo przypisuje się Hipokratesowi.

Autor dysertacji wyróżnił w pracy 47 potencjalnych skutków błędu medycznego dla podmiotu leczniczego, a katalog ten pozostaje cały czas zbiorem otwartym (por. rysunek 1.7). Do najistotniejszych należy świadczenie dla poszkodowanego lub osoby bliskiej poszkodowanego, odsetki, koszty dobrego imienia, koszty usług prawnych, koszty dodatkowej opieki medycznej (w tym reoperacji), sankcje nakładane przez sąd zawodowy czy kara ograniczenia lub pozbawienia wolności. Najczęściej występującym skutkiem błędu medycznego dla podmiotu leczniczego jest wypłata odszkodowania.

Szczególnym rodzajem odszkodowania jest zadośćuczynienie, które ma rekompensować szkodę niemajątkową (krzywdę). Beneficjentem zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego może być poszkodowany lub jego osoba bliska. Nieodłączną cechą zadośćuczynienia jest podstawa prawna realizacji świadczenia, czyli odpowiedzialność cywilna i jej prawne przesłanki. I tak, samo popełnienie błędu medycznego i wystąpienie szkody na osobie nie przesądza jeszcze o odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy. Niezbędną przesłanką odpowiedzialności cywilnej jest również związek przyczynowy, pomiędzy czynem - działaniem lub zaniechaniem – a szkodą, który często jest głównym przedmiotem oceny sądu w przypadku sądowej drogi dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego. Co istotne, przyjmuje się, że w sprawach o zadośćuczynienie z tytułu błędu medycznego, wystarczy udowodnić okoliczności jedynie uprawdopodobniające zajście związku przyczynowego między przyczyną a szkodą, ze względu na charakter szkody na osobie i ograniczenia wiedzy medycznej.

Ekonomiczną cechą zadośćuczynienia pieniężnego jest miarkowanie – ustalanie jego wysokości. W literaturze przedmiotu można wyróżnić zarówno modele ekonomicznej wyceny wartości życia i zdrowia, jak i systemy wyceny zadośćuczynienia za szkodę na osobie. W obu kategoriach brakuje jednak modelu lub systemu wyceny zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, w szczególności dla poszkodowanego, a kontynentalny system prawny w Polsce pozostawia tę kompetencję sędziom. Niemniej jednak, zarówno modele wyceny życia i zdrowia jak i systemy wyceny zadośćuczynienia okazują się pomocne, w szczególności w kontekście poszukiwań determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

Uzupełnieniem analizy literatury przedmiotu było badanie empiryczne autora, którego zakres obejmował wszystkie opublikowane wyroki sądów I i II instancji (N = 283) oraz Sądu Najwyższego (n = 8) w latach 2013-2019 w zakresie błędu medycznego. Na podstawie analizy

ilościowej i jakościowej wyroków sądów powszechnych w zakresie 27 czynników wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego oraz opierając się na analizie jakościowej wyroków Sądu Najwyższego jak i analizie literatury przedmiotu, zidentyfikowano determinanty wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego.

W wyniku przeprowadzonego badania autorska propozycja determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego zawiera 15 determinant wyodrębnionych na podstawie wyroków sądów powszechnych, 17 determinant na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz 10 determinant w wyniku analizy wyroków Sądu Najwyższego (por. tabela 3.38). I choć części z nich można nadać rangę kluczowych, na przykład zakres szkody, wysokość uszczerbku na zdrowiu, konsekwencje w życiu czy rodzaj pokrewieństwa w przypadku zadośćuczynienia dla osoby bliskiej poszkodowanego, to istotną cechą miarkowania zadośćuczynienia w systemie prawa kontynentalnego jest jego indywidualizacja. Cecha ta nie wyklucza zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym, a być może i sama w sobie zawiera o nie postulat.

Istotnym ograniczeniem przedmiotowego badania jest dostępność danych, w szczególności tych wrażliwych. Bowiem, uzasadnienia do wyroków prezentują niepełny obraz stanu faktycznego powoda i okoliczności powstania szkody. Jak już wspomniano, część badanych wyroków nie zawierała informacji o wieku powoda czy okresie inkubacji szkody. Niemożliwe również w przedmiotowym badaniu było rozszerzenie zakresu czynników wysokości zadośćuczynienia o płeć poszkodowanego lub osoby bliskiej poszkodowanego czy rodzaj wykonywanej pracy przez poszkodowanego. Zatem, wnioski z przeprowadzonego badania są obarczone pewnym błędem i nie są kompletne, a powyższe może być przedmiotem dalszych badań.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, w obliczu ryzyka, jakim jest błąd medyczny, nie musi pozostawać wobec niego bierny lub bezradny. Zarówno tradycyjne jak i zintegrowane koncepcje zarządzania ryzykiem dostarczają podmiotowi leczniczemu narzędzi, aby ryzykiem błędu medycznego mógł on aktywnie zarządzać. W myśl koncepcji tradycyjnej, ryzyko błędu medycznego może podlegać identyfikacji i ocenie, a zgodnie z podejściem zintegrowanym, ryzyko to można optymalizować, a nie tylko minimalizować, i to z zaangażowaniem i odpowiedzialnością całego personelu podmiotu leczniczego, a nie tylko menedżera ryzyka.

Uwzględniając indywidualne cele strategiczne podmiotu leczniczego, proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego, w ocenie autora, powinien opierać się na koncepcji zintegrowanej i cyklu Deminga, dostosowując go do wyjątkowych cech i skutków błędu medycznego. Przykładowo, identyfikacja ryzyka błędu medycznego może się odbywać zarówno *a priori*, na podstawie danych historycznych, analizy scenariuszy czy burzy mózgów, a także *ad hoc* chociażby w trakcie wykonywania zabiegu, kiedy operator wie, że popełnił błąd, lub wraz z pracą administracyjną przy wydawaniu dokumentacji medycznej. Kluczowym etapem, po analizie i ocenie, jest postępowanie wobec ryzyka z wykorzystaniem fizycznych i finansowych metod kontroli ryzyka błędu medycznego. Przy czym, warto dodać, że przedmiotem kontroli ryzyka może być nie tylko narażenie, ale również podatność na ryzyko. Ponadto, podjęte działania podmiotu leczniczego mogą przybrać postać prewencji, represji lub dyspersji. Zwieńczeniem tego procesu powinno być przyjęcie polityki lub strategii zarządzania ryzykiem połączone ze stałym monitorowaniem ryzyka i podejmowanych działań prewencyjnych. Dzięki temu, podmiot leczniczy samodzielnie może podzielić ryzyko na rezydualne i nierezydualne, a także określić swój własny optymalny poziom ryzyka, do którego będzie dążył w ramach prowadzonej działalności leczniczej.

Popularna ostatnio interdyscyplinarność znajduje odbicie również w procesie zarządzania ryzykiem błędu medycznego. Zasady i reguły wynikające z aktualnej wiedzy medycznej, jako przesłanka bezwarunkowa ustalania błędu medycznego, uzupełniana jest, w całej swej złożoności, przez terminologię i nauki prawne, a także ubezpieczeniowe oraz wiedzę techniczną. Powyższe znajduje swe odzwierciedlenie w procesie dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, gdzie udział nie tylko sprawcy, ale również biegłego sądowego w zakresie nauk medycznych, prawnika, brokera ubezpieczeniowego, czy biegłego sądowego w zakresie nauk technicznych, może w kluczowy sposób wpływać na ocenę sądu i wyrok. Uzupełnieniem działań *post factum*, w kontekście zarządzania ryzykiem błędu medycznego w podmiocie leczniczym, może być *a priori* kontrola fizyczna w 3 obszarach – unikania, redukcji prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia błędu medycznego, oraz kontrola finansowa w postaci transferu lub retencji ryzyka.

Unikanie ryzyka w działalności leczniczej może okazać się niewykonalne, ze względu na pełnione role lub funkcje podmiotu leczniczego, jednakże unikanie naruszania praw pacjenta

lub nieprowadzenie działalności w wybranych specjalizacjach poradni lub oddziałów jest możliwe. W odmiennej pozycji znajduje się podmiot leczniczy w zakresie możliwości redukcji prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka błędu medycznego, bowiem przedmiotem redukcji może być dowolna przyczyna szkody. I choć w sensie matematycznym podmiot leczniczy będzie dążył do zera, to jednak redukcję prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka błędu medycznego raczej należy określić jako ciągły proces dążenia do doskonałości. Stąd też, kluczowy może okazać się tzw. apetyt na ryzyko i, w myśl koncepcji zintegrowanego zarządzania ryzykiem, optymalizacja a nie minimalizacja ryzyka. Uzupełnieniem fizycznej kontroli ryzyka jest redukcja rozmiaru strat, zarówno w zakresie rodzajów błędów medycznych jak i poziomu bólu, czasu trwania bólu i zakresu szkody. Co więcej, redukcja możliwych strat może odbywać się zarówno na etapie powstawania i ujawniania błędu medycznego, jak i procesu dochodzenia roszczenia. Drugim obszarem działania podmiotu leczniczego z ryzykiem jest kontrola finansowa. Podstawowym, a w pewnym zakresie obowiązkowym, narzędziem transferu ryzyka jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Choć w kontekście zarządzania ryzykiem, należałoby wspomnieć nie tylko o spełnieniu obowiązku i posiadaniu polisy ubezpieczeniowej, ale również o swoistym zarządzaniu ubezpieczeniami, chociażby ze względu zakres ubezpieczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, pojemność ubezpieczeniową, prawo roszczenia regresowego ubezpieczyciela do sprawcy, długi okres inkubacji szkody, terminy przedawnienia roszczeń czy prowadzenie postępowań ugodowych. Ostatnim narzędziem podmiotu leczniczego w zakresie zarządzania ryzykiem błędu medycznego pozostaje retencja ryzyka. Znamienным przykładem akceptacji i zatrzymania ryzyka na podmiocie leczniczym jest możliwe roszczenie przewyższające wysokość sumy gwarancyjnej na jedno lub wszystkie zdarzenia. Na szczęście, retencja nie musi oznaczać beczynności lub bezradności podmiotu leczniczego. Zarządzanie ryzykiem zawiera bowiem w sobie postulat bycia przygotowanym na nieprzewidywalne lub tzw. czarny scenariusz.

We wstępie do niniejszej dysertacji autor przyjął główny problem naukowy w postaci pytania badawczego i 4 pytań szczegółowych. Pierwsze pytanie szczegółowe odnosiło się do charakterystyki błędu medycznego z perspektywy podmiotu leczniczego. Na gruncie rozważań w rozdziale 1 można stwierdzić, że błąd medyczny charakteryzuje się działaniem lub

zaniechaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną, któremu można było zapobiec z wykorzystaniem zwykłych wiadomości lub zręczności, mogącym powodować finansowe lub niefinansowe skutki dla podmiotu leczniczego. Należy podkreślić, że z perspektywy podmiotu leczniczego skutkiem błędu medycznego może być nie tylko odszkodowanie, ale też szereg dodatkowych kosztów. Ponadto skutki mogą mieć też charakter niefinansowy, które ze względu na pełnione funkcje podmiotu leczniczego, czasami są niemniej istotne niż zobowiązanie do wypłaty odszkodowania. Drugie pytanie szczegółowe dotyczyło rozpoznania istotnych cech zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, co wskazano w rozdziale 2. Są nimi łącznie: przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, podstawy prawne wypłaty świadczenia (art. 445 § 1, art. 446 § 3 i § 4 oraz art. 448 k.c.) oraz kwalifikacja działania lub zaniechania jako błąd medyczny. W kontekście kontroli ryzyka w podmiocie leczniczym, kluczowe pozostaje działanie lub zaniechanie, naruszające reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej oraz deontologii, któremu można było zapobiec z wykorzystaniem zwykłych wiadomości lub zręczności, a którego wystąpienie stanowi jedną z przesłanek przypisania odpowiedzialności cywilnej sprawcy. Dla podmiotu leczniczego oznacza to, że podjęcie pewnych działań, na przykład standaryzacji pewnych procedur i udokumentowaniu ich wykonania, może decydować o uwolnieniu podmiotu leczniczego od odpowiedzialności odszkodowawczej za powstałą szkodę⁶⁶. Rozdział 3 stanowi odpowiedź na trzecie pytanie szczegółowe dotyczące identyfikacji determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu

⁶⁶ Na przykład w wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 505/12) sąd zmienił zaskarżony wyrok, w którym sąd I instancji przyznał po 100 tys. zł zadośćuczynienia na rzecz każdego z powodów, i oddalił powództwo. Sprawa dotyczyła następców prawnych powódki, która zmarła w toku postępowania, a która pozwała podmiot leczniczy w związku z kilkukrotnym zakażeniem poszkodowanej w trakcie wieloletniej opieki medycznej. Jak twierdziła poszkodowana, zakażenia doprowadziły do konieczności amputacji nogi i poważnego rozstroju zdrowia na wielu płaszczyznach (m.in. pogłębienia schorzeń samoistnych, uszkodzenia naczyń mózgowych i wieńcowych), ostatecznie doprowadzając do dwóch zawałów serca, z których drugi zakończył się jej zgonem. Kluczowa okazała się ocena sądu apelacyjnego w zakresie prawidłowego postępowania pozwanego podmiotu leczniczego, m.in. wyjątkowej dbałości personelu w przygotowaniu poszkodowanego do zabiegu, prawidłowego wykonania zabiegów operacyjnych, dobrze zorganizowanej kontroli zakażeń szpitalnych potwierdzonej danymi statystycznymi czy prawidłowego leczenia zakażeń (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2012). Powyższy przypadek - mimo całego tragizmu sytuacji - potwierdza, że podmiot leczniczy zazwyczaj nie ponosi odpowiedzialności na zasadzie ryzyka za powstałe szkody, a do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej niezbędne jest wykazanie zawinionego działania lub zaniechania i związku przyczynowego, nawet jeżeli szkoda powstała w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, a zakres szkody jest duży. Podsumowując, przeciwwagą wykazania zawinionego działania lub zaniechania jest prawidłowe postępowanie, leczenie czy zarządzanie w podmiocie leczniczym, które może być elementem kontroli ryzyka błędu medycznego.

medycznego. Na podstawie studium literaturowego, analizy modeli ekonomicznej wyceny życia i zdrowia, analizy systemów wyceny zadośćuczynienia za szkodę na osobie w wybranych krajach oraz badania empirycznego, zaprezentowano zestawienie zidentyfikowanych determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego (por. tabela 3.38). W rozdziale 4 udzielono odpowiedzi na ostatnie pytanie szczegółowe poprzez omówienie możliwości kontrolowania ryzyka błędu medycznego. Przedmiotem kontroli ryzyka błędu medycznego może być zarówno narażenie jak i podatność, a do dyspozycji podmiotu leczniczego pozostają finansowe i niefinansowe metody kontroli ryzyka, w tym unikanie, redukcja, transfer i retencja. Zwieńczeniem pracy jest rozdział 5, w którym na podstawie sumy odpowiedzi na pytania szczegółowe w rozdziałach poprzedzających zawarto odpowiedź na główny problem badawczy. Autor w podrozdziale 5.4 przedstawił 13 możliwości wykorzystania determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego w kontroli ryzyka podmiotu leczniczego. Do najistotniejszych należy redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka błędu medycznego poprzez wdrożenie systemu jakości lub doskonalenia zawodowego, redukcja rozmiaru szkody spowodowanej błędem medycznym może mieć postać prawidłowo działającego systemu kontroli zakażeń lub reakcji podmiotu leczniczego po wystąpieniu szkody (na przykład wykonania dodatkowej diagnostyki, reoperacji czy prawidłowej terapii zakażenia). Ponadto, transfer ryzyka błędu medycznego nie przenosi wszystkich skutków, a obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego nie jest jedyną możliwością transferu ryzyka, dlatego podmiot leczniczy powinien dostosować zakres transferu ryzyka błędu medycznego do pozostałych stosowanych metod kontroli ryzyka. Natomiast w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej widoczna jest potrzeba zarządzania ubezpieczeniami ze względu na tzw. „dziury w obronie” według modelu J. Reasona, polegające między innymi na wyłączeniach i limitach odpowiedzialności ubezpieczyciela, ale również na ciągłości odpowiedzialności czasowej ubezpieczyciela, pojemności ubezpieczeniowej, terminie zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia, terminie przedawnienia roszczenia czy postępowaniu ugodowym (szerzej: podrozdział 5.1 i 5.3.3).

Cel pracy został zrealizowany poprzez rekomendacje zaprezentowane w rozdziale 5. Ujęcie procesowe zostało przedstawione w podrozdziale 5.2. Opierając się na procesie dochodzenia

zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego, autor postawił 12 pytań, wobec których indywidualne odpowiedzi podmiotu leczniczego bezpośrednio lub pośrednio mogą zmieniać proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego. Do najistotniejszych należą odpowiedzi w zakresie ograniczenia prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia błędu medycznego, kwoty świadczenia jaka zaspokoi powstałą szkodę, istnienia przesłanek do uznania odpowiedzialności podmiotu leczniczego za błąd medyczny oraz możliwości pokrycia roszczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast ujęcie instrumentalne zostało omówione w podrozdziale 5.3, w którym zaproponowano metody kontroli ryzyka błędu medycznego z wykorzystaniem determinant wysokości zadośćuczynienia zidentyfikowanych w rozdziale 3. Łącznie zarekomendowano 27 „dobrych praktyk” podzielonych w układzie rodzajowym metod kontroli ryzyka, do których należy między innymi unikanie ryzyka braku świadomej zgody pacjenta na leczenie, opracowanie planu awaryjnego w zakresie braku zapewnienia kadry lub dostępności sprzętu, prowadzenie efektywnego systemu kontroli zakażeń, wdrożenie dedykowanych systemów jakości (na przykład akredytacji), wykonaniu reoperacji, rozszerzenie transferu ryzyka ponad zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC czy prowadzenie planu finansowania zatrzymanego ryzyka (na przykład w formie polityki rezerw finansowych). Dodatkowo, omówiono główne wyzwania finansowej kontroli ryzyka.

Podsumowując, zarządzanie ryzykiem błędu medycznego w Polsce jest zagadnieniem nowatorskim i interdyscyplinarnym. Z drugiej strony, ryzyko błędu medycznego nie jest pojęciem abstrakcyjnym lub mającym charakter „czarnego łabędzia”⁶⁷. Raczej jest realnym, a w skrajnych przypadkach codziennym, problemem wielu podmiotów leczniczych, z którym należałoby „jakoś” sobie radzić. Dlatego wydaje się, że dorobek zarządzania ryzykiem jest tym, który może okazać się najbardziej pomocny. Jeżeli tak, to profesjonalne i skuteczne działanie wymaga odpowiedniego przygotowania, którego częścią jest znajomość determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego. Pomimo że owe determinanty mają w Polsce charakter katalogu otwartego, to jednak na podstawie niniejszej rozprawy, można wyodrębnić takie, które w myśl koncepcji indeksykwalności znaczenia, mogą pomóc,

⁶⁷ (szerzej zob. Taleb, 2015)

dostosować i uzależnić proces zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym, w tym metody kontroli ryzyka błędu medycznego.

Bibliografia

- Adamska, A. (2009). Ryzyko w działalności przedsiębiorstwa – podstawowe zagadnienia. W: A. Fierla (red.), *Ryzyko w działalności przedsiębiorstwa. Wybrane aspekty*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Andrzejewski, M. I. (2016). Samodzielność jurysdykcyjna w procesurach sądowych. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki Społeczne*, nr 15 (4/2016), 33-51.
- Antonów, K. (2020). Koncepcja ryzyka socjalnego w polskim prawie ubezpieczeń socjalnych. *Przegląd Prawa i Administracji*, nr 123.
- Aranaz Andres, J. M. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalizacion ENEAS 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Avraham, R. (2006). Putting a price on pain-and-suffering damages: a critique of the current approaches and preliminary for change. *Northwestern University Law Review*, vol. 100, no. 1, 87-120.
- Bagińska, E. (2010). Modele regulacji zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w wybranych krajach europejskich. W: Z. Strus, K. Ortyński i J. Pokrzywniak (red.), *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich* (s. 47-59). Warszawa: Wiadomości ubezpieczeniowe - wydanie specjalne.
- Balcerowicz-Szkutnik, M. i Szkutnik, W. (2017). Szacowanie pewnych zagrożeń w kontekście zarządzania ryzykiem. W: I. Kwiecień (red.), *Ubezpieczenia we współczesnym świecie. Problemy i tendencje* (s. 31-46). Wrocław: Wydawnictwo UE we Wrocławiu.
- Bała, P. i Załucki, M. (2013). *Prowadzenie działalności leczniczej – aspekty prawne*. Warszawa: DIFIN.
- Banyk, M. (2014). Status prawny dziecka poczętego na tle jego prawa do ochrony życia i zdrowia, wynagradzania szkód doznanych przed urodzeniem oraz ochrony dóbr osobistych matki. *Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM*, nr 4, 17-38.
- Bączyk-Rozwadowska, K. (2008). Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa. *Prawo i Medycyna*, nr 3/32, t. 10.
- Beck, U. (2012). *Społeczeństwo światowego ryzyka. W poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bednarczyk, T. (2016). Rodzaje ubezpieczeń. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia* (s. 30-41). Warszawa: C.H. Beck.
- Bhasale, A. L., Miller, G. C., Reid, S. H. i Britt, H. C. (1998). Analysing potential harm in Australian general practice. An incident-monitoring study. *Medical Journal of Australia*, vol. 169, issue 2, 73-76.

- Białkowski, M. (2013). Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego. *Adam Mickiewicz University Law Review*, vol. 2.
- Białkowski, M. (2017). *Kompensacja szkody powstałej przy leczeniu. Rozprawa doktorska*. Pobrano z https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/20802/1/2017_05_09_Doktorat_Micha%C5%82_Bia%C5%82kowski_ostateczna_5_pdf.pdf
- Borda, M. i Osak, M. (2016). System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ryzyko i istota ubezpieczenia* (s. 532-542). Warszawa: C.H. Beck.
- Borys, A. (2017). Opinia biegłego lekarza jako dowód w procesie medycznym – wybrane aspekty. *Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM*, nr 7, 59-72.
- Borysewicz, A. (2017). *Błąd medyczny i nieskuteczna zgoda na leczenie. Odpowiedzialność indywidualna i w spółce partnerskiej. Wzory pism*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Brazier, J., Deverill, M. i Green, C. (1999). A review of the use of health status measures in economic evaluation. *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 4 (3), 174-184. Pobrano z *Health Technol Assess*, vol. 3, no. 9: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon309.pdf>
- Brühwiler, B. (2011). *Risikomanagement als Führungsaufgabe*. Bern: Haupt.
- Budzowska, J. (2012). Opinia prywatna w sprawie o tzw. błąd medyczny. *Monitor Prawniczy*, 5/2012.
- Budzowska, J. (2014). *Raport z analizy spraw sądowych o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez szpitale pod względem problematyki bezpieczeństwa pacjenta i zdarzeń niepożądanych*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości Zdrowia w Ochronie Zdrowia.
- Byczko, S. (2013). *Interes ubezpieczeniowy*. Warszawa: Difin.
- Celczyńska, A. (2016). Świadczenia rentowe dla osób bezpośrednio poszkodowanych w wypadkach drogowych. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 1(318), 5-17.
- Cerecedo Cortina, V. B. (1997). Iatrogenia y error medico. *Revista Medica Del Hospital General De Mexico*, Vol. 60 Num. 2, 75-83.
- Chrzanowska, M. (2019). Zadośćuczynienie dla osoby poszkodowanej z tytułu zaburzenia bądź zerwania więzi rodzinnej w zakresie relacji rodzic-dziecko na podstawie art. 448 w związku z art. 24 § 1 k.c. *Kwartalnik Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury*, 1 (33)/2019, 75-87.

- Cicourel, A. (1984). Etnometodologia. W: E. Mokrzycki (red.), *Kryzys i schizma. Antyscjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej, t. 1* (s. 221-302). Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Clausmeyer, A. (2010). Odszkodowanie i zadośćuczynienie za szkody majątkowe i niemajątkowe w przypadku szkody na osobie w Niemczech. W: Z. Strus, K. Ortyński i J. Pokrzywniak (red.), *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich* (s. 60-80). Warszawa: Wiadomości ubezpieczeniowe - wydanie specjalne.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Comandé, G. (2009). Doing away with inequality in loss of enjoyment of life. *Opinio Juris in Comparatione*, vol. 1/2009, no. 2, 1-18.
- Creswell, J. W. (2013). *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Crouhy, M., Galai, D. i Mark, R. (2014). *The Essentials Of Risk Management. Second Edition*. McGraw-Hill Education.
- Cudna-Wagner, A. (2002). *Odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczyciela*. Warszawa: Wydawnictwo Kodeks.
- Czerska, M. i Rutka, R. (2016). Metoda oceny ryzyka personalnego w organizacji. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe*, nr 280, 21-33.
- Daniluk, P. (2013). Zagadnienia prawne w ubezpieczeniach osobowych. W: Z. F. Guzel, *Medycyna ubezpieczeniowa* (s. 49-54). Warszawa: Poltext.
- Daszewski, A. (2011). Zadośćuczynienie za krzywdę w konsekwencji szkody na osobie - analiza polskiego rynku. W: I. Kwiecień (red.), *Szkody osobowe kompensowane z ubezpieczenia komunikacyjnego OC* (s. 191-193). Warszawa: Poltext.
- Daszewski, A. (2011). Miarkowanie zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny z art. 446 § 4 k.c. *Monitor Ubezpieczeniowy*, nr 45.
- Dionne, G. (2013). *Risk Management: History, Definition and Critique*. Cirrelt. Pobrano z www.hrmars.com/admin/pics/1296.pdf
- Dobska, M. (2013). *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Dobska, M. i Rogoziński, K. (2008). *Podstawy zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dobski, P. (2012). *Zarządzanie przez jakość w handlu detalicznym – koncepcja i zastosowanie*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Douglas, M. (1994). *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. Routledge.

- Dovey, S. M., Meyers, D. S., Phillips, R. L., Green, L. A., Fryer, G. E., Galliher, J. M. i Grob, P. (2002). A preliminary taxonomy of medical errors in family. *Quality and Safety in a Health Care, issue 11 (3)*, 233-238.
- Drozdowska, U. (2017). Dopuszczalność wykorzystania tzw. opinii prywatnych w cywilnych procesach medycznych – uwagi na tle prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. *Białostockie Studia Prawnicze, vol. 22 nr 2*, 121-137.
- Dubiel, B. (2015). Standardy zarządzania ryzykiem w jednostkach samorządu terytorialnego. W: D. Zarzecki (red.), *Rynek kapitałowy, wycena przedsiębiorstw, inwestycje*. Szczecin: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 855/74, t. 1.
- Durlauf, S. N. i Blume, L. E. (2008). *The New Palgrave Dictionary of Economics. Second Edition, Vol. 8*. New York: Macmillan Publishers.
- Dzięcioł, P. (2014). *Rola akredytacji w zarządzaniu szpitalem*. Warszawa: CeDeWu.
- Dzięcioł, P. (2015a). Wybrane problemy funkcjonowania ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych. W: T. H. Bednarczyk (red.), *Ubezpieczenia i bankowość z perspektywy młodego ekonomisty*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Dzięcioł, P. (2015b). Perspektywy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szpitali. W: K. Łyskawa, P. Majewski i P. Walczak (red.), *Ubezpieczenia i finanse - nowe perspektywy, tom IV* (s. 99-108). Toruń: Instytut Badań Gospodarczych, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Toruniu.
- Dzięcioł, P. (2016a). Podmiotocentryczna konceptualizacja ryzyka dla przedsiębiorstw. W: T. Bednarczyk, *Finanse z perspektywy młodego badacza. Współczesne problemy ubezpieczeń i bankowości*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Dzięcioł, P. (2016b). A Risk Management System in Insurance Undertaking. *Copernican Journal of Finance & Accounting, volume 5, issue 2*, 73-83.
- Dzięcioł, P. (2018). Proces wielowymiarowej analizy ryzyka w przedsiębiorstwie. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 19-38.
- Ely, J. W., Levinson, W., Elder, N., Mainous, A. i Vinson, D. C. (1995). Perceived causes of family physicians' errors. *The Journal of Family Practice, issue 40 (4)*, 337-344.
- Fischer, G., Feters, M. D., Munro, A. P. i Goldman, E. B. (1997). Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *The Journal of Family Practice, issue 45 (1)*, 40-46.
- Fiutak, A. (2010). Klasyfikacja błędów medycznych. *Medycyna Rodzinna, 2/2010, Borgis*, 50-55.
- Fiutak, A. (2012). *Prawo medyczne w orzecznictwie z komentarzem*. Warszawa: Difin.
- Garfinkel, H. (2007). *Studia z etnometodologii*. Warszawa: WN PWN.

- Gawłowski, K. (2011). Przedawnienie roszczeń placówek medycznych z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w stosunku do ubezpieczycieli. *Prawo asekuracyjne*, 3/2011 (68).
- Giergiczny, M. (2006). Wycena wartości życia z wykorzystaniem metody wyceny hedonicznej. *Ekonomia i Środowisko*, nr 1 (29), 60-74.
- Golecki, M. J. (2021). Jest ustawa o prawie do zadośćuczynienia!. Rzecznik Finansowy. Pobrano z <https://rf.gov.pl/2021/06/25/jest-ustawa-o-prawie-do-zadoscuczynienia/>
- Gołębiewski, D. (2010). *Audyt ubezpieczeniowy. Praktyczne metody analizy ryzyka*. Warszawa: Poltext.
- Gonzalez, I. (2011). *Compensation for personal injuries suffered by road accident casualties under Spanish Law*. Pobrano z http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/GuillenGonzalez_1.pdf
- Grober, E. D. i Bohnen, J. M. (2005). Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, 48 (1), 39-44.
- Guzel, Z. (2013). Organizacja i uczestnicy procesu oceny ryzyka. W: Z. F. Guzel (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa* (s. 99-115). Warszawa: Poltext.
- Haberko, J. (1999). Charakter prawny uznania dziecka. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, zeszyt 2, 155-167.
- Hadyniak, B. (2010). Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie. W: B. Hadyniak i J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa, tom 1* (s. 31-52). Warszawa: Poltext.
- Heller, M. (2012). *Filozofia przypadku. Kosmiczna fuga z preludium i codą*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Hillson, D. (2006). *Integrated Risk Managment as a Framework for Organisational Succes*. Risk Doctor.
- Hofflander, A. E. (1966). The Human Life Value: An Historical Perspective. *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 33, No. 33, 381-391.
- Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D. i Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 54 (2003).
- Ishikawa, A. i Tsujimoto, A. (2009). *Risk And Crisis Management. 101 Cases*. Singapore: World Scientific Publishing.
- Iwaszczuk, N. (2021). *Ryzyko w działalności gospodarczej: definicje, klasyfikacje, zarządzanie*. Kraków: Wydawnictwo IGSMiE PAN.

- Jajuga, K. (2007). Koncepcja ryzyka i proces zarządzania ryzykiem - wprowadzenie. W: K. Jajuga (red.), *Zarządzanie ryzykiem* (s.13-32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janowicz-Lamott, M. i Śliwiński, A. (2017). Nowe technologie wyzwaniem sektora ubezpieczeń - ryzyko nanotechnologiczne. W: W. Sułkowska i M. Cycoń (red.), *Kierunki rozwoju ubezpieczeń prywatnych i publicznych* (s. 179-189). Warszawa: Poltext.
- Janowicz-Lomott, M. (2015). Polityka instytucji Uni Europejskiej wobec towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. W: W. Sułkowska i G. Strupczewski (red.), *Dylematy teorii i praktyki ubezpieczeń* (s. 109-120). Warszawa: Poltext.
- Jędrzychowska, A. K. (2017). Znaczenie okresu emerytalnego w kalkulacji świadczeń rentowych z tytułu utraconych dochodów z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. W: I. Kwiecień (red.), *Ubezpieczenia we współczesnym świecie. Problemy i tendencje* (s. 59-72). Wrocław: Poltext.
- Judicial College. (2019). *Guidelines For The Assessment Of General Damages In Personal Injury Cases, 15th Edition*. Oxford University Press.
- Kaczała, M. i Łyskawa, K. (2010). Ubezpieczenia przedsiębiorstw/gospodarstw rolnych. W: L. Gąsiorokiewicz i J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa, tom 2* (s. 159-188). Warszawa: Poltext.
- Kaczmarek, T. (2010). *Zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*. Warszawa: Difin.
- Karapanou, V. i Visscher, L. (2010). Towards a better assessment of pain and suffering damages. *Journal of European Tort Law, no. 1 (1)*, s. 48-74.
- Kaszuba-Perz, A. i Perz, P. (2010). Rola zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie w obliczu zewnętrznych czynników ryzyka. *e-Finanse, vol. 6 nr 2*.
- Kendall, M. (1948). *Rank Correlation Methods*. Londyn: Charles Griffin & Company Limited.
- Kliszcz, J. (2010). Wartość dodana usługi brokerskiej. W: B. Hadyniak i J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa* (s. 139-160). Warszawa: Poltext.
- Kopec, D., Kabir, M. H., Reinhart, D., Rothschild, O. i Castiglione, J. (2003). Human errors in medical practice: Systematic classification and reduction with automated information systems. *Journal of Medical Systems, 24 (4)*, 297-313.
- Korytkowska, D. (2012). Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica, nr 274*, 61-70.
- Korytkowska, D. (2013). Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia niepożądanego i choroby jatrogennej - rozważania terminologiczne. *Acta Universitatis Lodzensis, nr 296*, 55-69.
- Korytkowska, D. (2015). Statystyczna ewidencja spraw o odszkodowanie z tytułu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych w Polsce. *Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego. Studia i Praca, tom 4 nr 3*.

- Korytkowska-Piaskowska, D. (2022). *Finansowa analiza występowania szkód dotyczących pacjentów na podstawie wyroków sądów okręgu łódzkiego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kościelniak, M. (2014). Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne - część 1 - pojęcie błędu medycznego. *Monitor Ubezpieczeniowy*, nr 56.
- Kowalczyk, P. i Poprawska, E. (2013). Metody kalkulacji składki w ubezpieczeniach typu non-life. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Metody aktuarialne* (s. 79-111). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalczyk, P. i Poprawska, E. (2013). Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe i metody ich tworzenia. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Metody aktuarialne* (s. 151-169). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2016). Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia* (s. 221-230). Warszawa: C.H. Beck.
- Kowalewski, E. (1999). Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia. W: T. Sangowski, *Ubezpieczenia gospodarcze*. Warszawa: Poltext.
- Kowalewski, E. (2002). *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*. Toruń: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Kowalewski, E. (2011). *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*. Toruń: Dom Organizatora.
- Kowalewski, E. i Mogilski, W. (2013). O potrzebie zmiany niektórych uregulowań prawnych ubezpieczeń obowiązkowych. *Rozprawy ubezpieczeniowe*, 2/2013 (15).
- Krajewski, M. (2016). *Umowa ubezpieczenia Art. 805-834 KC. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Krajewski, S. i Milewski, R. (2018). Podstawowe pojęcia i przedmiot ekonomii. W: R. Milewski i E. Kwiatkowski (red.), *Podstawy ekonomii* (Wyd. 4, s. 21-46). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kubińska-Kaleta, E. (2008). Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach przemysłowych na przykładzie huty stali, praca doktorska. Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie. Pobrano z winntbg.bg.agh.edu.pl/rozprawy/9919/full9919.pdf
- Kucharski, B. (2019). *Świadczenie ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia mienia*. Warszawa-Łódź: Wolters Kluwer i Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kuchlewska, M. (1994). Zarządzanie lokatami ubezpieczeniowymi. W: A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej* (s. 190-212). Bydgoszcz: OW Branta.
- Kufel-Siemińska, A. (2005). *Właściwości kanałów dystrybucji usług ubezpieczeniowych*. Poznań: Wydawnictwo AE w Poznaniu.

- Kurek, R. (2017). Zarządzanie ryzykiem bitcoina. W: W. Sułkowska i M. Cycoń (red.), *Kierunki rozwoju ubezpieczeń prywatnych i publicznych* (s. 239-247). Warszawa: Poltext.
- Kuta, W. (2021). *Braki kadrowe największą bolączką szpitali? Dyrektorzy: to dopiero 7. miejsce*. Rynek Zdrowia. Pobrano z <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Braki-kadrowe-najwieksza-bolaczka-szpitali-Dyrektorzy-to-dopiero-7-miejsce,225674,1.html?fbclid=IwAR3eA3LVEHGFKdNg1qQvWYb8EPfkHB2YdUdMtQur2gfTf0iOgfQl85IXohs>
- Kwiecień, I. (2009). Czyste straty finansowe - ryzyko odpowiedzialności i zakres ochrony w ubezpieczeniach OC podmiotów gospodarczych. Zarys problematyki. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 4/2009, 63-76.
- Kwiecień, I. (2015). *Ekonomiczna analiza dochodzenia roszczeń o zadośćuczynienie za szkody na osobie z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Kwieciński, T. i Przybysz, A. (2018). Zakład ubezpieczeń. W: J. Pokrzywniak (red.), *Nowe zasady dystrybucji ubezpieczeń* (s. 43-44). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Landrigan, C., Parry, G., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A. i Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical. *New England Journal of Medicine*, vol 11, issue 363 (22), 2124-2134.
- Lewaszkiwicz-Petrykowska, B. (1994). Nowe tendencje w zakresie cywilnej odpowiedzialności zawodowej. W: P. M. Mączyński (red.), *Rozprawy z polskiego i europejskiego prawa prywatnego. Księga pamiątkowa ofiarowana profesorowi Józefowi Skąpskiemu*. Kraków.
- Lisowski, J. (2017). Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Art. 249-257. W: P. Wajda i M. Szczepańska (red.), *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz* (s. 848-860). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Liszewska, A. (1998). *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków: Zakamycze.
- Liszewska, A. i Serwach, M. (2021). Pojęcie i rodzaje błędu medycznego. W: T. Dukiet-Nagórska i A. Liszewska (red.), *System prawa medycznego, vol. III* (s. 77-98). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Liwacz, A. (2010). Zakład ubezpieczeń typu captive. W: B. Hadyniak i J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa* (s. 161-182). Warszawa: Poltext.
- Ludwichowska, K. (2011). Koncepcja no-fault w kompensacji szkód komunikacyjnych. W: K. Ludwichowska (red.), *Kompensacja szkód komunikacyjnych. Nowoczesne rozwiązania ubezpieczeniowe* (s. 35-47). Warszawa: Poltext.

- Luengas Amaya, S. (2009). Seguridad del paciente: Conceptos y analisis de eventos adversos,. *Via salud, issue 48*.
- Łyskawa, K. (2013). W poszukiwaniu optymalnego pojęcia ryzyka w standardzie zarządzania ryzykiem. *Zarządzanie i Finanse, nr 2, cz. 5*.
- Malinowska, K. (2017). Najlepszy interes klienta - rozważania na tle regulacji o dystrybucji ubezpieczeń. W: B. Gnela i M. Szaraniec (red.), *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych* (s. 108-122). Warszawa: Difin.
- Malinowska, U. (2011). Charakterystyka kluczowych koncepcji zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie. W: S. Kasiewicz (red.), *Zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa w Polsce* (s. 63-78). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Małek, A. (2011). *Reasekuracja. Klasyczne i alternatywne metody transferu ryzyka ubezpieczeniowego*. Warszawa: Poltext.
- Manikowski, P. (2013). *Cykle ubezpieczeniowe w gospodarce rynkowej. Pojęcie, cechy, struktura*. Warszawa: Poltext.
- Marek, Z. (2007a). *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne.
- Marek, Z. (2007b). *Błąd medyczny*. wyd. 2, Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Medyczne.
- Maśniak, D. (2011). Zakres kompensacji szkód osobowych w krajach UE. W: I. Kwiecień (red.), *Szkody osobowe kompensowane z ubezpieczenia komunikacyjnego OC* (s. 41-68). Warszawa: Poltext.
- Maśniak, D. (2017). Czy test wymagań i potrzeb klienta to wniosek ubezpieczeniowy? W: B. Gnela i M. Szaraniec (red.), *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych* (s. 37-46). Warszawa: Difin.
- Matys, J. (2010). *Model zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody niemajątkowej w kodeksie cywilnym*. Warszawa: Wolter Kluwer.
- Mazurkiewicz, J. (1973). Nasciturus w prawie cywilnym i karnym. *Palestra, 17/11 (191)*, 37-43.
- Michalski, T., Śliwiński, A., Pajewska-Kwaśny, R. i Tomaszewska, I. (2016). *Ryzyko katastroficzne*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Ministerstwo Sprawiedliwości. (2018). *Baza statystyczna*. Pobrano z Informator Statystyczny Wymiaru Sprawiedliwości: <https://isws.ms.gov.pl/>
- Monkiewicz, J., Gąsiorkiewicz, L. i Hadyniak, B. (1999). *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*. Warszawa: Poltext.

- Morawki, A., Steciwko, A., Żórawska, J., Drobnik, J. i Pirogowicz, I. (2003). Problemy etyczno-prawne błędu medycznego w praktyce lekarza rodzinnego - odpowiedzialność karna, cywilna i zawodowa. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, nr 30, 111-117.
- Mucha, J. (2021). Sprawozdanie z IV Konferencji Szkoleniowej i VII Poznańskiego Salonu Mediacji "Uгода Mediacyjna i koszty mediacji", Poznań, 21 października 2020 r. *Studia prawa publicznego*, nr 1 (33), 167-171.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2015). *What is a medication error?* New York.
- Nawracała, J. (2014). Ubezpieczenia nadwyżkowe w kontekście sum gwarancyjnych w obowiązkowych ubezpieczeniach OC. W: E. Kowalewski i W. Mogilski (red.), *System prawny ubezpieczeń obowiązkowych* (s. 257-282). Toruń: Dom Organizatora.
- Nesterowicz, M. (2010). *Prawo medyczne*. Toruń: TNOiK.
- Nowak, S. (2011). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: WN PWN.
- Opolski, K. i Waśniewski, K. (2011). *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Warszawa: CeDeWu.
- Orlicki, M. (2017). Aksjologia dystrybucji ubezpieczeń - kryteria uznawania działań dystrybutora za zgodne z prawem i etyczne. W: B. Gnela i M. Szaraniec (red.), *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych* (s. 19-28). Warszawa: Difin.
- Orlicki, M. i Pokrzywniak, J. (2008). *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Ortyński, K. (2010). Ubezpieczenie wycofania produktu w działalności zakładów produkcyjnych. W: L. Gąsiorowski i J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa, tom 2* (s. 13-32). Warszawa: Poltext.
- Osak, M. (2010). Wpływ ubezpieczającego (ubezpieczonego) na kształtowanie produktu ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach zdrowotnych: od partycypacji do prosumpcji. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 3/2010, 95-104.
- Otto, W. (2015). *Ubezpieczenia majątkowe, cz. I. Teoria ryzyka, wyd. 3*. Warszawa: Wydawnictwo WNT.
- Pazdan, M. (2018). Zdolność prawna i zdolność do czynności prawnych. W: K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz do art. 1-449(10), wyd. 9* (s. 79-151). Warszawa: Ch. Beck.
- Ponzanelli, G. i Baroni, M. (2010). Odszkodowanie za szkodę na osobie oraz krzywdę wynikającą ze śmierci osoby bliskiej w świetle włoskich przepisów o czynach niedozwolonych. W: Z. Strus, K. Ortyński i J. Pokrzywniak (red.), *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich* (s. 81-87). Warszawa: Wiadomości ubezpieczeniowe - wydanie specjalne.

- Prager, M. (2010). Zadośćuczynienie za ból i cierpienie wynikające ze śmierci innej osoby w prawie szwedzkim, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za wypadki drogowe. W: Z. Strus, K. Ortyński i J. Pokrzywniak, (red.) *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich* (s. 88-93). Warszawa: Wiadomości ubezpieczeniowe - wydanie specjalne.
- Przetacznik, S. (2016). Zintegrowane zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie - moda czy konieczność. *Zarządzanie. Teoria i Praktyka* (3 (17)), 41-49.
- Puchacz, K. (2013). *Zarządzanie ryzykiem w sektorze finansów publicznych*. Gdańsk: Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr.
- Raczyński, A. (2010). *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*. Warszawa: C.H. Beck.
- Raczyński, A. (2017). Zasada swobody umów i jej ograniczenia w umowie pośrednictwa ubezpieczeniowego. W: B. Gnela i M. Szaraniec (red.), *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych* (s. 29-36). Warszawa: Difin.
- Radwański, Z. i Olejniczak, A. (2016). *Zobowiązania - część ogólna, wyd. 12*. Warszawa: C.H. Beck.
- Rejda, G. (2008). *Principles of Risk Management and Insurance, 10th edition*. Boston: Pearson Education.
- Romatowska, M. (2014). Zadośćuczynienie za krzywdę na gruncie kodeksu cywilnego – aspekty praktyczne. *Temidium*, 3 (78).
- Ronka-Chmielowiec, W. (2009). Proces zarządzania ryzykiem i pomiar ryzyka w zakładzie ubezpieczeń. W: K. Jajuga (red.), *Zarządzanie ryzykiem* (s. 299-307). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ronka-Chmielowiec, W. (2013a). Probabilistyczne modele ryzyka ubezpieczeniowego. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Metody aktuarialne* (s. 11-40). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ronka-Chmielowiec, W. (2013b). Modelowanie ryzyka ubezpieczeniowego w portfelach. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Metody aktuarialne* (s. 41-61). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ronka-Chmielowiec, W. (2016a). Ryzyko i istota ubezpieczenia. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia* (s. 11-21). Warszawa: C.H. Beck.
- Ronka-Chmielowiec, W. (2016b). Rys historyczny instytucji ubezpieczenia. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia* (s. 21-30). Warszawa: C.H. Beck.
- Sadowska, J. (2015). *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*. Sopot: Currenda.

- Sangowski i in., T. (1996). *Vademecum pośrednika ubezpieczeniowego*. T. Sangowski (red.), Poznań: SAGA Printing.
- Sasin, R. (2011). Ewolucja koncepcji ERM. W: S. Kasiewicz (red.), *Zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa – kierunki i narzędzia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Serwach, M. (2009a). Odpowiedzialność cywilna w teorii i w praktyce - najnowsze tendencje i kierunki zmian. *Rozprawy Ubezpieczeniowe, nr 6 (1/2009)*.
- Serwach, M. (2009b). Pojęcie winy w stosunkach ubezpieczeniowych. *Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 4/2009*, 131-143.
- Serwach, M. (2011a). Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. *Prawo asekuracyjne, nr 4*.
- Serwach, M. (2011b). Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne. *Prawo asekuracyjne, 3 (68)*, 17-29.
- Serwach, M. (2012a). Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli. *Wiadomości Ubezpieczeniowe, 4/2012*, 3-16.
- Serwach, M. (2012b). Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce. *Prawo asekuracyjne, 4/2012 (73)*, 4-17.
- Serwach, M. (2018). *Ochrona ubezpieczeniowa pacjentów przed negatywnymi skutkami leczenia*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Serwach, M. (2019a). Duty of Treatment and Duty of Care, and Scope of Insurance Coverage in Medical Liability Insurance. *Prawo Asekuracyjne, 1/2019 (98)*, 68-81.
- Serwach, M. (2019b). Problematyka osoby bliskiej oraz możliwości zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy medycznej w świetle nowych przepisów. *Medycyna Praktyczna, 3/2019*, 142-147.
- Serwach, M. (2021a). Błąd medyczny a zdarzenie medyczne. W: T. Dukiet-Nagórska i A. Liszewska (red.), *System prawa medycznego, vol. III* (s. 99-106). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Serwach, M. (2021b). Naprawienie szkody medycznej. W: T. Dukiet-Nagórska i A. Liszewska (red.), *System prawa medycznego, vol. III* (s. 207-270). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Serwach, M. (2021c). Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W: T. Dukiet-Nagórska i A. Liszewska (red.), *System prawa medycznego, vol. III* (s. 290-324). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Serwach, M. i Orlicki, M. (2021). Zadośćuczynienie pieniężne za naruszenie więzi rodzinnej najbliższych członków rodziny poszkodowanego w świetle nowego art 446 (2) k.c. *Prawo Asekuracyjne, 4/2021 (109)*, 3-25.

- Sikora, P. (2012). Dopuszczalność stosowania triggerów claims made w prawie polskim oraz niemieckim. *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, nr 13 (2/2012), 82-92.
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E. i MacGregor, D. (2010). Risk ad Analysis and Risk as Feeling: Some Thoughts about Affect, Reason, Risk and Rationality. W: P. Slovic (red.), *The Feeling Of Risk. New Perspectives on Risk Perception* (s. 21-36). Earthscan.
- Smith, S. V. (1997). *The Value of Life to Close Family Members: Calculating the Loss of Society and Companionship*. American Rehabilitation Economics Association.
- Stemplewska, L. (2015). Zarządzanie ryzykiem w obszarze rozwoju kapitału ludzkiego. *KNUV*, nr 1 (45), 42-53.
- Strupczewski, G. (2013). Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej członków zarządu władz spółki kapitałowej. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie - Finanse*, nr 913, 107-124.
- Strus, Z. (2010). Zadośćuczynienie w razie śmierci osoby najbliższej. W: Z. Strus, K. Ortyński i J. Pokrzywniak (red.), *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich* (s. 13-46). Warszawa: Wiadomości ubezpieczeniowe - wydanie specjalne.
- Swan, A. i Sanddilands, M. (1995). *Introduction to Geological Data Analysis*. Blackwell Science.
- Szczepańska, M. (2017). Zasady wykonywania działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Art. 20-26. W: P. Wajda i M. Szczepańska (red.), *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz* (s. 162-202). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Szpunar, A. (1998). *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i osobie*. Bydgoszcz: OW Branta.
- Szpunar, A. (2000). *Wynagrodzenie szkody wynikłej wskutek śmierci osoby bliskiej*. Bydgoszcz: OW Branta.
- Szpunar, J. (1973). Przesłanki prewencji ubezpieczeniowej. *Ruch prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, nr 25, z. 1, 199=219.
- Śliwiński, A. (2017). Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Art. 224-237. W: P. Wajda i M. Szczepańska (red.), *Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Komentarz* (s. 781-811). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Taleb, N. N. (2015). *Czarny łabędź. O skutkach nieprzewidywalnych zdarzeń*. Warszawa: Kurhaus Publishing.
- Tasset, J., Van Wilderode, M., Geysen, J. i Peeters, W. (2017). Indicatieve Tabel 2016. *Tijdschrift van de Politiechters, Die Keure*, p. 3 e.v. Pobrano z http://www.fcgb-bgwf.be/documents/Indicatieve_Tab_2016.pdf

- Turek, J. i Rogowski, W. (2011). Standardy zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie. W: S. Kasiewicz (red.), *Zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa - kierunki i narzędzia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Vaughan, E. (1996). *Risk Management, 1st edition*. Wiley and Sons.
- Watson, H. (2010). Zasady i tryb ustalania zadośćuczynienia za ból i cierpienie dla ofiar wypadków drogowych i członków ich rodzin na gruncie prawa angielskiego. W: Z. Strus, K. Ortyński i J. Pokrzywniak (red.), *Zadośćuczynienie po nowelizacji art. 446 Kodeksu cywilnego na tle doświadczeń europejskich* (s. 94-98). Warszawa: Wiadomości ubezpieczeniowe - wydanie specjalne.
- Wąsiewicz, A. (1994). Umowa ubezpieczenia i jej charakter prawny. W: A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej* (s. 59-80). Bydgoszcz: OW Branta.
- Wieczorek-Kosmala, M. (2017). *Kapitał ryzyka w przedsiębiorstwie z perspektywy zintegrowanego zarządzania ryzykiem*. Warszawa: CeDeWu.
- Wieteska, S. (2015). Przydatność wybranych metod oceny bólu dla poszkodowanych w wypadkach w ruchu drogowym w Polsce. W: W. Sułkowska i G. Strupczewski (red.), *Dylematy teorii i praktyki ubezpieczeń* (s. 235-248). Warszawa: Poltext.
- Wnęk, A. i Policha, K. (2011). Błąd medyczny – nowy reżim odpowiedzialności odszkodowawczej; nowe zasady ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. *Rozprawy Ubezpieczeniowe, nr 11 (2/2011)*.
- Wojtysiak-Kotlarski, M. (2011). Zmienność, złożoność, niepewność i ryzyko – determinant współczesnego przedsiębiorstwa. W: S. Kasiewicz (red.), *Zarządzanie zintegrowanym ryzykiem przedsiębiorstwa – kierunki i narzędzia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Zawarska, J. (2012). Identyfikacja i pomiar ryzyka w procesie zarządzania ryzykiem podmiotów gospodarczych. W: W. Golnau (red.) *Zarządzanie i Finanse, 1(1)*. Pobrano z jmf.wzr.pl/pim/2012_1_1_6
- Ziemba, J. (2018). Analiza potrzeb klienta, dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. W: J. Ziemba i P. Machulak (red.), *Ustawa o dystrybucji ubezpieczeń. Komentarz* (s. 69-83). Warszawa: C.H. Beck.
- Ziemiak, M. P. (2022). Stan ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce w latach 2016-2021. *Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 3/2022*, 43-60.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78 poz. 483)
- Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. Boletín Oficial del Estado num. 267, de 05.11.2004, texto consolidado, última modificación: 08 de abril de 2020.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 866 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 Nr 16 poz. 93 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. 1991 Nr 41 poz. 179 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2003 Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553)

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570)

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009 Nr 219 poz. 1708)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.)

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. 2011 Nr 113 poz. 660)

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1038)

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. 2021 poz. 97 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz.U. 2021 poz. 1509)

Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2023 poz. 1675)

Inne źródła

AIRMIC, ALARM i IRM. (2003). Standard zarządzania ryzykiem. FERMA.

Allianz. (2018). Klauzula dotycząca ubezpieczenia szkód związanych z prowadzeniem działalności leczniczej (ubezpieczenie nadwyżkowe) zatwierdzona uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 38/2018. TUiR Allianz Polska S.A.

Broda, M. (2003). *Po co TUW?* Pobrano z lokalizacji Dziennik Ubezpieczeniowy: <https://dziennikubezpieczeniowy.pl/>

Carver, N. i Hipskind, J. E. (2019). *Medical Error*. Pobrano z StatPearls Publishing LL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>

Daliga, M. (2011). *Przegląd międzynarodowych standardów i metodyk zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie*. Pobrano z InProgress: www.4pm.pl/upload/artykuly/InLab.pdf

Daszewski, A. (b.d.). *Jak ustalić wysokość zadośćuczynienia po śmierci najbliższego członka rodziny, jakie czynniki powinny decydować o jego wysokości?* Pobrano z https://rf.gov.pl/czesto-zadawane-pytania/ubezpieczenia-komunikacyjne-odpowiedzialnosci-cywilnej-oc-szkody-osobowe/Jak_ustalic_wysokosc_zadoscuczynienia_po_smierci_najblizszego_czlonka_rodziny_jakie_czynniki_powinny_decydowac_o_jego_w_20481

Denimal, M. (2016). *La réparation intégrale du préjudice corporel: réalités et perspectives*. Pobrano z <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01447888>

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/97 z dnia 20 stycznia 2016 r. (Dz. U. UE L 26/19 z późn. zm.). w sprawie dystrybucji ubezpieczeń.

Filipek, R. (2018). *Analiza korelacji i istotności parametrów*. Pobrano z https://home.agh.edu.pl/~romanf/Wprowadzenie_do_MATLAB/_build/html/Analiza_istotnosci.html

Inter Polska. (2022). Ogólne Warunki Dobrowolnego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotu Udzielającego Świadczeń Zdrowotnych. Uchwała Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 1/2022 z dnia 19.01.2022 roku.

Karner, E. (2011). *Quantification of moral damages in personal injury cases. Compensation schemes in selected foreign jurisdictions*. Pobrano z http://www.piu.org.pl/upload/ibrowser/ProfEKarner_3

- Komisja Nadzoru Finansowego. (2014). Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych. Warszawa: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego.
- Komisja Nadzoru Finansowego. (2016). Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Warszawa: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego.
- Okuniewski, M. (2010). Jaką metodę wybierzemy... Metodę zarządzania ryzykiem? Ergo Hestia. Pobrano z <https://www.ergohestia.pl/korporacje/edukacja/zarzadzanie-ryzykiem/jaka-metoda-wyberzemy....html>
- Orlicki, M. (2022). Materiał niepublikowany opracowany na potrzeby zajęć szkoleniowych. *Rola brokera w postępowaniu likwidacyjnym i reklamacyjnym*. zorganizowanych przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych.
- Podlewski, J. (2015). *Zombie atakują! Zarządzanie ryzykiem. Po prostu*. Ryzykonomia.
- Pott, A. (2020). *Schmerzengeldtabelle*. Pobrano z <https://www.schmerzengeldtabelle24.de/schmerzengeldtabellen/index.php>
- PZU. (2021a). Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych prowadzących szpital. ustalone uchwałą nr UZ/236/2021 z dnia 19 sierpnia 2021 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej.
- PZU. (2021b). Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych innych niż prowadzące szpital. ustalone uchwałą nr UZ/236/2021 z dnia 19 sierpnia 2021 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej.
- PZU. (2022). O Grupie - Historia. Pobrano z <https://www.pzu.pl/relacje-inwestorskie/o-grupie/historia>
- Rudnicki, R. (2008a). Proces zarządzania ryzykiem. Pętla zarządzania. RMC Rafał Rudnicki. Pobrano z http://www.rudnicki.com.pl/artykuly_i_publicacje/zarzadzanie_ryzykiem_publicacje_wlasne/RM_02/
- Rudnicki, R. (2008b). *Unikanie, kontrolowanie i transfer ryzyka*. RMC Rafał Rudnicki. Pobrano z http://www.rudnicki.com.pl/artykuly_i_publicacje/zarzadzanie_ryzykiem_publicacje_wlasne/RM_06/
- Rzecznik Prawa Pacjenta. (2018). *Sprawozdania roczne*. Pobrano z <http://www.rpp.gov.pl/sprawozdania-roczne/>
- Sąd Najwyższy. (b/d). *Baza orzeczeń*. Pobrano z http://www.sn.pl/orzecnictwo/SitePages/Baza_orzeczen.aspx
- TUW Cuprum. (2022). *O firmie*. Pobrano z lokalizacji <https://tuw-cuprum.pl/o-firmie>

TUW PZUW. (2022). *O nas - Solidarność i współpraca*. Pobrano z lokalizacji <https://www.tuwpzuw.pl/o-nas.html>

TUW PZUW. (2022). Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotów Leczniczych ustalone uchwałą Zarządu TUW PZUW nr UZ/120/2021 z dnia 31 sierpnia 2021 r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą Zarządu TUW PZUW nr UZ/122/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych.

Urząd Komisji Nadzoru Finansowego. (2017). Informacja dotycząca wyników prac Forum Zadośćuczynień. Warszawa.

Viscusi, W. K. i Aldy, J. E. (2003). *The Value of a Statistical Life: a Critical Review of Market Estimates Throughout the World*. Pobrano z NBER Working Paper, Series No. 9487: <https://www.nber.org/papers/w9487.pdf>

World Health Organization. (2016). *Medication errors. Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva.

Woźniak, K. (2018). *Błąd medyczny*. Pobrano z <https://kms.cm-uj.krakow.pl/cm/uploads/2018/04/Blad.pdf>

Orzecznictwo

Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54)

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2013 r. (sygn. akt III CZP 75/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 505/12)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 grudnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 846/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 23 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 159/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 lipca 2019 r. (sygn. akt I ACa 479/17)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r. (sygn. akt II CR 310/68)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r. (sygn. akt II CR 165/69)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 1974 r. (sygn. akt II CR 396/74)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 1977 r. (sygn. akt II CR 571/76)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2004 r. (sygn. akt I CK 484/03)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2012 r. (sygn. akt. IV CSK 245/11)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. (sygn. akt IV CSK 431/12)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2015 r. (sygn. akt V CSK 738/14)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r. (sygn. akt I CSK 1031/14)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2016 r. (sygn. akt II CSK 654/15)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2016 r. (sygn. akt IV CSK 737/15)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r. (sygn. akt II CSK 69/17)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2018 r. (sygn. akt I CSK 550/17)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2019 r. (sygn. akt II CSK 279/18)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 października 2019 r. (sygn. akt I C 576/17)

Spis rysunków

Rysunek 1.1. Błąd medyczny, błąd lekarski a zdarzenie medyczne	19
Rysunek 1.2. Model Jamesa Reasona przyczynowości błędów (model „szwajcarskiego sera”)	2121
Rysunek 1.3. Koncepcja błędu medycznego na podstawie modelu „szwajcarskiego sera”	25
Rysunek 1.4. Klasyfikacja błędów medycznych	27
Rysunek 1.5. Rodzaje błędów medycznych	32
Rysunek 1.6. System opieki zdrowotnej w Polsce po 2003 roku	39
Rysunek 1.7. Potencjalne skutki błędu medycznego dla podmiotu leczniczego	45
Rysunek 2.1. Rodzaje świadczeń z tytułu szkody na osobie wyrządzonej wskutek błędu medycznego	4747
Rysunek 2.2. Cechy zadośćuczynienia pieniężnego za szkodę na osobie powstałej wskutek błędu medycznego	56
Rysunek 4.1. Zarządzanie ryzykiem jako instrument zapewnienia adekwatności, efektywności i skuteczności kontroli zarządczej	166
Rysunek 4.2. Proces zarządzania ryzykiem	167
Rysunek 4.3. Pięć kroków w zarządzaniu ryzykiem	168
Rysunek 4.4. Pętla – proces zarządzania ryzykiem	169
Rysunek 4.5. Struktura procesu zarządzania ryzykiem	170
Rysunek 4.6. Kontrola narażenia i podatności na ryzyko	173
Rysunek 5.1. Proces dochodzenia zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego	187
Rysunek 5.2. Proces zarządzania ryzykiem błędu medycznego	192
Rysunek 5.3. Metody fizycznej kontroli ryzyka błędu medycznego na podstawie modelu „szwajcarskiego sera”	197197

Spis tabel

Tabela 1.1. Przykładowe definicje błędu medycznego występujące w literaturze międzynarodowej	23
Tabela 2.1. Charakterystyka roszczeń za szkody na osobie w polskim systemie prawa cywilnego	52
Tabela 2.2. Metody ekonomicznej wyceny wartości życia.....	62
Tabela 2.3. Ocena wielkości szkody w skali LPL	64
Tabela 2.4. Przykładowe mnożniki do ustalenia świadczeń za ból i cierpienie (NBAAM).....	64
Tabela 2.5. Kwoty ryczałtowe zadośćuczynienia z tytułu szkód estetycznych według skali wieku i stopnia uszczerbku w Belgii.....	68
Tabela 2.6. Proponowane stawki ryczałtowe zadośćuczynienia z tytułu trwałej szkody osobowej w Belgii	69
Tabela 2.7. Kwoty ryczałtowe zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego w Belgii.....	70
Tabela 2.8. Kwoty zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego w Hiszpanii.....	73
Tabela 2.9. Kwoty odszkodowania za trwały uszczerbek w Hiszpanii.....	74
Tabela 2.10. Propozycja kwot zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w Polsce	76
Tabela 2.11. Wytyczne wyceny zadośćuczynienia za szkody osobowe w Wielkiej Brytanii 8080	
Tabela 2.12. Zryczałtowane kwoty zadośćuczynienia za trwałe inwalidztwo we Włoszech ...	82
Tabela 2.13. Kwoty zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego we Włoszech	83
Tabela 3.1. Statystyka opisowa wysokości roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji	93
Tabela 3.2. Liczba zasądzonych zadośćuczynień w sądach I instancji a region apelacji	96
Tabela 3.3. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji a region apelacji	96
Tabela 3.4. Długość trwania procesu w sądach I instancji	97
Tabela 3.5. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i długości trwania procesu w sądach I instancji.....	97
Tabela 3.6. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji w latach 2013-2019	98
Tabela 3.7. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i roku wydania wyroku sądów I instancji.	98

Tabela 3.8. Wysokość zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji a rodzaj pozwanego podmiotu	100
Tabela 3.9. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a zwolnienie powoda z kosztów procesu.....	102
Tabela 3.10. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a konsekwencje w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego.....	104
Tabela 3.11. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a wiek poszkodowanego	105
Tabela 3.12. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i wieku poszkodowanych w wyrokach sądów I instancji.....	106
Tabela 3.13. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj poszkodowanego	107
Tabela 3.14. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia dla osób bliskich poszkodowanego w sądach I instancji.....	107
Tabela 3.15. Porównanie propozycji Forum Zadośćuczynień kwot zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej w związku z wypadkiem komunikacyjnym oraz zadośćuczynienia dla osób bliskich poszkodowanego z tytułu błędu medycznego	108
Tabela 3.16. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj przyczyny szkody	111
Tabela 3.17 Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj błędu medycznego	114
Tabela 3.18. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj szkody	115
Tabela 3.19. Korelacja wysokości zadośćuczynienia i wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyrokach sądów I instancji.....	116
Tabela 3.20. Miarkowanie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego na podstawie wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyrokach sądów I instancji.....	116
Tabela 3.21. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a specjalizacja poradni lub oddziału odpowiedzialnego za błąd medyczny.....	118

Tabela 3.22. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a rodzaj leczenia jako miejsce przyczyny szkody	118
Tabela 3.23. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a podstawa prawna odpowiedzialności za błąd medyczny.....	120
Tabela 3.24. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a podstawa prawna przyznania świadczenia	122
Tabela 3.25. Korelacja wysokości roszczenia i wysokości wygrania procesu w wyrokach sądów I instancji.....	123
Tabela 3.26. Korelacja wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia i wysokości wygrania procesu w wyrokach sądów I instancji	123
Tabela 3.27. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji uznających roszczenie a wysokość wygrania sprawy	124
Tabela 3.28. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a udział interwenienta ubocznego	124
Tabela 3.29. Międzyokresowy czas inkubacji szkody w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie.....	126
Tabela 3.30. Wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia w sądach I instancji a łączny czas inkubacji szkody	127
Tabela 3.31. Korelacja wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia i łącznego czasu inkubacji szkody w wyrokach sądów I instancji	128
Tabela 3.32. Długość trwania procesu w sądach II instancji	130
Tabela 3.33. Statystyka opisowa wysokości roszczonych i zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji	131
Tabela 3.34. Wysokość roszczonego i zasądzzonego zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji oraz sądów II instancji niezmieniających wysokości zadośćuczynienia	135
Tabela 3.35. Wysokość roszczonego i zasądzzonego zadośćuczynienia w wyrokach sądów I instancji oraz sądów II instancji zwiększających zadośćuczynienie	136
Tabela 3.36. Miarkowanie zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego na podstawie wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyrokach sądów II instancji.....	139

Tabela 3.37. Różnica i iloraz zadośćuczynienia przyznanego w wyrokach sądów II instancji i sądów I instancji zwiększających świadczenie.....	140
Tabela 3.38. Zestawienie determinant wysokości zadośćuczynienia z tytułu błędu medycznego	156
Tabela 4.1. Różnice pomiędzy tradycyjnym, a zintegrowanym podejściem do zarządzania ryzykiem	161
Tabela 4.2. Porównanie standardów zarządzania ryzykiem	163

Spis wykresów

Wykres 2.1. Wyceny statystycznej wartości życia w 2000 roku na podstawie rynku pracy w wybranych krajach na świecie	61
Wykres 3.1. Wynik wyroków sądów I instancji	93
Wykres 3.2. Histogram wysokości roszczonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji	95
Wykres 3.3. Histogram wysokości zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów I instancji	95
Wykres 3.4. Rodzaj pozwanego podmiotu w sądach I instancji.....	99
Wykres 3.5. Konsekwencje w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie	103
Wykres 3.6. Rodzaj przyczyny szkody w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie	110
Wykres 3.7. Rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów I instancji uznających roszczenie	113
Wykres 3.8. Strona wnosząca apelację w wyrokach sądów II instancji	128
Wykres 3.9. Wynik postępowania w wyrokach sądów II instancji.....	129
Wykres 3.10. Histogram wysokości roszczonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji	132
Wykres 3.11. Histogram wysokości zasądzonych zadośćuczynień z tytułu błędu medycznego w badanej próbie wyroków sądów II instancji	133
Wykres 3.12. Zmiana wysokości zadośćuczynienia w wyrokach sądów II instancji.....	134
Wykres 3.13. Rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów II instancji niezmiennających zadośćuczynienia przyznanego w wyrokach sądów I instancji.....	137
Wykres 3.14. Rodzaj błędu medycznego w wyrokach sądów II instancji zmieniających zadośćuczynienie przyznane w wyroku sądu I instancji.....	138

Załącznik - wykaz wyroków stanowiących przedmiot badania empirycznego

Wyroki sądów I instancji

Wyrok Sądu Rejonowego w Lublinie z dnia 9 listopada 2012 r. (sygn. akt I C 67/11)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 21 marca 2013 r. (sygn. akt I C 1464/09)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 25 marca 2013 r. (sygn. akt I C 192/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Słupsku z dnia 11 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I C 88/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Bielsku-Białej z dnia 20 czerwca 2013 r. (sygn. akt I C 460/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Słupsku z dnia 8 października 2013 r. (sygn. akt I C 152/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 6 listopada 2013 r. (sygn. akt II C 36/12)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 13 listopada 2013 r. (sygn. akt I C 129/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 15 listopada 2013 r. (sygn. akt I C 263/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 9 grudnia 2013 r. (sygn. akt I C 877/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 4 lutego 2014 r. (sygn. akt II C 1478/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 20 lutego 2014 r. (sygn. akt I C 1185/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 26 lutego 2014 r. (sygn. akt II C 1383/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 5 marca 2014 r. (sygn. akt II C 417/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 marca 2014 r. (sygn. akt II C 1630/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 26 marca 2014 r. (sygn. akt I C 883/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 31 marca 2014 r. (sygn. akt II C 49/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 4 kwietnia 2014 r. (sygn. akt II C 1726/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 17 kwietnia 2014 r. (sygn. akt II C 960/12)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 24 kwietnia 2014 r. (sygn. akt I C 1228/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 20 maja 2014 r. (sygn. akt II C 777/10)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 23 maja 2014 r. (sygn. akt I C 201/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 2 czerwca 2014 r. (sygn. akt III Ca 1772/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 16 czerwca 2014 r. (sygn. akt II C 480/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 czerwca 2014 r. (sygn. akt I C 1996/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 30 czerwca 2014 r. (sygn. akt I C 262/09)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 sierpnia 2014 r. (sygn. akt I C 2295/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Rzeszowie z dnia 17 września 2014 r. (sygn. akt I C 1689/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 22 września 2014 r. (sygn. akt I C 398/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 10 października 2014 r. (sygn. akt I C 938/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy z dnia 15 października 2014 r. (sygn. akt I C 960/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 29 października 2014 r. (sygn. akt I IC 36/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 13 października 2014 r. (sygn. akt II C 380/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 31 października 2014 r. (sygn. akt II C 167/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 r. (sygn. akt II C 1624/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 22 grudnia 2014 r. (sygn. akt II C 841/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 22 grudnia 2014 r. (sygn. akt III C 1315/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 16 stycznia 2015 r. (sygn. akt II C 80/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Tarnowie z dnia 3 lutego 2015 r. (sygn. akt I C 761/12)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 13 lutego 2015 r. (sygn. akt I C 478/12)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20 lutego 2015 r. (sygn. akt I C 339/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 2 marca 2015 r. (sygn. akt II C 1777/11)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 16 marca 2015 r. (sygn. akt I C 1277/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 23 marca 2015 r. (sygn. akt II C 1772/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 10 kwietnia 2015 r. (sygn. akt II C 622/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 16 kwietnia 2015 r. (sygn. akt I C 365/13)

Wyrok Sądu Rejonowego w Przasnyszu z dnia 16 kwietnia 2015 r. (sygn. akt I C 17/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 17 kwietnia 2015 r. (sygn. akt II C 658/12)

Wyrok Sądu Rejonowego w Środzie Śląskiej z dnia 23 kwietnia 2015 r. (sygn. akt I C 17/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 czerwca 2015 r. (sygn. akt II C 537/14)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 26 czerwca 2015 r. (sygn. akt I C 1241/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Słupsku z dnia 30 czerwca 2015 r. (sygn. akt I C 281/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Bielsku-Białej z dnia 21 sierpnia 2015 r. (sygn. akt I C 46/12)

Wyrok Sądu Rejonowego w Gliwicach z dnia 2 września 2015 r. (sygn. akt I C 941/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 9 października 2015 r. (sygn. akt II C 1655/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 15 października 2015 r. (sygn. akt XII C 941/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 20 października 2015 r. (sygn. akt II C 293/13)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 21 października 2015 r. (sygn. akt I C 26/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 23 października 2015 r. (sygn. akt II C 393/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 19 listopada 2015 r. (sygn. akt II C 1699/10)

Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 30 listopada 2015 r. (sygn. akt I C 778/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 3 grudnia 2015 r. (sygn. akt I C 341/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 3 grudnia 2015 r. (sygn. akt XVIII C 54/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 22 grudnia 2015 r. (sygn. akt XVIII C 6/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 23 grudnia 2015 r. (sygn. akt XII C 109/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 27 stycznia 2016 r. (sygn. akt I C 348/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Kaliszu z dnia 11 lutego 2016 r. (sygn. akt I C 415/11)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 16 lutego 2016 r. (sygn. akt I C 330/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 7 marca 2016 r. (sygn. akt II C 432/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 16 marca 2016 r. (sygn. akt II C 893/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 23 marca 2016 r. (sygn. akt I C 909/14)

Wyrok Sądu Rejonowego w Łławie z dnia 13 kwietnia 2016 r. (sygn. akt I C 755/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 kwietnia 2016 r. (sygn. akt I C 374/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 22 kwietnia 2016 r. (sygn. akt II C 327/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 kwietnia 2016 r. (sygn. akt II C 1795/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 27 kwietnia 2016 r. (sygn. akt III C 1436/11)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 12 maja 2016 r. (sygn. akt II C 1143/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 maja 2016 r. (sygn. akt II C 1795/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 18 maja 2016 r. (sygn. akt I C 2299/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Lublinie z dnia 30 maja 2016 r. (sygn. akt I C 383/06)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 23 czerwca 2016 r. (sygn. akt II C 227/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Częstochowie z dnia 24 czerwca 2016 r. (sygn. akt I C 308/12)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 30 czerwca 2016 r. (sygn. akt I C 1268/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 1 sierpnia 2016 r. (sygn. akt III C 807/09)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 22 września 2016 r. (sygn. akt XVIII C 774/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 20 października 2016 r. (sygn. akt II C 1109/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 2 listopada 2016 r. (sygn. akt II C 1606/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 3 listopada 2016 r. (sygn. akt II C 146/16)

Wyrok Sądu Rejonowego w Gdańsku z dnia 13 grudnia 2016 r. (sygn. akt I C 1703/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 19 grudnia 2016 r. (sygn. akt II C 200/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Bielsku-Białej z dnia 20 grudnia 2016 r. (sygn. akt I C 388/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 12 stycznia 2017 r. (sygn. akt II C 705/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 stycznia 2017 r. (sygn. akt II C 1228/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 15 lutego 2017 r. (sygn. akt I C 853/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 lutego 2017 r. (sygn. akt II C 1582/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 23 marca 2017 r. (sygn. akt XIV C 1292/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 3 kwietnia 2017 r. (sygn. akt II C 403/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 13 kwietnia 2017 r. (sygn. akt I C 1156/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Siedlcach z dnia 10 maja 2017 r. (sygn. akt I C 894/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Siedlcach z dnia 10 maja 2017 r. (sygn. akt I C 1207/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 1 czerwca 2017 r. (sygn. akt XVIII C 79/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 14 czerwca 2017 r. (sygn. akt II C 93/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 21 czerwca 2017 r. (sygn. akt II C 360/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 11 lipca 2017 r. (sygn. akt I C 549/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 28 lipca 2017 r. (sygn. akt II C 1837/12)

Wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 29 sierpnia 2017 r. (sygn. akt I C 11/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 20 września 2017 r. (sygn. akt II C 175/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 4 października 2017 r. (sygn. akt I C 700/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 9 października 2017 r. (sygn. akt II C 140/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 24 października 2017 r. (sygn. akt II C 1741/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 października 2017 r. (sygn. akt II C 539/16)

Wyrok Sądu Rejonowego w Kwidzynie z dnia 8 listopada 2017 r. (sygn. akt I C 1599/16)

Wyrok Sądu Rejonowego w Gdyni z dnia 15 listopada 2017 r. (sygn. akt I C 897/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 16 listopada 2017 r. (sygn. akt II C 539/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 listopada 2017 r. (sygn. akt II C 1657/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 1 grudnia 2017 r. (sygn. akt I C 1831/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 12 grudnia 2017 r. (sygn. akt XVIII C 39/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 9 stycznia 2018 r. (sygn. akt I C 1614/15)

Wyrok Sądu Rejonowego w Łławie z dnia 10 stycznia 2018 r. (sygn. akt I C 1241/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Ostrołęce z dnia 9 lutego 2018 r. (sygn. akt I C 224/12)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 21 lutego 2018 r. (sygn. akt I C 1271/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 28 lutego 2018 r. (sygn. akt II C 1088/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 26 marca 2018 r. (sygn. akt I C 168/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 marca 2018 r. (sygn. akt I C 1642/15)

Wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 27 marca 2018 r. (sygn. akt I C 2512/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 23 kwietnia 2018 r. (sygn. akt II C 1497/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 29 maja 2018 r. (sygn. akt II C 735/17)

Wyrok Sądu Rejonowego w Gdyni z dnia 20 czerwca 2018 r. (sygn. akt I C 1084/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 21 czerwca 2018 r. (sygn. akt II C 588/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 czerwca 2018 r. (sygn. akt II C 481/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 11 lipca 2018 r. (sygn. akt I C 1651/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 17 lipca 2018 r. (sygn. akt II C 400/12)

Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 3 sierpnia 2018 r. (sygn. akt I C 1583/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 6 sierpnia 2018 r. (sygn. akt I C 660/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 14 września 2018 r. (sygn. akt XIV C 133/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 22 października 2018 r. (sygn. akt II C 705/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 14 listopada 2018 r. (sygn. akt I C 577/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 14 listopada 2018 r. (sygn. akt II C 1314/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 6 grudnia 2018 r. (sygn. akt II C 1307/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 31 stycznia 2019 r. (sygn. akt II C 1276/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 14 marca 2019 r. (sygn. akt I C 1112/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 25 marca 2019 r. (sygn. akt I C 1223/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 26 kwietnia 2019 r. (sygn. akt I C 1199/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 26 kwietnia 2019 r. (sygn. akt I C 1836/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 7 maja 2019 r. (sygn. akt II C 1315/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 28 maja 2019 r. (sygn. akt II C 1204/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 29 maja 2019 r. (sygn. akt I C 1317/16)
Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 14 czerwca 2019 r. (sygn. akt I C 815/17)
Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 11 września 2019 r. (sygn. akt II C 51/18)
Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 11 września 2019 r. (sygn. akt II C 1702/15)
Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 18 października 2019 r. (sygn. akt I C 576/17)
Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 4 listopada 2019 r. (sygn. akt I C 1225/15)
Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 listopada 2019 r. (sygn. akt II C 1657/14)

Wyroki sądów II instancji

Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 r. (sygn. akt I ACa 123/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 września 2012 r. (sygn. akt I ACa 338/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 września 2012 r. (sygn. akt I ACa 482/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 14 września 2012 r. (sygn. akt V ACa 540/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 września 2012 r. (sygn. akt I ACa 553/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 października 2012 r. (sygn. akt I ACa 575/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 października 2012 r. (sygn. akt I ACa 302/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 31 października 2012 r. (sygn. akt I ACa 489/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 639/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 505/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 13 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 123/09)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 1090/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 28 listopada 2012 r. (sygn. akt V ACa 826/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 grudnia 2012 r. (sygn. akt V ACa 525/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 29 stycznia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1002/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 31 stycznia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1371/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 7 lutego 2013 r. (sygn. akt I ACa 1105/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 lutego 2013 r. (sygn. akt V ACa 511/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 lutego 2013 r. (sygn. akt V ACa 703/12)
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 lutego 2013 r. (sygn. akt I ACa 1165/12)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 marca 2013 r. (sygn. akt I ACa 26/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 marca 2013 r. (sygn. akt I ACa 525/12)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 525/12)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1392/12)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 721/12)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 9 maja 2013 r. (sygn. akt VI ACa 141/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 21 maja 2013 r. (sygn. akt V ACa 150/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 23 maja 2013 r. (sygn. akt I ACa 134/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 28 maja 2013 r. (sygn. akt I ACa 124/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 czerwca 2013 r. (sygn. akt I ACa 510/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 czerwca 2013 r. (sygn. akt I ACa 134/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 września 2013 r. (sygn. akt I ACa 476/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 września 2013 r. (sygn. akt I ACa 194/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 3 października 2013 r. (sygn. akt V ACa 478/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 października 2013 r. (sygn. akt V ACa 623/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r. (sygn. akt I ACa 634/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 października 2013 r. (sygn. akt I ACa 866/11)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 października 2013 r. (sygn. akt I ACa 839/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 listopada 2013 r. (sygn. akt VI ACa 451/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 3 grudnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1183/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 grudnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 846/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 8 stycznia 2014 r. (sygn. akt I ACa 383/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 stycznia 2014 r. (sygn. akt I ACa 1348/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 14 stycznia 2014 r. (sygn. akt I ACa 873/13)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 8 kwietnia 2014 r. (sygn. akt I Ca 1405/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 10 kwietnia 2014 r. (sygn. akt I ACa 22/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 14 kwietnia 2014 r. (sygn. akt I ACa 1316/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 25 kwietnia 2014 r. (sygn. akt V ACa 916/13)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 28 maja 2014 r. (sygn. akt V ACa 236/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 czerwca 2014 r. (sygn. akt I ACa 132/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 19 sierpnia 2014 r. (sygn. akt III Ca 508/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 września 2014 r. (sygn. akt V ACa 199/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 23 września 2014 r. (sygn. akt VI ACa 1185/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 2 października 2014 r. (sygn. akt I ACa 893/14)

Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 20 października 2014 r. (sygn. akt III Ca 727/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 5 grudnia 2014 r. (sygn. akt I ACa 1090/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 20 stycznia 2015 r. (sygn. akt I ACa 769/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 5 lutego 2015 r. (sygn. akt I ACa 522/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 25 marca 2015 r. (sygn. akt I ACa 61/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 31 marca 2015 r. (sygn. akt V ACa 713/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 maja 2015 r. (sygn. akt I ACa 61/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 3 czerwca 2015 r. (sygn. akt I ACa 33/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2015 r. (sygn. akt I ACa 1791/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 czerwca 2015 r. (sygn. akt I ACa 1838/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 18 czerwca 2015 r. (sygn. akt I ACa 187/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 4 września 2015 r. (sygn. akt I ACa 380/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 9 września 2015 r. (sygn. akt I ACa 321/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Kielcach z dnia 11 września 2015 r. (sygn. akt II Ca 804/15)

Wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dnia 8 października 2015 r. (sygn. akt II Ca 207/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 22 stycznia 2016 r. (sygn. akt I ACa 771/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 26 stycznia 2016 r. (sygn. akt I ACa 1534/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 9 lutego 2016 r. (sygn. akt I ACa 271/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 9 marca 2016 r. (sygn. akt I ACa 1282/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 marca 2016 r. (sygn. akt I ACa 1059/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 31 marca 2016 r. (sygn. akt I ACa 1162/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 27 kwietnia 2016 r. (sygn. akt I ACa 727/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 maja 2016 r. (sygn. akt I ACa 278/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 31 maja 2016 r. (sygn. akt I ACa 1132/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 9 czerwca 2016 r. (sygn. akt I ACa 1752/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r. (sygn. akt I ACa 1767/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 15 czerwca 2016 r. (sygn. akt VI ACa 461/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 czerwca 2016 r. (sygn. akt V ACa 723/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 r. (sygn. akt I ACa 57/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 września 2016 r. (sygn. akt I ACa 1608/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 25 listopada 2016 r. (sygn. akt I ACa 636/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 7 grudnia 2016 r. (sygn. akt I ACa 796/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 29 grudnia 2016 r. (sygn. akt I ACa 1532/14)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 stycznia 2017 r. (sygn. akt I ACa 870/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy z dnia 2 lutego 2017 r. (sygn. akt II Ca 627/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 16 lutego 2017 r. (sygn. akt I ACa 774/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Nowym Sączu z dnia 30 marca 2017 r. (sygn. akt III Ca 24/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r. (sygn. akt I ACa 6/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 20 kwietnia 2017 r. (sygn. akt I ACa 757/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 kwietnia 2017 r. (sygn. akt I ACa 418/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 31 sierpnia 2017 r. (sygn. akt I ACa 279/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 września 2017 r. (sygn. akt I ACa 1073/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 września 2017 r. (sygn. akt I ACa 923/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 5 października 2017 r. (sygn. akt I ACa 382/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 października 2017 r. (sygn. akt I ACa 1143/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 listopada 2017 r. (sygn. akt I ACa 164/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 listopada 2017 r. (sygn. akt V ACa 514/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 listopada 2017 r. (sygn. akt V ACa 153/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 22 listopada 2017 r. (sygn. akt I ACa 1047/15)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2018 r. (sygn. akt I ACa 708/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 lutego 2018 r. (sygn. akt I ACa 1774/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 19 lutego 2018 r. (sygn. akt I ACa 379/16)

Wyrok Sądu Okręgowego w Częstochowie z dnia 21 lutego 2018 r. (sygn. akt VI Ca 1088/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 marca 2018 r. (sygn. akt I ACa 1057/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 6 kwietnia 2018 r. (sygn. akt I ACa 598/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 kwietnia 2018 r. (sygn. akt I ACa 33/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 9 maja 2018 r. (sygn. akt I ACa 978/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 maja 2018 r. (sygn. akt I ACa 92/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 maja 2018 r. (sygn. akt I ACa 483/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 25 maja 2018 r. (sygn. akt I ACa 540/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 6 czerwca 2018 r. (sygn. akt I ACa 904/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 6 czerwca 2018 r. (sygn. akt I ACa 55/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 24 września 2018 r. (sygn. akt I ACa 222/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 października 2018 r. (sygn. akt I ACa 1550/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 października 2018 r. (sygn. akt V ACa 798/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 9 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 689/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 563/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 893/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 1306/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 23 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 159/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 25 lutego 2019 r. (sygn. akt I ACa 176/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 27 lutego 2019 r. (sygn. akt I ACa 304/18)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 12 marca 2019 r. (sygn. akt I ACa 785/16)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 kwietnia 2019 r. (sygn. akt I ACa 88/17)

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 lipca 2019 r. (sygn. akt I ACa 479/17)

Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 11 listopada 2019 r. (sygn. akt IX Ca 1229/18)

Wyroki Sądu Najwyższego

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. (sygn. akt IV CSK 431/12)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2015 r. (sygn. akt V CSK 738/14)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r. (sygn. akt I CSK 1031/14)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2016 r. (sygn. akt II CSK 654/15)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2016 r. (sygn. akt IV CSK 737/15)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2017 r. (sygn. akt II CSK 69/17)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2018 r. (sygn. akt I CSK 550/17)

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2019 r. (sygn. akt II CSK 279/18)