

**Anna Jacek**Uniwersytet Rzeszowski  
ORCID: 0000-0003-2899-2147**EMANACJA ZAŁOŻEŃ *GOOD GOVERNANCE*  
W DZIAŁANIACH WOJEWÓDZKICH KOMISJI  
DS. ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH****Wprowadzenie**

Zanim w dalszej części artykułu dojdzie do analizy emanacji założeń koncepcji *good governance* w działaniach wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, uzasadnione jest na wstępie przedstawienie założeń tej koncepcji.

Koncepcję *good governance* należy zaliczyć do współczesnych koncepcji efektywnego zarządzania organizacjami, którą wypracowały w latach 80. i 90. XX w. organizacje międzynarodowe (Bank Światowy) podczas realizacji programów pomocowych wdrażanych w państwach Trzeciego Świata<sup>1</sup>. Realizacja programów pomocowych przez Bank Światowy nie była jednak efektywna. „Jak stwierdzono, przyczyną występowania problemów był brak odpowiedniego potencjału administracyjnego państw-beneficjentów, który pozwalałby na właściwe wykorzystanie pomocy. Takie zdefiniowanie problemu stało się przyczynkiem do poszukiwania sposobów podwyższenia potencjału administracyjnego i jakości zarządzania administracją państw otrzymujących wsparcie”<sup>2</sup>. W związku z powyższymi wskazanymi problemami doszło do opracowania przez Bank Światowy cech koncepcji *good governance* ze wskazaniem na konieczność otwartej i rozwojowej polityki, profesjonalną administrację, działanie dla dobra publicznego, zasady prawa, transparentność procesów oraz silne społeczeństwo obywatelskie<sup>3</sup>. W odniesieniu do kon-

<sup>1</sup> Encyklopedia Administracji Publicznej, [http://encyklopediaap.uw.edu.pl/index.php/Dobre\\_rz%C4%85dzenie](http://encyklopediaap.uw.edu.pl/index.php/Dobre_rz%C4%85dzenie) (25.06.2019 r.).

<sup>2</sup> W. Szumowski, *Koncepcja good governance w doskonaleniu systemu zarządzania urzędu administracji samorządowej*, „Nauki o Zarządzaniu” 2012, nr 4(13), s. 77.

<sup>3</sup> G. Schöler, C. Walther, *A Practical Guidebook on Strategic Management for Municipal Administration*. The World Bank, Bertelsmann Foundation 2003, s. 13, za: A. Podgórnjak-Krzykacz,

cepcji *good governance* w Unii Europejskiej należy przywołać pogląd A. Makowskiej, która wskazuje, że „kraje Unii Europejskiej starały się przez wiele lat stworzyć model dobrego rządzenia dostosowany do wymagań wspólnego funkcjonowania na jednolitym rynku”<sup>4</sup>. W tym miejscu należy podkreślić, że 26 lipca 2001 r. Komisja Europejska przyjęła Białą Księgę (*European governance*). W dokumencie tym określono pięć zasad koncepcji *good governance*. Są to: otwartość, partycypacja, odpowiedzialność, efektywność oraz spójność.

Przechodząc do zdefiniowania koncepcji *good governance*, należy zauważyć, że w literaturze wskazuje się na problem związany ze znalezieniem odpowiednika *governance* w języku polskim ze względu na zróżnicowania desygnatu oraz bogactwo podejść teoretycznych szeroko przedstawianych w podręcznikach *governance*<sup>5</sup>. Niezależnie jednak od wskazanych przez A. Pawłowską problemów ze znalezieniem odpowiednika *governance* należy zauważyć, że w polskiej literaturze definiuje się koncepcję *good governance* jako „dobre rządzenie lub dobrą administrację podmiotami sektora publicznego, instytucjami samorządowymi i współpracującymi z nimi podmiotami gospodarczymi”<sup>6</sup>. Inną definicję *good governance* proponuje J. Kisielewicz, twierdząc, że „*good governance* jest włączeniem obywateli w administrowanie ich własnych spraw”<sup>7</sup>. W tym miejscu należy podkreślić, że zdrowie jest jedną z podstawowych wartości oraz najważniejszych dóbr odnoszących się do człowieka. W związku z tym należy podzielić pogląd Kisielewicza, że obywatele powinni zostać włączeni w administrowanie spraw dotyczących ochrony zdrowia.

W analizowanej materii dotyczącej koncepcji *good governance* nie można też pominąć elementów, które powinna obejmować ta koncepcja. A. Wiktorska-Świąćka wskazuje, że *good governance* powinno obejmować demokratyczny i efektywny sposób rządzenia, skutecznie działające instytucje publiczne, właściwą jakość usług publicznych oraz umiejętność dostosowywania się do nowych potrzeb społecznych<sup>8</sup>. Natomiast H. Izdebski podkreśla, że najnowszym

---

*Dobre rządzenie w teorii i praktyce strategicznego zarządzania publicznego w regionach*, „Studia Ekonomiczne” 2013, nr 169, s. 2.

<sup>4</sup> A. Makowska, *Idea good governance i jej wpływ na obsługę obywatela w urzędzie*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 56, s. 370.

<sup>5</sup> Takie stanowisko prezentuje: A. Pawłowska, *Governance jako podejście teoretyczne kilka kwestii spornych*, „Polityka i Społeczeństwo” 2016, s. 3–4. Prezentowane przez autorkę stanowisko dotyczy poglądów w literaturze: M. Bevir, *Key Concepts in Governance*, London 2011; D. Levi-Faur, *The Oxford Handbook of Governance*, Oxford 2012.

<sup>6</sup> D. Prokopowicz, A. Kwasek, *Rozwój koncepcji good governance w instytucjach administracji państwowej*, „Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula” 2017, nr 55(4), s. 176.

<sup>7</sup> J. Kisielewicz, *Istota i zasady good governance*, „Administracja. Teoria – Dydaktyka – Praktyka” 2009, nr 2, s. 9.

<sup>8</sup> A. Wiktorska-Świąćka, *Governance jako nowy paradygmat sterowania rozwojem w procesach integracji europejskiej* [w:] *Procesy integracyjne i dezintegracyjne w Europie*, red. A. Paczeński, M. Klimowicz, Wrocław 2014, s. 170.

aspektem *good governance* jest powierzanie, gdy jest to tylko możliwe, wykonywania zadań publicznych podmiotom należącym do sfery społeczeństwa obywatelskiego (tzw. pomocniczość horyzontalna). Oznacza nie tylko konieczność partycypacji w tej dziedzinie, lecz również stanowi szczególną społeczną formułę deregulacji; o należyte wykonywanie wielu zadań publicznych troszczy się społeczeństwo obywatelskie, lecz władza publiczna zachowuje odpowiedzialność za dobre dostarczanie odpowiednich usług<sup>9</sup>. Nie ulega wątpliwości, że poprzez orzekanie w sprawach zdarzeń medycznych wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych wykonują zadania publiczne. Jak bowiem wyjaśnił pojęcie „zadań publicznych” Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 18 sierpnia 2010 r., „cehuje [je] powszechność i użyteczność dla ogółu, a także sprzyjanie osiągnięciu celów określonych w Konstytucji lub ustawie. Wykonywanie zadań publicznych zawsze wiąże się z realizacją podstawowych publicznych praw podmiotowych obywateli”<sup>10</sup>. Naczelny Sąd Administracyjny zauważył również w wyroku z 5 września 2014 r.: „Nie budzi wątpliwości, że możliwość dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych jest interesem powszechnym i pozostaje użyteczne dla ogółu, a przy tym znajduje się w związku z regulacjami konstytucyjnymi dotyczącymi ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) czy prawa do wynagrodzenia szkody (art. 77 ust. 1 Konstytucji RP)”<sup>11</sup>. Konstatując, powierzenie przez ustawodawcę wykonywania zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia wojewódzkim komisjom ds. orzekania o zdarzeniach medycznych należy uznać za jeden z przykładów koncepcji *good governance*. Celem artykułu jest ocena emanacji założeń *good governance* w działaniach wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

## Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego

Postępowanie o ustalenie zdarzenia inicjuje złożenie wniosku przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego w razie wystąpienia zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Natomiast w przypadku śmierci pacjenta będą to jego spadkobiercy. Należy zauważyć, że ustawodawca w przepisach ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> H. Izdebski, *Od administracji publicznej do public governance*, „Zarządzanie Publiczne” 2007, nr 1, s. 17.

<sup>10</sup> Sygn. I OSK 851/10, Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych (30.06.2019).

<sup>11</sup> Sygn. I OSK 3062/13, Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych (30.06.2019).

<sup>12</sup> Dz.U. 2011, nr 113, poz. 660.

(u.p.p.) zawęził katalog uprawionych do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego po śmierci pacjenta. W powyższym kontekście należy odwołać się do art. 446 k.c., który stanowi podstawę kompensacji szkód powstałych wskutek śmierci poszkodowanego (pacjenta) przez „osobę, która poniosła koszty leczenia i pogrzebu (art. 446 § 1 k.c.), „osobę należącą do kręgu podmiotów uprawionych ustawowo do alimentacji ze strony zmarłego lub przez inną osobą bliską, której zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania” (art. 446 § 2 k.c.), oraz „najbliższych członków rodziny” (art. 446 § 3 i 4 k.c.). M. Nesterowicz oraz M. Wałachowska słusznie wskazują, że regulacja w ustawie o prawach pacjenta – w porównaniu z k.c. – zawężyła krąg uprawionych do świadczeń odszkodowawczych w razie śmierci pacjenta. Ustawa nie rozstrzyga też, o których spadkobierców chodzi, a więc czy tylko w pierwszej linii, czy także dalszych<sup>13</sup>.

W przepisach u.p.p. nie sprecyzowano także uprawnień do reprezentacji wnioskodawców i podmiotów leczniczych przez pełnomocników oraz odesłania do przepisów k.p.c. w powyższym zakresie. W praktyce jednak komisje dopuszczają możliwość reprezentowania stron w postępowaniu przez pełnomocników.

Z art. 67c ust. 2 u.p.p. wynikają ograniczenia czasowe co do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Złożenie wniosku nie może nastąpić później niż w terminie 1 roku, który należy liczyć od dnia, w którym powzięto wiedzę o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta. Należy dodać, że termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie. W tym miejscu należy podkreślić, że po upływie 3-letniego terminu nie można skutecznie dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego. Nadmienić należy, że w przypadku spadkobierców powyższy termin nie biegnie od dnia zakończenia postępowania spadkowego. Jak wskazuje M. Serwach, „w odniesieniu do pacjenta termin roczny ma charakter subiektywny i jest liczony od dnia dowiedzenia się o szkodzie, natomiast w przypadku spadkobierców termin ma charakter obiektywny, skoro jest liczony nie tyle od chwili dowiedzenia się o śmierci spadkodawcy, ile od chwili zgonu”<sup>14</sup>.

Złożenie wniosku do wojewódzkiej komisji przerywa bieg przedawnienia roszczenia cywilnoprawnego. Jak słusznie wskazuje Serwach, „ustawodawca wprowadza zatem w innym akcie prawnym niż kodeks cywilny kolejną – poza aktywnością wierzyciela (wystąpienie przed sądem, sądem polubownym lub

---

<sup>13</sup> M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych* [w:] *Kompensacja szkód medycznych wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 28–29. Takie samo stanowisko zajmuje: M. Serwach, *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i w praktyce lekarskiej*, Łódź 2014, s. 153.

<sup>14</sup> M. Serwach, *Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 4, s. 14. Podobne stanowisko wyraża: J. Sadowska, *Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego*, „Kwartalnik Prawo – Społeczeństwo – Ekonomia” 2015, nr 1, s. 125.

innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju bezpośrednio w celu dochodzenia, ustalenia, zabezpieczenia lub zaspokojenia roszczenia) aktywności dłużnika (uznanie właściwe oraz uznanie niewłaściwe) i mediacjami – okoliczności przerywające bieg przedawnienia. Jednocześnie nie dokonuje żadnej zmiany art. 123 k.c., nie przewiduje też, jaki jest termin przedawnienia dla roszczeń stwierdzonych orzeczeniem wojewódzkich komisji<sup>15</sup>. W związku z powyższym uzasadnione jest *de lege ferenda* doprecyzowanie przez ustawodawcę przepisów u.p.p. określających katalog uprawionych do złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego po śmierci pacjenta oraz terminów przedawnienia roszczeń w odniesieniu do przepisów k.c.

Dokonując analizy i oceny wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, należy także zwrócić uwagę na art. 67d u.p.p., w którym legislator enumeratywnie wymienił, jakie elementy powinien zawierać wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego<sup>16</sup>. Do wniosku należy dołączyć również dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku, np. dokumentację medyczną, oraz potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł. W kontekście wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego należy zwrócić też uwagę na formalizm początkowego etapu postępowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W tym przypadku należy zauważyć, że przepisy u.p.p. nie określają możliwości wezwania wnioskodawcy do uzupełnienia wniosku w przypadku, gdy złożony wniosek jest niekompletny, oraz zwolnienia wnioskodawcy z wniesienia opłaty<sup>17</sup>. Co więcej, przepisy u.p.p. nie precyzują także poinformowania

---

<sup>15</sup> M. Serwach, *Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 4, s. 32. Podobne stanowisko prezentuje: M. Biąkowski, *Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza” 2012, nr 1, s. 143.

<sup>16</sup> Zgodnie z art. 67d ust. 1 u.p.p. wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego zawiera: 1) dane pacjenta obejmujące imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli posiada; 2) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy; 3) imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli dotyczy; 4) wskazanie, który ze spadkobierców reprezentuje pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, jeżeli dotyczy; 5) adres do doręczeń; 6) dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital uwzględniające firmę oraz adres siedziby szpitala, jeżeli dotyczy; 7) uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej; 8) wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1 u.p.p.; 9) propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż określona w art. 67k ust. 7 u.p.p.

<sup>17</sup> Por. A. Jacek, *Extrajudicial Ways of Compensating for Medical Damage in Poland*, „Progress Health Sciences” 2014, no. 1, s. 205.

przez komisję o podstawie zwrotu wniosku. Dodać należy, że w przepisach u.p.p. nie uregulowano również kwestii rozpatrywania wniosku pod względem formalnym, tj. pod względem jego kompletności oraz opłacenia. W związku z powyższym należy podzielić pogląd A. Przybycienia oraz P. Szewczyka, którzy wskazują, że „korzystniejsza od omawianej regulacji może wówczas okazać się droga sądowa, w której najubożsi mogą liczyć na zwolnienie z kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata z urzędu”<sup>18</sup>.

## Wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

Na wstępie tej części artykułu należy przypomnieć, że wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych zostały powołane 1 stycznia 2012 r. na podstawie u.p.p. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że celem zmiany przepisów u.p.p. było w szczególności umożliwienie pacjentom dochodzenia odszkodowania z tytułu błędów medycznych bez korzystania z drogi sądowej. Należy podkreślić, że w uzasadnieniu projektu zmiany u.p.p. wskazano również na fakt, iż celem zmiany przepisów jest skrócenie czasu rozpatrywania spraw pacjentów z tytułu błędów medycznych. Podkreślono, że rozpatrzenie sprawy o odszkodowanie z tytułu błędu medycznego na drodze sądowej trwa średnio 4 lata, natomiast projektowana ustawa wprowadza rozwiązanie, które pozwoli uzyskać odszkodowanie albo zadośćuczynienie pacjentowi w 3 miesiące<sup>19</sup>.

Powracając do analizowanej materii dotyczącej wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, należy przywołać art. 67e ust. 1 u.p.p., w którym ustawodawca określił, że w skład wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych wchodzi 16 osób posiadających wiedzę z zakresu praw pacjenta i korzystających z pełni praw publicznych, spośród których: 8 posiada co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych oraz wykonuje zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiada stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych. Pozostałych 8 członków komisji posiada co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych oraz przez okres co najmniej 5 lat było zatrudnionych na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiada stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych. Należy podkreślić, że przepisy u.p.p. nie precyzują, w jaki sposób wojewoda, Rzecznik Praw Pacjenta lub Minister Zdrowia weryfikuje wiedzę kandydatów na członków wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Tożsame zastrzeżenia co do braku kontroli przez powyższe organy wymaganej przesłanki

---

<sup>18</sup> A. Przybycień, P. Szewczyk, *Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych*, „Edukacja Prawnicza” 2012, nr 1, s. XI.

<sup>19</sup> Uzasadnienie do druku nr 3488 Sejmu VI kadencji.

„znajomości praw pacjenta” zostały też poddane negatywnej ocenie w literaturze<sup>20</sup>. Członkowie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych są powoływani w zdecydowanej większości przez wojewodę (14). Natomiast po jednym członku komisji powołuje Minister Zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta. Kadencja komisji wynosi 6 lat.

W kontekście powołania należy podkreślić, że wojewoda nie ma możliwości wyboru swoich członków, ponieważ przepisy u.p.p. precyzują, że 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych mających siedzibę na terenie województwa, kolejnych 4 członków to osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych mających siedzibę na terenie danego województwa. Natomiast 6 członków komisji to przedstawiciele organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjenta. W przypadku zgłaszania kandydatów na członków wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych przez organizacje społeczne działające na rzecz praw pacjenta należy zwrócić uwagę, że przepisy u.p.p. nie precyzują kryteriów, które powinny spełniać organizacje zgłaszające kandydatów do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

W literaturze wyrażany jest pogląd, że sposób powoływania członków wojewódzkiej komisji powoduje jej polityczność<sup>21</sup>. Należy jednak zauważyć, że przepisy u.p.p. określają istotne ograniczenia dotyczące nie tylko członków wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, ale też ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii polegające na tym, że nie mogą być właścicielami, osobami zatrudnionymi lub współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital lub z ubezpieczycielem ani członkami organów tego podmiotu lub ubezpieczyciela, członkami organów oraz osobami zatrudnionymi w podmiocie tworzącym, jeżeli podmiot ten utworzył podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który prowadzi szpital, oraz posiadaczami akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego w spółkach handlowych będących podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital oraz ubezpieczyciela (art. 67g ust. 1 u.p.p.).

---

<sup>20</sup> E. Sarnacka, A. Jacek, S. Porada, *Odpowiedzialność szpitala z tytułu zdarzeń medycznych* [w:] *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa 2013, s. 172; S. Porada, P. Hejda, A. Hubert-Lutecka, M. Binkowska-Bury, *Provincial Commission for Adjudication of Medical Events as an Alternative Choice of Indemnization of Medical Damage – Functional and System Analysis*, „European Journal of Clinical and Experimental Medicine” 2018, no. 4, vol. 16, s. 32.

<sup>21</sup> A. Jarocho, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Studia Prawa Publicznego” 2013, nr 1, s. 33. Podobny pogląd wyraża: J. Sadowska, *Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 2014, nr 2, s. 88.

Podkreślenia wymaga również, że członkostwo w komisji jest wyłączone w stosunku do osób prawomocnie skazanych za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, prawomocnie ukaranych karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej oraz wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub w przypadku zakazu prowadzenia działalności związanej z wychowywaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi<sup>22</sup>. Należy także dodać, że w celu obiektywnego i bezstronnego prowadzenia postępowania przez komisję przepisy u.p.p. określają wyłączenie członka składu orzekającego w przypadku, gdy m.in. pozostaje on z podmiotem składającym wniosek w takim stosunku osobistym, że wywołuje to wątpliwości co do jego bezstronności, podmiot składający wniosek jest związany z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli lub członek składu orzekającego był lub jest pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym podmiotu składającego wniosek (art. 67g ust. 2 u.p.p.).

Pracami wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych kieruje jej przewodniczący, który jest wybierany na pierwszym posiedzeniu komisji w głosowaniu tajnym. Z przepisów u.p.p. wynika, że zakres kompetencji przewodniczącego komisji dotyczy jedynie oceny formalnej wniosku oraz wyznaczania 4-osobowego składu orzekającego dla każdej rozpatrywanej sprawy. D. Karkowska słusznie wskazuje, że „w obecnym stanie prawnym ustawa o prawach pacjenta dość ogólnie określa zakres wewnętrznego nadzoru nad działalnością komisji sprawowanego przez przewodniczących wojewódzkich komisji osobiście lub przez wyznaczone do tego osoby (art. 67e ust. 11). Przewodniczący Komisji nie ma prawa uchylić czynności niezgodnych z prawem, naruszających rzetelność postępowania lub z innych przyczyn niecelowych”<sup>23</sup>.

Wojewódzka komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych działa przy wojewodzie, który również prowadzi obsługę administracyjną komisji. Jest z nim zespolona organizacyjnie, a jej funkcjonowanie jest finansowane z budżetu państwa.

Postępowanie prowadzone przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych jest postępowaniem cywilnym. W powyższym kontekście należy zauważyć, że art. 67o u.p.p. zawiera odesłanie do stosowania wybranych przepisów k.p.c. dotyczących postępowania przed komisją w zakresie nieuregulowanym w art. 67a–67m u.p.p. Trzeba podkreślić, że w praktyce brak możliwości stosowania w pełnym zakresie przepisów k.p.c. stanowi problem dla wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Należy podzielić

---

<sup>22</sup> Środki karne z art. 39 pkt 2 oraz 2a k.k. (Dz.U. 2018, poz. 1600 ze zm.).

<sup>23</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Komentarz*, Warszawa 2016, s. 712–713.



stanowisko M.P. Ziemiaka, że w sytuacjach, kiedy będziemy mieli do czynienia z tzw. lukami konstrukcyjnymi w postępowaniu przed komisjami wojewódzkimi, będzie można w drodze analogii stosować przepisy k.p.c.<sup>24</sup>

Analiza przepisów u.p.p. pozwala także na stwierdzenie, że komisja jest organem quasi-sądowym ze względu na możliwość wydawania przez wojewódzką komisję ds. orzekania o zdarzeniach medycznych zaświadczeń stanowiących tytuły wykonawcze (art. 67k ust. 4 u.p.p.) czy też określone przez ustawodawcę w art. 67 i ust. 2 i 4 u.p.p. kompetencje wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych dotyczące prowadzonego postępowania<sup>25</sup>.

### **Kompetencje wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych**

Postępowanie przed komisją ma na celu ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowi zdarzenie medyczne w rozumieniu art. 67a u.p.p. W literaturze wskazuje się, że „komisja przeprowadza postępowanie dowodowe, w którym rozpatruje dowody przedstawione przez podmiot składający wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela”<sup>26</sup>.

Postępowanie przed komisją rozpoczyna się od ustalenia stanowiska wszystkich zainteresowanych. Przepisy u.p.p. obligują komisję do przesłania kompletnego i opłaconego wniosku do kierownika podmiotu leczniczego lub ubezpieczyciela w celu zajęcia stanowiska w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska w powyższym terminie jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia (art. 67d ust. 6 u.p.p.). Kolejnym etapem jest zawiadomienie przez komisję wnioskodawcy, kierownika podmiotu leczniczego oraz jego ubezpieczyciela o terminie posiedzenia na co najmniej 7 dni przed posiedzeniem.

Analizując kompetencje wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych co do prowadzonego postępowania, należy zwrócić uwagę na art. 67i ust. 2 u.p.p. upoważniający komisję do wzywania w toku postępowania do złożenia wyjaśnień podmiot składający wniosek, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz osób,

---

<sup>24</sup> M.P. Ziemiak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty* [w:] *Kompensacja szkód medycznych wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 205.

<sup>25</sup> Zob. J. Sadowska, *Status prawny...*, s. 84–93.

<sup>26</sup> A. Jacek, K. Ożóg, *Ochrona administracyjna praw pacjenta*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2015, z. 3, t. XIII, s. 313–314.

które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, oraz innych osób, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne, albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed komisją postępowania. Należy zauważyć, że przepisy u.p.p. nie określają możliwości stosowania sankcji przez komisję w przypadku nieusprawiedliwionego niestawienia się świadków w trakcie prowadzonego przez komisję postępowania<sup>27</sup>. W tej sytuacji art. 67i ust. 6a u.p.p. określa możliwość pominięcia przez komisję dowodu z tych wyjaśnień lub zeznań, jeżeli miałyby dotyczyć okoliczności już ustalonych w sposób niebudzący wątpliwości na podstawie innych dowodów.

Kompetencje komisji dotyczące prowadzonego postępowania wynikają także z art. 67i ust. 5 u.p.p., który uprawnia wojewódzką komisję do żądania w zakresie prowadzonego postępowania dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, w tym dokumentacji medycznej, przeprowadzania postępowania wyjaśniającego w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz dokonywania wizytacji pomieszczeń i urządzeń szpitala.

Szczególnie ważną kompetencją w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych jest możliwość zasięgnięcia opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia w przypadku, gdy stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych. Należy też podkreślić, że podobnie jak w przypadku nieusprawiedliwionego niestawienia się świadków, brak jest podstaw prawnych dotyczących nałożenia na biegłego grzywny przez wojewódzką komisję ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W związku z tym trzeba przywołać art. 67j ust. 2 u.p.p. określający, że wojewódzka komisja wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Brak podstaw prawnych dotyczących nałożenia na biegłego grzywny przez wojewódzką komisję ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewnia wnioskodawcom szybkiej i skutecznej możliwości korzystania z pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów, co potwierdza raport Najwyższej Izby Kontroli z 29 listopada 2018 r.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Por. E. Sarnacka, A. Jacek, S. Porada, *Odpowiedzialność szpitala...*, s. 178.

<sup>28</sup> Zob. raport NIK z 29 listopada 2018 r. Komisje nie pomagają w dochodzeniu odszkodowań, gdzie stwierdzono, że jednym z powodów przedłużającej się pracy komisji był długi czas oczekiwania na opinie biegłych. Nie sprawdzilo się założenie ustawodawcy, że wiedza członków komisji, którzy posiadają wykształcenie i doświadczenie medyczne, pozwoli w dużej mierze na samodzielne rozwiązywanie przez nich zagadnień natury medycznej, a w szczególności istotnie ograniczy konieczność zasięgania w trakcie prowadzonych postępowań opinii biegłych. Z przepisów wynika, że komisje powinny korzystać z biegłych tylko w wyjątkowych okolicznościach. Tymczasem robiły to nawet w przypadku 85 proc. wydanych orzeczeń. Czas oczekiwania na opi-

## **Wydawanie orzeczeń przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych**

Postępowanie przed komisją kończy wydanie przez wojewódzką komisję po naradzie orzeczenia o zdarzeniu medycznym lub jego braku. Należy zauważyć, że przepisy u.p.p. nie precyzują tego, jakie elementy powinno zawierać orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku. Podkreślić także należy, że komisja po wydaniu orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego nie uczestniczy w negocjacjach pomiędzy podmiotem leczniczym a wnioskodawcą co do wysokości zadośćuczynienia. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego<sup>29</sup>, które nie określa w sposób jasny stawek przysługujących za dane zdarzenie medyczne.

Przepisy u.p.p. określają dwa środki odwoławcze od orzeczeń wydanych przez wojewódzką komisję ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Pierwszym jest wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy (art. 67j ust. 7–8 u.p.p.). Składa się go w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia komisji wraz z uzasadnieniem. Uprawniony do złożenia wniosku jest wnioskodawca (pacjent) lub spadkobiercy, podmiot leczniczy prowadzący szpital lub ubezpieczyciel. W rozpatrywaniu wniosku nie może brać udziału członek składu orzekającego, który uczestniczył w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Drugim środkiem odwoławczym jest skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji wojewódzkiej (art. 67m). Uprawnionymi podmiotami do złożenia skargi są te same podmioty co w przypadku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę można wnieść do komisji w terminie 30 dni od daty bezskutecznego upływu terminu na złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub od dnia otrzymania orzeczenia wydanego na skutek wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Podstawą wniesienia skargi jest wyłącznie naruszenie przez komisję przepisów dotyczących postępowania. Skarga jest rozpatrywana w powiększonym 6-osobowym składzie na posiedzeniu niejawnym komisji. Wydaje się, że rozpatrywanie przez komisję skargi w powiększonym składzie nie ma racjonalnego uzasadnienia z uwagi na to, że w posiedzeniu składu będą brali udział członkowie posiadający nie tylko wykształcenie prawnicze, ale też medyczne. Należy także podkreślić, że ustawodawca w przepisach u.p.p. nie sprecyzował skutków uwzględnienia przez komisję skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem oraz dalszego spo-

---

nię wynosił średnio 59 dni, a maksymalny nawet 639 dni. Ponadto NIK zauważa, że zdarzały się przypadki, iż biegli informowali komisje o rezygnacji ze sporządzenia opinii dopiero po pewnym czasie – od 13 do nawet 588 dni. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/dochodzenie-roszczen-pacjentow.html> (2.07.2019).

<sup>29</sup> Dz.U. 2013, poz.750.

sobu postępowania w przypadku uwzględnienia skargi przez komisję. W tym kontekście komentatorzy wskazują, że „w następstwie stwierdzenia przez wojewódzką komisję niezgodności z prawem orzeczenia w przedmiocie zdarzenia medycznego powstaje możliwość dochodzenia w odrębnym procesie odszkodowania za szkodę wyrządzoną wydaniem orzeczenia niezgodnego z prawem (por. art. 417<sup>1</sup> § 2 k.c.). Postępowanie z analizowanej tu skargi służy zatem uzyskaniu orzeczenia prejudycjalnego, które będzie podstawą dochodzenia roszczeń odszkodowawczych”<sup>30</sup>.

## Podsumowanie

Jak stwierdzono na wstępie niniejszego artykułu, jego celem głównym była ocena emanacji założeń *good governance* w działaniach wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Po przeprowadzonej analizie przepisów u.p.p. oraz literatury należy wskazać, że wojewódzka komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w części stanowi przykład emanacji założeń *good governance*, na co wskazuje m.in. jej struktura, tryb powoływania członków wojewódzkiej komisji, zakres kompetencji co do prowadzonego postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego. W tym kontekście należy również zauważyć, że przepisy u.p.p. nie określają środka zaskarżenia w przypadku oddalenia skargi przez wojewódzką komisję ds. orzekania o zdarzeniach medycznych oraz dalszego sposobu postępowania w przypadku uwzględnienia skargi przez komisję. Konieczne jest *de lege ferenda* doprecyzowanie przepisów u.p.p. przez ustawodawcę w celu zapewnienia rzeczywistej, szybkiej i skutecznej możliwości korzystania z pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.

## Bibliografia

- Białkowski M., *Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza” 2012, nr 1.
- Izdebski H., *Od administracji publicznej do public governance*, „Zarządzanie Publiczne” 2007, nr 1.
- Jacek A., *Extrajudicial Ways of Compensating for Medical Damage in Poland*, „Progress Health Sciences” 2014, no. 1.

---

<sup>30</sup> I. Kunicki, J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a–67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2016, s. 138.

- Jacek A., Ożóg K., *Ochrona administracyjna praw pacjenta*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2015, z. 3, t. XIII.
- Jarocho A., *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Studia Prawa Publicznego” 2013, nr 1.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Komentarz*, Warszawa 2016.
- Kisielewicz J., *Istota i zasady good governance*, „Administracja. Teoria – Dydaktyka – Praktyka” 2009, nr 2.
- Kunicki I., Sadowska J., *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a–67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2016.
- Makowska A., *Idea good governance i jej wpływ na obsługę obywatela w urzędzie*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 56.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych [w:] Kompensacja szkód medycznych wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Pawłowska A., *Governance jako podejście teoretyczne kilka kwestii spornych*, „Polityka i Społeczeństwo” 2016, nr 3.
- Podgórnjak-Krzykacz A., *Dobre rządzenie w teorii i praktyce strategicznego zarządzania publicznego w regionach*, „Studia Ekonomiczne” 2013, nr 169.
- Porada S., Hejda P., Hubert-Lutecka A., Binkowska-Bury M., *Provincial Commission for Adjudication of Medical Events as an Alternative Choice of Indemnization of Medical Damage – Functional and System Analysis*, „European Journal of Clinical and Experimental Medicine” 2018, no. 4, vol. 16.
- Prokopowicz D., Kwasek A., *Rozwój koncepcji good governance w instytucjach administracji państwowej*, „Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula” 2017, nr 55(4).
- Przybycień A., Szewczyk P., *Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych*, „Edukacja Prawnicza” 2012, nr 1.
- Sadowska J., *Status prawny wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 2014, nr 2.
- Sadowska J., *Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego*, „Kwartalnik Prawo – Społeczeństwo – Ekonomia” 2015, nr 1.
- Sarnacka E., Jacek A., Porada S., *Odpowiedzialność szpitala z tytułu zdarzeń medycznych [w:] Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa 2013.
- Schöler G., Walther C., *A Practical Guidebook on Strategic Management for Municipal Administration. The World Bank, Bertelsmann Foundation* 2003.
- Serwach M., *Prawo medyczne w działalności podmiotów leczniczych i w praktyce lekarskiej*, Łódź 2014.
- Serwach M., *Problematyka zdarzeń medycznych w praktyce komisji orzekających, podmiotów leczniczych oraz ich ubezpieczycieli*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2012, nr 4.
- Serwach M., *Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 4.
- Szumowski W., *Koncepcja good governance w doskonaleniu systemu zarządzania urzędu administracji samorządowej*, „Nauki o Zarządzaniu” 2012, nr 4(13).
- Wiktorska-Święcka A., *Governance jako nowy paradygmat sterowania rozwojem w procesach integracji europejskiej [w:] Procesy integracyjne i dezintegracyjne w Europie*, red. A. Paczeński, M. Klimowicz, Wrocław 2014.
- Ziemiak M.P., *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty [w:] Kompensacja szkód medycznych wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.

## Streszczenie

W niniejszym artykule dokonano oceny emanacji założeń *good governance* w działaniach wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Przedstawiono i poddano ocenie w kontekście tej koncepcji aspekty związane m.in. ze złożeniem wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, powołaniem członków wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych oraz kompetencjami komisji. Artykuł zawiera także analizę i ocenę przepisów u.p.p. dotyczących wydawania orzeczeń przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W podsumowaniu podkreślono, że wojewódzka komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w części stanowi przykład emanacji założeń koncepcji *good governance* oraz zwrócono uwagę na konieczność doprecyzowania przepisów u.p.p. przez ustawodawcę w celu zapewnienia rzeczywistej, szybkiej i skutecznej możliwości korzystania z pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.

*Słowa kluczowe:* *good governance*, prawo, komisja

## **EMANATION OF GOOD GOVERNANCE ASSUMPTIONS IN THE ACTIVITIES OF PROVINCIAL COMMISSIONS FOR ADJUDICATION ABOUT MEDICAL EVENTS**

### Summary

This paper evaluates the emanation of good governance assumptions in the activities of provincial committees for the adjudication of medical events. The aspects related to submission of an application for establishing a medical incident, appointment of members of provincial committees for adjudicating on medical events and competences of the commission were presented and assessed in the paper in the context of the above concept. The paper also contains the analysis and evaluation of the official acknowledgement of submission provisions concerning judgments by provincial committees for the adjudication of medical events. In the conclusion, it was emphasized that the provincial commission for adjudication about medical incidents is in part an example of emanation of the assumptions of the concept of good governance and attention was drawn to the necessity to clarify the provisions of the official acknowledgement of submission by the legislator to ensure the real, quick and effective possibility of using out-of-court redress by patients.

*Keywords:* good governance, law, commission