

Rozdział I. Przyczyny wyodrębnienia, źródła i istota dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za zdarzenia medyczne

§ 1. Geneza i cel utworzenia wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Medycyna jako nauka obejmująca całość wiedzy o zdrowiu, chorobach oraz sposobach ich leczenia, jak i zapobiegania im¹ z założenia ma służyć człowiekowi. Działalności medycznej nie da się jednak prowadzić bez ryzyka popełnienia błędu czy też wystąpienia zdarzeń niepożądanych, będących wynikiem stosowanych procedur lub ubocznym działaniem leków².

Lekarz od wieków był centralną postacią wśród osób wykonujących różne zawody. W starożytnym Rzymie uważano nawet, że lekarz nie wykonuje zawodu, lecz spełnia posłannictwo (misję), *operae liberales* (wyższe posługi). Pacjent pokładał wielkie zaufanie do wiedzy i zdolności lekarza; za leczenie nie przysługiwała mu zapłata, lecz honorarium, zwyczajowo przyjęte i uważane za wyraz wdzięczności³.

Wiele od lekarzy oczekiwano, a z każdym dziesięcioleciem oczekiwania pacjentów wzrastały. W dawnych czasach lekarz pomimo, że szanowany, za niepowodzenie w leczeniu odpowiadał surowo, zarówno karnie, jak i cywilnie; nieobce były również kary cielesne, a nawet pozbawienie życia za nieudane

¹ K. Zieliński, H. Zalewska-Jura, Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytnie dzieje chorób w ich nazwach ukryte, Bielsko-Biała 2004, s. 353.

² K. Radziwiłł, Roszczenia pacjentów nie tylko przed sądem, Gazeta Lekarska 2008, Nr 11, dostęp on-line z: 2.4.2014 r., <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2008/n200811/n20081113>.

³ M. Nesterowicz, Prawo wobec lekarza (od starożytności do czasów współczesnych), PiM 2010, Nr 3, s. 36.

praktyki lekarskie. W Mezopotamii (za Hammurabiego) i w Egipcie lekarze odpowiadali bowiem za skutek, niepowodzenie w leczeniu⁴. Dopiero w starożytnym Rzymie, przy nadzwyczajnym rozwoju prawa, lekarz odpowiadał tylko wtedy, gdy można mu było zarzucić błędy w leczeniu (*imperitia*) i winę (*culpa*)⁵. Ponoślił odpowiedzialność za swoje zawinione postępowanie, które spowodowało szkodę. Ta zasada przetrwała do dzisiejszych czasów⁶. Lekarz nie ponosi odpowiedzialności za sam skutek leczenia, albowiem jego obowiązkiem jest staranne działanie, lecz tylko za swoje zawinione postępowanie pozostające w związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez pacjenta⁷.

Na przełomie XIX i XX wieku, kiedy nastąpił dynamiczny rozwój nowoczesnej koncepcji odpowiedzialności cywilnej za szkody doznane w związku z leczeniem, dogmat o nieomylności i uprzywilejowaniu lekarza, który objawiał się szczególnie w XIX-wiecznej doktrynie francuskiej⁸, stracił na znaczeniu, sam zawód przestał być posłannictwem, szkody zaś nie postrzegano już jako złego losu, fatum czy nieszczęśliwego trafu⁹.

Olbrzymi postęp wiedzy i technologii medycznej, rozwój nowych metod leczenia i środków leczniczych, aparatury, urządzeń i metod diagnostycznych oraz upowszechnienie usług lekarskich i tworzenie coraz większych i nowocześniejszych szpitali¹⁰ sprawiły, że z jednej strony nastąpiła depersonalizacja leczenia; pacjent jest leczony przez całe zespoły lekarskie, wśród których trudno znaleźć osobę odpowiedzialną za szkodę. Z drugiej strony – rozwój technicznych środków leczenia dający lekarzowi olbrzymie możliwości dokonywania nieznanych niegdyś zabiegów spowodował, że lekarz nie zawsze wie, jakie są podstawy i granice jego działania. Nowoczesna medycyna, mimo wielkiego postępu korzystnego dla ludzi, niesie ze sobą niemałe zagrożenia, przed któ-

⁴ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasadowym systemem kompensacji szkód medycznych, w: E. Kowalewski (red.), Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, Toruń 2011, s. 11.

⁵ M. Sośniak, Prawnicy i lekarze, PiZ 1974, Nr 2/483, s. 25–37. Zob. również M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1989, s. 7–8.

⁶ J. Stawski, Zagadnienie odpowiedzialności cywilnej lekarza wobec pacjenta w zarysie historycznym, Głos Prawa 1939, Nr 1–2.

⁷ M. Nesterowicz, Prawo wobec lekarza, s. 37.

⁸ Zob. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, Odpowiedzialność za szkody, s. 12.

⁹ K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu, Toruń 2013, s. 15.

¹⁰ Por. M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna lekarza i szpitala za *wrongful conception*, *wrongful birth*, *wrongful life* w orzecznictwie europejskim (2000–2005), PiM 2007, Nr 3, s. 19.

rymi należy pacjenta chronić¹¹. Wraz z postępem nauki, w tym zwłaszcza medycyny, rozszerzyła się bowiem możliwość medycznej ingerencji w zdrowie i życie człowieka, a w związku z tym także i możliwość powstania negatywnych skutków tej działalności¹².

W XX i XXI wieku coraz liczniejsze i powszechniejsze stają się „procesy lekarskie”, w których jako powód staje przed sądem pacjent przedstawiający swoje roszczenia, w sprawie przeciwko pozwanemu lekarzowi i często także podmiotowi leczniczemu. Niegdyś odpowiedzialność lekarza była przeważnie karna, obecnie jest częściej cywilna. Pacjent żąda odszkodowania za wyrządzone mu szkody na skutek niewłaściwego leczenia, a sąd coraz częściej opowiada się po jego stronie dopatrując się winy w postępowaniu lekarza¹³. Jednakże procesy lekarskie są z natury rzeczy bardzo trudne. Wymagają zbadania szeregu okoliczności, takich jak wina personelu medycznego oraz adekwatny związek przyczynowy, który jest bardzo skomplikowany z uwagi na mnogość potencjalnych czynników wpływających na aktualny stan zdrowia pacjenta – powoda¹⁴. Te uwarunkowania doprowadziły m.in. do akceptacji w orzecznictwie i literaturze dowodu z pewnego prawdopodobieństwa (*prima facie*¹⁵), stanowiącego wyjątek od pewności dowodowej wynikającej z art. 233 KPC. Nie można również zapomnieć, iż w grę może wchodzić także ewentualne przyczynienie się poszkodowanego do powstania bądź zwiększenia rozmiarów szkody. Każda z powyższych okoliczności stanowi trudność samą w sobie i wpływa

¹¹ M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013, s. 14.

¹² J. Brykczyński, Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkodę medyczną, Poznań 2013, s. 5.

¹³ M. Nesterowicz, Prawo, s. 13.

¹⁴ Na temat problemów z dochodzeniem roszczeń z tytułu szkód medycznych w polskim systemie prawnym zob. m.in. K. Bączyk-Rozwadowska, Medical Malpractice and Compensation in Poland, Symposium on Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective: Part I, Chicago–Kent Law Review 2011, Volume 86, Issue 3, Article 9, s. 1217–1261.

¹⁵ Zob. L. Morawski, Domniemania faktyczne i reguły dowodu *prima facie*, Studia prawnicze 1980, Nr 1–2, s. 239–240, który stwierdza, iż dowodu *prima facie* nie stosuje się w zasadzie przeciwko pacjentom, bowiem dowód ten powinien wyrównywać, a nie obniżać ich szanse w sporze z podmiotem leczniczym; E. Jaworska-Góral, Dowód *prima facie*, PS 2010, Nr 11–12, s. 162–163; R. Tarnacki, Przeprowadzanie dowodu w cywilnym „procesie lekarskim”, PiM 2009, Nr 2, s. 78–83; B. Janiszewska, Dowodzenie w procesach lekarskich (domniemania faktyczne i reguły wnioskowania *prima facie*), PiM 2004, Nr 2, s. 112–116.

na długotrwałość procesów w sprawie odszkodowań z tytułu szkód medycznych¹⁶.

Od wielu lat już postuluje się w różnych krajach konieczność zmiany systemu odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu. Tradycyjna odpowiedzialność lekarzy i podmiotów leczniczych oparta na zasadzie winy przeżywa wszędzie na świecie kryzys, gdyż dowód winy, spoczywający na poszkodowanym, jest z reguły bardzo trudny do przeprowadzenia i nie obejmuje wszystkich szkód, nieprzewidywalnych i mających charakter anormalny (tzw. wypadków medycznych). Ofiary wypadków medycznych nie powinny być jednak w gorszej sytuacji niż poszkodowani w wypadkach samochodowych czy konsumenci wadliwych produktów, wobec których odpowiedzialność opiera się na zasadzie ryzyka¹⁷.

Koncepcja wynagrodzenia szkód medycznych bez względu na winę, określana w piśmiennictwie prawa medycznego jako *no fault compensation*, staje się coraz bardziej powszechna. W wielu krajach – zarówno w Europie (Francja¹⁸, Skandynawia¹⁹, Austria²⁰, Niemcy), jak i poza nią (Stany Zjednoczone²¹, Nowa Zelandia²², Japonia) – od kilkudziesięciu lat sprawnie funkcjonują systemy *no fault compensation* w różnej postaci (modele typu ubezpieczeniowego, fundusowego i mieszane) oraz odmiennym zakresie i przedmiocie kompen-

¹⁶ A. Przybycień, P. Szewczyk, Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych, Dodatek do EP, Nowe prawo medyczne – zbiór referatów, EP 2012, Nr 1, s. VIII.

¹⁷ M. Nesterowicz, Przemiany odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu (od odpowiedzialności cywilnej do ubezpieczeniowej i gwarancyjnej), PiP 2000, Nr 2, s. 4.

¹⁸ Zob. M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu w prawie francuskim (według ustawy z 4 marca 2002 r. o prawach pacjentów), PiM 2002, Nr 12, s. 116–122; M. Nesterowicz, Prawo, s. 465–472; K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 307–334.

¹⁹ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, Skandynawski system kompensacji szkód farmaceutycznych, PiP 2008, Nr 4, s. 76; K. Bączyk-Rozwadowska, Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych, w: E. Kowalewski, Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa, Toruń 2011, s. 33–71; K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 245–278; M. Nesterowicz, Szwedzki system ubezpieczenia na rzecz pacjentów, PiM 2002, Nr 12, s. 123–126; M. Nesterowicz, Prawo, s. 462–465; N. Karczewska, Belgijski system wynagradzania szkód wynikających z zabiegów medycznych, PiM 2012, Nr 3–4, s. 103–113.

²⁰ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 373–377.

²¹ *Ibidem*, s. 279–306.

²² Zob. *ibidem*, s. 223–243; K. Bączyk, Nowozelandzki model odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu, PiM 2004, Nr 1, s. 68–85.

sacji (obejmujące określone kategorie szkód, wypadki medyczne, szkody w postaci zakażenia HIV, żółtaczką wszczepienną itp.)²³.

Zmieniła się również pozycja pacjenta. Nie jest on już przedmiotem leczenia, lecz jest podmiotem, który ma autonomię decyzji co do interwencji lekarskiej. Liczne dokumenty międzynarodowe, a zwłaszcza Deklaracja Praw Pacjenta, przedstawiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)²⁴, a w Polsce PrPacjU oraz ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁵ wymagają świadomej zgody pacjenta na wszelkie działania medyczne, poza szczególnymi okolicznościami²⁶.

Przedstawione powyżej problemy dotyczące odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu dotyczą również Polski. Poszkodowani pacjenci muszą dochodzić swych roszczeń przed sądami w długotrwałych i kosztownych procesach, które nie gwarantują sukcesu, gdyż, jak już wyżej wskazano, również polski system odpowiedzialności lekarzy i podmiotów leczniczych oparty jest na zasadzie winy. Poszukuje się więc winy sprawcy szkód, co ze względu na trudności dowodowe i nierzadką solidarność zawodową „świata lekarskiego” nie jest łatwe. Czasami więc sąd, chcąc zasądzić odszkodowanie, sięga do „winy anonimowej” lub „winy organizacyjnej” zakładu opieki zdrowotnej. Niejednokrotnie jednak winy tej w ogóle nie ma, natomiast powstała poważna szkoda, która wynika z niezawinionego błędu diagnostycznego albo zdarzeń nieprzewidywalnych. Do 2004 r. poszkodowany mógł jednak liczyć na zasądzenie odszkodowania od Skarbu Państwa (reprezentującego szpital) na zasadzie słuszności w oparciu o przepis art. 419 ustawy z 23.4.1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 121 ze zm.)²⁷, który jednak został uchylony ustawą z 17.6.2004 r.²⁸.

Pomimo daleko idącej obiektywizacji winy, jaka dokonała się z udziałem judykatury i piśmiennictwa (m.in. poprzez szerokie zastosowanie wspomnianej już konstrukcji winy anonimowej i organizacyjnej), tradycyjny reżim odpowiedzialności odszkodowawczej uznano za niezapewniający poszkodowa-

²³ K. Bączyk-Rozwadowska, Skandynawski system, s. 76.

²⁴ http://www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html.

²⁵ T.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.

²⁶ M. Nesterowicz, Prawo wobec lekarza, s. 40.

²⁷ M. Nesterowicz, Ubezpieczeniowe i gwarancyjne modele kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu, Prawo Asekuracyjne 2002, Nr 2, s. 23.

²⁸ Zob. art. 1 pkt 3 ustawy z 17.6.2004 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 162, poz. 1692 ze zm.), która weszła w życie z dniem 1.9.2004 r.

nym należytej ochrony prawnej i niestanowiący skutecznego mechanizmu kompensacji szkód doznanych w związku z leczeniem²⁹.

Jeszcze kilkadziesiąt – a w Polsce kilkanaście – lat temu ryzyko związane z następstwami działalności medycznej było w praktyce wyłącznie ryzykiem pacjentów. Jednak w miarę rozwijającej się świadomości społecznej oraz coraz bardziej powszechnego konsumenckiego stosunku pacjentów do podmiotów udzielających im pomocy medycznej, coraz bardziej ci ostatni nie mogą liczyć na zrozumienie ze strony byłych podopiecznych w razie niepowodzeń medycznych. Ponieważ szkody zdrowotne w coraz bardziej powszechnym mniemaniu obejmują nie tylko śmierć lub poważne kalectwo, ale także mniejsze uszczerbki na zdrowiu, a nawet nadmierne (lub „tylko”) cierpienie, liczba roszczeń w stosunku do medycznych placówek, a także osób wykonujących zawody medyczne wzrasta z roku na rok. Towarzyszy temu także postępujący wzrost wysokości roszczeń oraz zasądzanych odszkodowań³⁰. Systematycznie więc wzrasta liczba procesów odszkodowawczych, które są jednak przewlekłe³¹, wiążą się ze stosunkowo dużymi kosztami i nie zawsze kończą się oczekiwanym przez powoda rozstrzygnięciem.

W związku z powyższym Rzecznik Praw Obywatelskich już w 1999 r. podjął działania w kierunku wprowadzenia alternatywnych do postępowania sądowego mechanizmów wynagradzania szkód na zdrowiu powstałych w wyniku działań lub zaniedbań pracowników medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej³².

W marcu 2001 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia z apelem o podjęcie działań legislacyjnych dla wprowadzenia rozwiązań prawnych korzystnych dla poszkodowanych pacjentów. W swoim piśmie Rzecznik stwierdził, że: „państwo nie może pozostawiać pokrzywdzonego pacjenta samemu sobie. Wystarczającej gwarancji w tym zakresie nie stanowi

²⁹ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna*, s. 335.

³⁰ K. Radziwiłł, *Roszczenia pacjentów*.

³¹ Jak podają autorzy projektu ZmPrPacjU z 28.4.2011 r. gdyby nie wpływały żadne nowe powództwa o odszkodowanie z tytułu szkód medycznych w latach 2001–2009, rozpatrzenie takiej sprawy średnio trwałoby ok. 4 lat (przy założeniu, że sprawa zostałaby rozpatrzona w postępowaniu dwuinstancyjnym, bez jej przekazania do ponownego rozpatrzenia oraz, że nie została złożona skarga kasacyjna). Ze względu na duże skomplikowanie spraw w zakresie błędów medycznych, sprawy te trwają znacznie dłużej – nawet do 10 lat.

³² Rzecznik Praw Obywatelskich kilkakrotnie zwracał się do Ministra Zdrowia w sprawie zapewnienia pacjentom realizacji roszczeń z tytułu szkód medycznych, zwracając uwagę na rozwiązania przyjęte w innych krajach, zob. m.in. wystąpienia RPO: RPO/306646/99/I z 14.6.1999 r. i z 7.1.2000 r. oraz RPO/358569/00/I z 30.11.2000 r. i z 27.2.2001 r.

bowiem zapewnienie możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych na drodze procesu cywilnego, w szczególności, że obecny system ochrony sądowej jest zbyt kosztowny i długotrwały. Nie zabezpiecza też we właściwym czasie, a niekiedy wcale, środków ułatwiających powrót poszkodowanego do zdrowia oraz w miarę normalnej egzystencji [...]” Rzecznik zwrócił również uwagę, iż w wielu krajach powstały rozwiązania i propozycje zmian tworzące bardziej efektywne mechanizmy naprawiania szkód wyrządzonych pacjentom, zarówno zawinionych, jak i niezawinionych przez pracowników medycznych oraz zakłady opieki zdrowotnej³³.

Dopiero jednak w dniu 1.1.2012 r. weszła w życie ustawa z 28.4.2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych³⁴, przewidująca nowy mechanizm dochodzenia przez poszkodowanych pacjentów roszczeń związanych z szeroko pojmowanymi szkodami medycznymi.

W uzasadnieniu projektu ZmPrPacjU z 28.4.2011 r. jego autorzy – dostrzegając przedstawione skrótowo powyżej problemy – zwrócili uwagę na fakt, iż działanie każdego systemu, a w szczególności tak złożonego jak ochrona zdrowia, obarczone jest ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych. Należy mieć świadomość rozmiaru zjawiska, gdyż w skali kraju dochodzi do tysięcy zdarzeń medycznych dziennie. Nawet przy maksymalnej niezawodności systemu ochrony zdrowia, jaką można zapewnić wprowadzeniem odpowiedniego systemu jakości, regulacjami prawnymi, czy nadzorem, pewien margines błędów jest nieunikniony. Specyfika procesów leczniczych określonych schorzeń zawsze powoduje ryzyko wystąpienia niekorzystnych efektów leczenia, które nie są normalnymi, możliwymi do wystąpienia negatywnymi konsekwencjami związanymi np. z ryzykiem danego zabiegu³⁵. Nie zawsze bowiem przebiega ono wedle przewidywalnego schematu i dających się uwzględnić z góry następstw. Ryzyko negatywnych konsekwencji wspomnianych zabiegów jest ogromne i podejmując je lekarze kładą na jednej szali ewentualną odpowiedzialność cywilną, a na drugiej determinację, by pacjentowi przyjść z pomocą.

³³ Informacja Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Andrzeja Zolla za 2001 r., s. 200–201, dostęp on-line z: 2.4.2014 r., <http://www.brpo.gov.pl/sites/default/files/Biuletyn%20RPO%202002,%20Materia%C5%82y%20nr%2044.pdf>.

³⁴ Dz.U. Nr 113, poz. 660.

³⁵ Z uzasadnienia projektu ZmPrPacjU z 28.4.2011 r., druk sejmowy Nr 3488.

Na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie dochodzenia przez pacjentów odszkodowań za szkody spowodowane błędami medycznymi wskazywał również w 2003 r. VII Krajowy Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy. Wzorem innych państw (zwł. skandynawskich) Zjazd uznał za konieczne wprowadzenie systemu odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej, dającego prawo uzyskiwania przez pacjentów rekompensaty za szkody zdrowotne poniesione w związku z leczeniem na drodze pozasądowej bez konieczności udowodnienia winy pracowników opieki zdrowotnej³⁶.

Jak podają dalej autorzy projektu ZmPrPacJU z 28.4.2011 r., obowiązujące w Polsce prawo oferuje narzędzia ochrony praw pacjenta³⁷. Są to przede wszystkim instrumenty, jakie pacjenci uzyskali po wejściu w życie PrPacJU. Jednakże w przypadku wystąpienia błędu medycznego i dochodzenia odszkodowania jedyną możliwą drogą jego uzyskania jest proces sądowy z powództwa cywilnego o odszkodowanie lub zadośćuczynienie. Dochodzenie tego rodzaju spraw przed sądem – co już wielokrotnie zaznaczano – trwa zwykle kilka lat³⁸.

Potrzeba podjęcia prac nad ustawą umożliwiającą każdemu pacjentowi dochodzenie odszkodowania z tytułu błędu medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową wynikała także z rosnącej świadomości obywateli polskich w zakresie dochodzenia ich praw jako pacjentów. Świadomość ta wzrasta wraz z poziomem wykształcenia społeczeństwa.

Wskazać również należy, że jeszcze kilkanaście lat temu za dobrą formę ochrony przed roszczeniowością pacjentów uważano system oparty wyłącznie na ubezpieczeniu OC. Doświadczenia krajów takich jak Niemcy, Wielka Brytania, Francja czy krajów skandynawskich doprowadziły do wniosku, że nie jest to system wystarczający dla zapewnienia właściwego standardu ochrony praw pacjenta³⁹. W związku z tym konieczne stało się stworzenie nowego systemu odszkodowań za szkody medyczne, który kompensował będzie szkody poniesione przez pacjentów oraz wolny będzie od pojęcia winy.

³⁶ Stanowisko Nr 1.

³⁷ Por. art. 4 ust. 1 i 2 PrPacJU, który stanowi, iż w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 KC. W razie zaś zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 KC.

³⁸ Uzasadnienie projektu ZmPrPacJU z 28.4.2011 r., druk sejmowy Nr 3488.

³⁹ J. Jończyk, Między odpowiedzialnością lekarza a ubezpieczeniem pacjenta, PiM 1999, Nr 3, s. 10.

Jednocześnie nie można zapomnieć, że w aktualnie obowiązującym stanie prawnym wszelkie roszczenia wynikające z błędów medycznych są sprawami cywilnymi w rozumieniu art. 1 KPC, ze wszelkimi tego konsekwencjami⁴⁰. Oznacza to przede wszystkim dopuszczalność drogi sądowej przed sądami powszechnymi. Wprowadzona w 2012 r. ZmPrPacjU z 28.4.2011 r. zmierza więc do realizacji idei ułatwienia uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia osobom poszkodowanym na skutek stwierdzonego błędu medycznego w oznaczonych w niej przypadkach, według zasad określonych w rozdziale 13a PrPacjU.

Wyłączenie możliwości dochodzenia roszczeń przed sądem powszechnym (w razie zaakceptowania przez wnioskodawcę propozycji ubezpieczyciela bądź szpitala) może nastąpić jedynie wyjątkowo, gdyż w przypadku niektórych błędów medycznych orzekać może powołana ZmPrPacjU z 28.4.2011 r. wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Zmieniona z dniem 1.1.2012 r. ustawa o prawach pacjenta wprowadza więc specyficzny, ale alternatywny sposób dochodzenia roszczeń za zdarzenia medyczne – za szkody zaistniałe na skutek leczenia w podmiotach leczniczych prowadzących szpital. System ten, który teoretycznie wolny jest od winy, zapewnić ma szybsze i znacznie łatwiejsze niż w postępowaniu cywilnym, zaspokojenie roszczeń poszkodowanych.

M. Nesterowicz i M. Wałachowska⁴¹ stwierdzają, iż ZmPrPacjU z 28.4.2011 r. powinna również zmierzać do zlikwidowania „luki nieodpowiedzialności”, jaka powstała w wyniku uchylecia art. 419 KC.

§ 2. Szwedzki i francuski system *no fault* compensation jako pierwowzory polskich rozwiązań

Autorzy projektu ZmPrPacjU z 28.4.2011 r. podają w uzasadnieniu, że system kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych nawiązywać ma

⁴⁰ Por. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, Nowe tendencje w zakresie cywilnej odpowiedzialności zawodowej, w: A. Szpunar, A. Mączyński, M. Pazdan (red.), Rozprawy z polskiego i europejskiego prawa prywatnego. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Józefowi Skąpskiemu, Kraków 1994, s. 201, która stwierdza, iż istotna przewaga odpowiedzialności cywilnej tkwi w tym, że gwarantuje ona odszkodowanie pełne. Ubezpieczenie powszechne lub punktowe może niewątpliwie pomóc, nie jest jednak z reguły w stanie zaspokoić wszystkich pretensji poszkodowanego. Wątpliwe jest też, by pozwalało na wyeliminowanie odszkodowawczych procesów sądowych.

⁴¹ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, Odpowiedzialność za szkody, s. 19.

do szwedzkiego modelu ubezpieczenia na rzecz pacjenta (*No Fault Patient Insurance*; w skrócie NFPI)⁴². Analiza zawartych w ustawie rozwiązań prawnych pozwala jednak stwierdzić, że model ten ma charakter hybrydowy i stanowi połączenie mechanizmów kompensacji przyjętych przez ustawodawcę szwedzkiego oraz francuskiego⁴³, stąd dla oceny polskich rozwiązań niezbędne jest syntetyczne przedstawienie wskazanych wyżej systemów.

I. Szwedzki model ubezpieczenia na rzecz pacjentów (NFPI)

Szwedzki system ubezpieczenia na rzecz pacjentów (*No Fault Patient Insurance*) powołany został jako alternatywa dla sądowej drogi dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu szkód wyrządzonych przy leczeniu. Poszkodowany może więc wybrać zamiast drogi ubezpieczeniowej dochodzenie roszczeń przed sądem (np. ze względu na przedawnienie, które według szwedzkiej ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na rzecz pacjenta jest krótsze)⁴⁴.

O kształcie nowych mechanizmów wynagrodzenia szkód medycznych⁴⁵ zdecydowała powszechna w krajach skandynawskich, w połowie lat siedemdziesiątych XX wieku, tendencja do zastępowania odpowiedzialności cywilnej szczególnej postaci ubezpieczeniem bez winy⁴⁶. Celem wprowadzania takich regulacji jest przede wszystkim zmniejszenie kosztów postępowania, które przy odpowiedzialności cywilnej opartej na zasadzie winy są znaczne. Chodzi też o pełniejszą ochronę poszkodowanego, której reżim odpowiedzialności cywilnej nie zapewnia⁴⁷.

Dobrowolne ubezpieczenie na rzecz pacjentów przyjęte w Szwecji w 1975 r. jako umowa między Krajowym Związkiem Rad Okręgów a konsorcjum czterech największych prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych⁴⁸, zostało prze-

⁴² Uzasadnienie projektu ZmPrPacJU z 28.4.2011 r., druk sejmowy Nr 3488.

⁴³ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna*, s. 339.

⁴⁴ M. Nesterowicz, *Prawo*, s. 463; V. Ulfbeck, M. Hartlev, M. Schulz, *Malpractice in Scandinavia*, Chicago–Kent Law Review 2012, Vol. 87, Issue 1, art. 6.

⁴⁵ Na temat historycznego rozwoju odpowiedzialności odszkodowawczej w Szwecji i głównych założeń ustawy Zob. C. Espersson, *The Patient Injury Act a comment by Carl Espersson*, dostęp on-line z: 4.4.2014. r. http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/Comments_on_the_Patient_Injury_Act.pdf.

⁴⁶ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna*, s. 246.

⁴⁷ M. Nesterowicz, *Szwedzki system*, s. 124.

⁴⁸ Zob. C. Oldertz, *The Swedish Patient Insurance System – 8 Years of Experience*, Part I, *Medico–Legal Journal* 1992, Nr 52, s. 46.

kształcone w ubezpieczenie obowiązkowe⁴⁹ oparte na przepisach prawa⁵⁰ w 1996 r. Ubezpieczenie wzorowane na szwedzkim modelu NFPI wprowadziła także Finlandia (1987 r.), Norwegia (1988 r.) i Dania⁵¹ (1992 r.).

Ustawa z 1997 r. nadała ubezpieczeniu charakter obligatoryjny w stosunku do wszystkich podmiotów (osób fizycznych i prawnych) odpowiedzialnych za organizację i udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szwecji, zarówno w publicznym, jak i prywatnym sektorze lecznictwa⁵².

Ubezpieczeniem NFPI objęte zostały szkody wyrządzone pacjentom w związku z udzielaniem świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej na terenie Szwecji przez lekarzy oraz asystujący im pomocniczy personel medyczny (pielęgniarki, położne, techników medycznych, laborantów itp.) posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu⁵³.

Pojęcie opieki zdrowotnej w szwedzkiej ustawie jest stosunkowo szerokie i odnosi się do czynności z zakresu diagnozy, terapii, profilaktyki chorobowej (zapobiegania chorobom i urazom), transportu medycznego, opieki paliatywno-hospicyjnej, dawstwa krwi, komórek, tkanek i narządów oraz dostarczania leków i preparatów farmaceutycznych⁵⁴.

Prawo do odszkodowania przysługuje pacjentowi *ex lege*, jednakże powinien on dowieść, że doznał szkody, która pozostaje w związku przyczynowym z podjętymi w stosunku do niego czynnościami leczniczymi. W praktyce wystarczające jest jednak wykazanie w tym zakresie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa (ok. 75–85%)⁵⁵.

Szwedzki ustawodawca nie przewiduje wynagrodzenia wszystkich szkód doznanych przez pacjentów, określa również warunki i limity odszkodowawcze.

⁴⁹ Zob. J. Jończyk, Między odpowiedzialnością, s. 10.

⁵⁰ Szwedzka ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na rzecz pacjenta weszła w życie z dniem 1.1.1997 r. (*Patientskedelag*).

⁵¹ W Danii system NFPI obejmuje tylko szpitale publiczne oraz te prywatne, które na podstawie umów z organami państwa lub samorządu terytorialnego zostały włączone w publiczny system opieki zdrowotnej, tak: M. Nesterowicz, Prawo, s. 462.

⁵² K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 250.

⁵³ C. Oldertz, The Patient, Pharmaceutical and Security Insurance, w: C. Oldertz, E. Tidefeld, Compensation for Personal Injury in Sweden and Other Countries, Stockholm 1988, s. 66.

⁵⁴ K. Bączyk-Rozwadowska, Szwedzki model NFPI, s. 42.

⁵⁵ L. Fallberg, E. Borgenhammar, The Swedish No Fault Patient Insurance Scheme, European Journal of Health Law 1997, Nr 4, s. 281.

Ubezpieczeniem NFPI objęte zostały szkody na osobie (tzw. cielesne) w postaci uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, ujęte w sześciu sprecyzowanych szczegółowo w ustawie kategoriach a spowodowanych na skutek:

- 1) leczenia, pod warunkiem że szkody można było uniknąć poprzez wybór innej metody leczenia (diagnozy lub terapii), która według opinii biegłego była mniej ryzykowna lub przeprowadzenie jej w odmienny sposób;
- 2) wady lub niesprawności instrumentu (respiratora, aparatu RTG, ultrasonografu, strzykawki, skalpela itp.) lub produktu medycznego używanego do badań, zabiegów lekarskich lub każdego innego postępowania albo nieprawidłowego użycia tego sprzętu lub produktu medycznego;
- 3) nieprawidłowej diagnozy bądź postawienia diagnozy w nieodpowiednim czasie;
- 4) infekcji (zakażenia) powstałej w wyniku badania, zabiegów lekarskich lub każdego innego postępowania, jeżeli infekcja mogłaby być „rozsądnie uznana”. Warunkiem przyznania odszkodowania jest bowiem wykazanie, że infekcje spowodowały bakterie, które dostały się do organizmu poszkodowanego z zewnątrz, podczas lub w związku z interwencją medyczną, a nie „własne” drobnoustroje pacjenta;
- 5) wypadku w trakcie badania, zabiegów lekarskich lub każdego innego postępowania albo podczas transportu chorego, pożaru lub każdej innej szkody powstałej przez używanie wyposażenia medycznego albo na miejscu zabiegów, jak np. poślizgnięcie się na mokrej posadzce, upadek ze schodów czy wypadek karetki (tzw. wypadki szpitalne, których poszkodowany doznał w następstwie zdarzeń o charakterze nagłym i nieoczekiwanym, niemieszczących się w zakresie podjętych czynności leczniczych i nie mających związku ani z ogólnym stanem zdrowia, ani z indywidualnymi właściwościami organizmu);
- 6) nieprawidłowego przepisania lub dostarczenia leku⁵⁶.

Wynagrodzenie szkody jest wyłączone, jeśli wynikała ona z niezbędnego postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego, w sytuacji, gdy niepodjęcie tego postępowania groziłoby pacjentowi śmiercią lub trwałym kalectwem (ryzyko wystąpienia powikłań spoczywa wówczas na poszkodowanym, koncepcja tzw. koniecznego ryzyka, *nesessary risk taking*). Podobnie, gdy szkoda jest wynikiem choroby, na którą cierpiał pacjent, z wyjątkiem wadliwej diagnozy,

⁵⁶ Por. M. Nesterowicz, Prawo, s. 463–464; K. Bączyk-Rozwadowska, Szwedzki model NFPI, s. 43–46; K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 255–260.

która spowodowała dalsze komplikacje i szkody. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód opartych na braku zgody pacjenta na postępowanie medyczne lub braku „objaśnionej” zgody⁵⁷. Tego rodzaju roszczeń poszkodowany może dochodzić jedynie na drodze sądowej.

Ustawa przewiduje, że w razie wyrządzenia szkody pacjent ma możliwość dokonania wyboru spośród dostępnych mu systemów kompensacji – drogi sądowej bądź z alternatywnego do niej systemu odszkodowawczego.

Postępowanie ubezpieczeniowe jest znacznie prostsze i wybierane najczęściej przez poszkodowanych pacjentów. Pacjent przedstawia swoje roszczenia na specjalnym formularzu dostępnym we wszystkich publicznych i prywatnych gabinetach lekarskich, przychodniach, szpitalach i klinikach. Na tym samym formularzu opinię składa lekarz lub przedstawiciel szpitala, w którym pacjent doznał szkody. Następnie formularz wraz z pełną dokumentacją medyczną przekazywany jest do zakładu ubezpieczeń, z którym świadczeniodawca zawarł umowę ubezpieczenia NFPI. Na podstawie zebranych materiałów powołany przez ubezpieczyciela lekarz z zakresu określonej dziedziny medycyny sporządza pisemną ekspertyzę co do zasadności roszczeń pacjenta. Poszkodowany co do zasady nie uczestniczy w procedurach skargowych, lekarz nie ma kontaktu z pacjentem i wydaje opinię na podstawie przekazanej mu dokumentacji⁵⁸.

Na tej podstawie ubezpieczyciel ocenia, czy spełnione zostały ustawowe przesłanki naprawienia szkody i w razie pozytywnej oceny ustala wysokość odszkodowania, które wypłaca we wskazanym w przepisach terminie.

Jeżeli jednak, zdaniem ubezpieczyciela, przesłanki wypłaty odszkodowania nie zachodzą, jest on zobowiązany do pouczenia pacjenta o możliwości wszczęcia procedur odwoławczych w terminie roku od dnia doręczenia decyzji o odmowie wypłaty odszkodowania wraz z uzasadnieniem⁵⁹.

Odwołanie od rozstrzygnięcia ubezpieczyciela rozpatrywane jest na wniosek pacjenta przez Państwową Komisję do spraw Szkód Wyrządzonych Pa-

⁵⁷ Zob. Szwedzkie ubezpieczenia Pacjentów – broszura otrzymana przez Stowarzyszenie *Primum Non Nocere* z ambasady Królestwa Szwecji (tłumaczenie sporządziło Stowarzyszenie *Primum Non Nocere*), dostęp on-line z: 3.4.2014 r. http://www.sppnn.org.pl/artykuly/Template.php?var=archiwum/zagranica/szw_opis.html.

⁵⁸ Jeżeli jednak w danej sprawie okażą się niezbędne dodatkowe informacje, których brak jest w dokumentacji medycznej, możliwa jest – w drodze wyjątku – bezpośrednia konfrontacja lekarza z poszkodowanym pacjentem.

⁵⁹ Zob. również *L. Wendel*, Compensation in the Swedish Health Care Sector, w: *J. Dute, M.G. Faure, H. Koziol* (red.), *No Fault Compensation in the Health Care Sector*, Vienna–New–York 2004, s. 382.

cientom podlegającą Ministerstwu Zdrowia. Komisja złożona jest z sześciu członków, z których trzech (przewodniczący – sędzia zawodowy, rzecznik praw pacjentów i lekarz – autorytet z dziedziny medycyny) powoływanych jest przez administrację rządową, dwóch przez stowarzyszenia medyczne, a jeden przez zakłady ubezpieczeń. Postępowanie przed Komisją jest dla pacjenta bezpłatne (koszty postępowania w całości pokrywa ubezpieczyciel) oraz oparte na zasadzie pisemności, chociaż jeśli Komisja uzna to za uzasadnione ze względu na szczególne okoliczności, poszkodowany może ustnie przedstawić znane mu okoliczności wyrządzenia szkody⁶⁰.

W sytuacji gdy w toku postępowania przed Komisją dojdzie do uchyleń proceduralnych, każda ze stron (tj. poszkodowany i ubezpieczyciel) mogą przekazać sprawę do rozstrzygnięcia arbitrażowego. Każda ze stron wyznacza wówczas arbitra, a funkcję przewodniczącego pełni sędzia Sądu Apelacyjnego Szwecji. Rozstrzygnięcie (które jest jawne i podlega obowiązkowej publikacji) wydane przez arbitrow, ma charakter wiążący i jako ostateczne, nie podlega zaskarżeniu. Wydatki związane z przeprowadzeniem procedur arbitrażowych obciążają poszkodowanego.

Ubezpieczyciel, który naprawił szkodę wyrządzoną pacjentowi, wstępuje w jego prawa (*cessio legis*) i ma roszczenie do osoby odpowiedzialnej za szkodę (szpitala, lekarza prowadzącego prywatną praktykę), lecz tylko w razie winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa sprawcy szkody⁶¹.

Na każdym etapie postępowania skargowego poszkodowany może domagać się rozpoznania sprawy przez sąd cywilny. Po zakończeniu postępowania w ramach NFPI możliwe jest również domaganie się zasądzenia w procesie cywilnym odszkodowania uzupełniającego⁶².

W systemie *no fault* przewidziano również krótsze niż w tradycyjnym reżimie odpowiedzialności terminy przedawnienia roszczeń, które wynoszą 3 lata od chwili dowiedzenia się o szkodzie i 10 lat od jej wyrządzenia.

Zgodnie z założeniami ustawy z 1997 r., szwedzki system NFPI zapewnić ma wynagrodzenie objętych kompensacją szkód majątkowych i niemajątkowych, których poszkodowany doznał w związku z leczeniem.

Wysokość odszkodowania za majątkowe następstwa szkody ustalana jest według reguł odpowiedzialności cywilnej, z uwzględnieniem fundamentalnej zasady pełnej kompensacji. Zasada ta znajduje jednak zastosowanie dopiero

⁶⁰ K. Bączyk-Rozwadowska, Szwedzki model NFPI, s. 49.

⁶¹ M. Nesterowicz, Szwedzki system, s. 126.

⁶² K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 265–266.

wówczas, gdy rozmiar szkody przekracza ustalony w przepisach próg minimalny. Wyeliminowanie szkód niewielkich rozmiarów zapobiegać ma nadmiernemu obciążeniu finansowemu systemu NFPI, który ze swej istoty zapewnia wynagrodzenie większej ilości szkód niż reżim oparty na winie⁶³.

Formami kompensacji szkody wyrządzonej przy leczeniu jest więc odszkodowanie przyznawane za uszczerbek majątkowy (np. zwrot kosztów leczenia, zwrot utraconych zarobków za cały okres niezdolności do pracy czy kosztów pogrzebu osobie, która faktycznie je poniosła), miesięczna renta (w razie trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia), która na wyraźne żądanie poszkodowanego może być również skapitalizowana oraz zadośćuczynienie (przyznawane w systemie NFPI dopiero od 1997 r.), gdy w związku z leczeniem poszkodowany doznał krzywdy w postaci bólu i cierpienia fizycznego oraz psychicznego, ogólnej niewygody i pogorszenia jakości życia.

Zadośćuczynienie ma charakter osobisty i przysługuje wyłącznie poszkodowanemu, a jego wysokość ustalana jest na podstawie wykazów (tabel), opracowanych przez Związek Ubezpieczycieli NFPI w oparciu o dorobek orzeczniczy Sądu Najwyższego Szwecji⁶⁴.

Odszkodowania zaś może domagać się zarówno poszkodowany pacjent, jak i członkowie najbliższej rodziny (współmałżonek i dzieci) w razie śmierci pacjenta. Pośrednio poszkodowani mogą domagać się jednorazowego odszkodowania z tytułu utraty środków utrzymania.

Wysokość odszkodowań przyznawanych w ramach tego systemu z tytułu szkód majątkowych i niemajątkowych podlega ograniczeniom kwotowym ustanawianym dla każdej szkody, jak i dla każdego pacjenta (ograniczenie indywidualne).

Przy ustalaniu zaś wysokości odszkodowania konieczne jest uwzględnienie świadczeń, które poszkodowany otrzymał z innych źródeł, zwłaszcza z ubezpieczenia społecznego⁶⁵.

II. Francuski system kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu

Po prawie 30-letnich debatach i licznych projektach reformy systemu odszkodowawczego naprawienia szkód doznanych przez pacjentów podczas le-

⁶³ *Ibidem*, s. 267–268.

⁶⁴ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna*, s. 269.

⁶⁵ *Ibidem*, s. 271.

czenia, do francuskiego systemu wprowadzono ustawę z 4.3.2002 r. o prawach pacjenta i jakości systemu opieki zdrowotnej⁶⁶.

Wprowadzony ustawą system ma charakter niejednorodny i wewnętrznie zróżnicowany, przewiduje bowiem zarówno odpowiedzialność na zasadzie winy, jak i bez winy – na zasadzie ryzyka, w obu jednak przypadkach powiązany z obowiązkowym ubezpieczeniem OC podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych⁶⁷. Wprowadza także odpowiedzialność gwarancyjną państwa na zasadach słuszności za szkody nieobjęte odpowiedzialnością cywilną (tzw. ryzyka terapeutyczne)⁶⁸.

Z systemu tego wyłączone jednak zostały dwie kategorie szkód, tj. szkody wyrządzone w związku z zakażeniem wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi lub podania preparatów krwiopochodnych (które podlegają naprawieniu na zasadach słuszności państwa z Funduszu Kompensacji Osób Zakażonych HIV) oraz szkody doznane w następstwie obowiązkowych szczepień ochronnych, w przypadku których ciężar wypłaty odszkodowania również spoczywa na państwie⁶⁹.

Zgodnie z założeniami francuskiego systemu dochodzenia roszczeń z tytułu szkód wyrządzonych przy leczeniu, fundamentalną zasadą odpowiedzialności pozostaje wina. Poza więc odpowiedzialnością za wadliwy produkt medyczny i zakażenia szpitalne, lekarze i zakłady lecznicze dokonujący czynności z zakresu medycyny prewencyjnej, badań diagnostycznych bądź zabiegów medycznych ponoszą odpowiedzialność tylko w razie winy. Jest to odpowiedzialność za każdą winę, nawet najłżejszą, za każde niedołożenie należytej staranności, winę w diagnozie, w dokonaniu zabiegu, w nadzorze nad pacjentem, w braku wiedzy i wymaganej zręczności, w uzyskaniu poinformowanej zgody pacjenta, jak również różnego rodzaju winy techniczne. Jest to wina lekarza, personelu medycznego, wina własna szpitala, organizacyjna czy nawet anonimowa⁷⁰.

⁶⁶ *La loi n° 2002 - 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Journal Officiel z 5.3.2002 r., poz. 4118 ze zm., dostęp on-line z: 3.4.2014 r. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>.

⁶⁷ K. Bączyk-Rozwadowska, Szwedzki model NFPI, s. 54.

⁶⁸ M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna za szkody, s. 117.

⁶⁹ K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna, s. 312–313.

⁷⁰ M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna, za szkody, s. 117.