

Uniwersytet Mikołaja Kopernika  
Wydział Prawa i Administracji  
Katedra Prawa Ubezpieczeniowego

Natalia Katarzyna Kowalonek  
nr albumu: 230195

Praca magisterska  
na kierunku Prawo

# Fiński system kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych

Opiekun pracy dyplomowej  
Prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski  
Katedra Prawa Ubezpieczeniowego

Toruń 2013

Pracę przyjmuję i akceptuję

Potwierdzam złożenie pracy dyplomowej

.....  
data i podpis opiekuna pracy

.....  
data i podpis pracownika dziekanatu

## Spis treści

Wstęp .....	3
Rozdział 1 System opieki socjalnej i zdrowotnej w Finlandii .....	5
Podrozdział 1 Zabezpieczenie społeczne .....	5
Punkt 1 Podstawy systemu zabezpieczenia społecznego w Finlandii .....	5
Punkt 2 Model nordycki .....	10
Punkt 3 Państwowe Ubezpieczenie Zdrowotne .....	12
Podrozdział 2 Fińskie państwo opiekuńcze .....	13
Punkt 1 Historia rozwoju .....	14
Punkt 2 Obowiązki gmin .....	16
Punkt 3 Prawa świadczeniobiorców .....	18
Podrozdział 3 Opieka medyczna .....	19
Punkt 1 Podstawowa opieka zdrowotna .....	19
Punkt 2 Publiczna służba zdrowia .....	22
Punkt 3 Prywatna służba zdrowia .....	25
Punkt 4 Struktura organizacyjna i odpowiedzialne organy .....	27
Punkt 6 Opłaty .....	30
Rozdział 2 Odpowiedzialność cywilna lekarzy i szpitali .....	32
Podrozdział 1 Sytuacja prawna i obowiązki lekarzy .....	32
Podrozdział 2 Specjalistyczna opieka zdrowotna .....	39
Podrozdział 3 Odpowiedzialność za wyrządzone szkody .....	42
Rozdział 3 System kompensacji szkód .....	51
Podrozdział 1 Schemat ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych .....	51
Podrozdział 2 Prawna ochrona pacjentów .....	57
Punkt 1 Prawa pacjenta .....	57
Punkt 2 Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta i Kanclerz Sprawiedliwości .....	60
Punkt 3 Zaskarżanie decyzji .....	63
Zakończenie .....	66
Bibliografia .....	70

## Wstęp

Przedmiotem pracy jest przybliżenie Czytelnikowi fińskich rozwiązań prawnych w zakresie organizacji służby zdrowia oraz modelu kompensacji szkód, doznanych przez pacjentów w związku z udzielaniem świadczeń medycznych, w szczególności świadczeń medycznych udzielanych w ramach tzw. publicznego systemu służby zdrowia.

Obranemu celowi została podporządkowana konstrukcja pracy. Pierwszy rozdział dotyczy prawno-systemowych kwestii funkcjonowania systemu opieki społecznej i zdrowotnej w Finlandii. W jego pierwszej części zaprezentowano podstawy systemu zabezpieczenia społecznego, zagadnienia teoretyczne dotyczące modelu nordyckiego a także podstawy państwowego ubezpieczenia zdrowotnego. Druga część rozdziału poświęcona jest kwestii fińskiego modelu państwa opiekuńczego, jego historii rozwoju, funkcjonowania w praktyce i obowiązków gmin z nim związanych. Ostatnia część rozdziału dotyczy organizacji opieki medycznej, a jego uwaga skupiona jest na publicznym systemie służby zdrowia. Bazę źródłową rozdziału stanowiła angielskojęzyczna literatura przedmiotu, publikacje Ministerstwa do spraw Socjalnych i Zdrowia Finlandii a także Konstytucja Finlandii, oraz ustawa *Social Welfare Act*.

W drugiej części pracy przedstawiono zagadnienia dotyczące obowiązków nałożonych ustawą na lekarzy i szpitale. Następnie została omówiona kwestia prawno-administracyjnej struktury systemu specjalistycznej opieki szpitalnej. Kończącą część rozdziału stanowi analiza odpowiedzialności za wyrządzone szkody wynikająca z fińskiego systemu kompensacji szkód *no-fault*, w której zostały przybliżone przesłanki szkody, zakres obowiązkowego ubezpieczenia pacjentów, środki dyscyplinarne nakładane przez organy nadzorcze a także odpowiedzialność deliktowa. Bazę źródłową rozdziału stanowią przede wszystkim ustawy: *Patient Injuries Act*, *Specialized Medical Care*, *Health Care Professionals*, *Tort Liability Act* i Fiński Kodeks Karny a także angielskojęzyczna literatura przedmiotu i publikacje Ministerstwa do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia.

Zakres tematyczny trzeciego rozdziału to prawno-systemowe rozwiązania fińskiego modelu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych. Rozdział ten częściowo opiera się o dane z rozdziału poprzedniego. W pierwszej jego części szczegółowo została przedstawiona problematyka proceduralna roszczeń

odszkodowawczych, obejmująca schemat postępowania, proces wydawania decyzji, ich zaskarżania i zasady dotyczące kompensaty. Druga część rozdziału została skupiona na zagadnieniach prawnej ochrony pacjentów i środków obrony, które im przysługują. Bazę źródłową stanowiły przede wszystkim informacje pochodzące ze stron internetowych: Fińskiego Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (PVK), które koordynuje system kompensacji szkód a także Kanclerza Sprawiedliwości. W rozdziale tym szeroko korzystano także z angielskojęzycznej literatury przedmiotu, ustawy *The Act on the Status and Rights of Patients*, publikacji Ministerstwa do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia oraz Państwowego Organu Nadzorczego do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia (VALVIRA) a także statystyk.

W niniejszej pracy celowo została pominięta szczegółowa analiza zagadnień teoretycznych modelu nordyckiego państwa opiekuńczego, katalogu usług socjalnych, systemu i rozstrzygnięć proceduralnych Państwowego Ubezpieczenia Społecznego, uregulowań prawnych dotyczących samorządności gmin, prywatnej opieki zdrowotnej oraz procedura zaskarżania decyzji administracyjnych, ponieważ jest zbyt szeroka i nie stanowi ona przedmiotu tej pracy.

W poniższej pracy wykorzystano najważniejsze publikacje dotyczące problematyki fińskiego systemu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych. Z większości publikacji wykorzystanych w pracy korzystałam w bibliotekach: Karelia University of Applied Science, University of Eastern Finland oraz bibliotece miejskiej miasta Joensuu położonego w Północnej Karelii w Finlandii. Ustawy, z których korzystałam w pracy są ustawami wydanymi przez Parlament Fiński nieoficjalnie tłumaczonymi na język angielski przez różnego typu organy i instytucje, najczęściej przez Ministerstwo do Spraw Opieki Społecznej i Zdrowia. Problematyka poruszona w pracy ma niewielkie odzwierciedlenie w fińskiej literaturze prawniczej. Publikacje te wydawane są głównie przez organy i jednostki podlegające Ministerstwu do Spraw Społecznych i Zdrowia w ramach ich działalności naukowej i badawczej.

## Rozdział 1 System opieki socjalnej i zdrowotnej w Finlandii

Niniejszy rozdział dotyczy prawno-systemowych kwestii funkcjonowania systemu opieki społecznej i zdrowotnej w Finlandii. Zaprezentowane zostaną podstawy systemu zabezpieczenia społecznego, zagadnienia teoretyczne modelu nordyckiego, podstawy państwowego ubezpieczenia zdrowotnego, kwestie fińskiego modelu państwa opiekuńczego, historii jego rozwoju, funkcjonowania, obowiązki gmin z nim związane. W części końcowej przedstawiona zostanie organizacja opieki medycznej, szczególnie publicznej. Bazę źródłową stanowią przede wszystkim angielskojęzyczna literatura przedmiotu, publikacje Ministerstwa do spraw Socjalnych i Zdrowia a także Konstytucja Finlandii oraz ustawa *Social Welfare Act*.

### Podrozdział 1 Zabezpieczenie społeczne

#### Punkt 1 Podstawy systemu zabezpieczenia społecznego w Finlandii

Finlandia jest republiką z jednoizbowym Parlamentem, który posiada władzę ustawodawczą. Obraduje w nim 200 przedstawicieli. Prezydent sprawuje władzę wykonawczą wraz z Rządem, posiada silną pozycję w kraju, dlatego system ten nazywany jest semiprezydenckim. Kraj podzielony jest na 20 regionów, 72 podregiony i 342 gminy<sup>1</sup>.

Głównym celem fińskiego systemu zabezpieczenia społecznego jest urzeczywistnienie konstytucyjnego prawa do niezbędnego utrzymania, opieki i godności ludzkiej<sup>2</sup>. W Finlandii zabezpieczenie społeczne należy rozumieć jako: po pierwsze świadczenie usług socjalnych a po drugie jako zabezpieczenie dochodów na odpowiednim poziomie (np. dla bezrobotnych)<sup>3</sup>.

Do korzystania z usług zabezpieczenia społecznego są uprawnieni wszyscy mieszkańcy, rezydenci w kraju. W jego ramach oferowane są usługi pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. System pomocy społecznej w Finlandii jest finansowany z podatków oraz wkładów związanych z zatrudnieniem. Polityka zabezpieczenia społecznego przygotowywana jest przez Rząd fiński w postaci Programu Rządowego. Za jej realizację i legislację odpowiedzialny jest Minister do spraw Socjalnych i

---

<sup>1</sup> *Finlandia*, [w:] *Nowa encyklopedia powszechna PWN tom 2*, Warszawa 1995, s. 363-268.

<sup>2</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, Helsinki 2006, s. 4

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 4.

Zdrowia. Najnowszy program zakłada zrównoważony rozwój w sferze zabezpieczenia społecznego mieszkańców i nosi nazwę: Społecznie Zrównoważona Finlandia 2020<sup>4</sup>. Celem jest osiągnięcie do 2020 roku zrównoważonego rozwoju przejawiającego się w wyeliminowaniu społecznej nierówności, duchowego i materialnego dobrobytu, zrównoważenie w sensie ekonomicznym, społecznym i ekologicznym. Zgodzono się, że rozwój ekonomiczny zapewnia funkcjonowanie państwa dobrobytu na wysokim poziomie a ten dobrze funkcjonujący zapewni siłę społeczeństwu<sup>5</sup>. Większość obowiązków związanych ze świadczeniem pomocy społecznej spoczywa na władzach lokalnych gmin, które są finansowane z podatków oraz subsydiów rządowych. Również podmioty prywatne mogą wykonywać usługi publiczne. Podlegają wtedy kierownictwu gmin, jeśli chcą by część kosztów leczenia zostało zwrócone ich klientom<sup>6</sup>. W roku 2010 wydatki na cele społeczne stanowiły 31% PKB Finlandii<sup>7</sup>.

Zabezpieczenie społeczne w Finlandii podzielone jest na:

1. Opiekę zdrowotną.
2. Świadczenia chorobowe, które pochodzą z ubezpieczenia zdrowotnego, z którego pokrywane są również koszty leczenia medycznego, leczenia w prywatnych klinikach, transportu medycznego a także obejmuje zwrot kosztów przepisanych recept oraz dzienny zasiłek chorobowy z powodu utraty zarobków, wypłacany przez Fińską Instytucję Ubezpieczenia Społecznego (dalej KELA),
3. Rehabilitację- prowadzona przez Instytucję Ubezpieczenia Społecznego KELA,
4. Zasiłki pielęgnacyjne oraz rentę dla niepełnosprawnych. A także z zasiłku dla emerytów, osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia i osób niepełnosprawnych,
5. Państwową emeryturę oraz emeryturę związaną z pracą zarobkową. Minimalna emerytura gwarantowana w 2013 roku wynosi 739 EUR na miesiąc. W ramach tej kategorii znajduje się renta inwalidzka, emerytura z okoliczności podeszłego wieku przysługująca po ukończeniu 63-68 roku życia w zależności od typu emerytury. W tej kategorii znajduje się również renta dla ocalałych, czyli dla

---

<sup>4</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic of the social security system in Finland*, Helsinki 2013, s. 6-9.

<sup>5</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Ministry of Social Affairs and Related Authorities*, Helsinki 2011, s. 8.

<sup>6</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic*, op.cit., s. 6.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 6-9.

członków rodziny, w której zmarł główny żywiciel rodziny. Emerytura dla bezrobotnych i pozostających w wieku emerytalnym, wcześniejsza emerytura od ukończenia 61 roku życia dla osób urodzonych po 1953 roku w kategorii emerytury związanej z zarobkowaniem. Możliwe jest zwiększenie emerytury w postaci dodatku na każde dziecko poniżej 16 roku życia pozostające w wspólnym gospodarstwie domowym,

6. Świadczenia rodzinne, zasiłek macierzyński oraz ojcowski, zasiłek rodzicielski, becikowe, świadczenie na dzieci, świadczenie na rzecz domowej opieki nad dzieckiem i w prywatnych placówkach, zasiłek na utrzymanie dziecka dla osób poniżej 18 roku życia, które nie otrzymuje wystarczającego wsparcia ze strony rodziców,
7. Ubezpieczenie dla bezrobotnych, zasiłek, subsydia z rynku pracy.
8. Ubezpieczenie wypadkowe, oraz zbiorowe ubezpieczenie pracowników,
9. Dodatek mieszkaniowy: generalny, dla emerytów oraz dla poborowych do wojska,
10. Opiekę społeczną, która dzieli się na podstawową, prewencyjną oraz uzupełniającą. Służy uniknięciu wykluczenia społecznego i długoletniemu poleganiu na zasiłkach społecznych<sup>8</sup>.

Źródłem i uprawnionymi do korzyści z zabezpieczenia społecznego jest państwo, gminy, zatrudnieni i ubezpieczeni<sup>9</sup>.

Prawa socjalne w Finlandii można podzielić na te zagwarantowane przez prawo międzynarodowe, prawa wynikające z Konstytucji, oraz te wynikające ze zwykłych ustaw. Ich zadaniem jest podstawowe zabezpieczenie bytu jednostki, udostępnianie usług publicznych i medycznych. Prawa społeczne stanowią jedynie obowiązek odpowiednich władz do spełnienia ich w stosunku do społeczeństwa nie nadają jednak praw podmiotowych jednostkom domagania się ich realizacji<sup>10</sup>.

Finlandia przestrzega praw socjalnych, do których zobowiązała się przystępując do Konwencji: Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturowych a także Europejskiej Karty Społecznej. Niektóre z nich to prawo do zdrowia, opieki społecznej, ochrona matek i dzieci. Finlandia nie powinna osłabiać już istniejących i realizowanych praw społecznych. Podobnie jak konstytucyjne prawa

---

<sup>8</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic of the social security system in Finland*, Helsinki 2013, s. 13-26.

<sup>9</sup> J. Uotila, *The Finnish Legal System*, Helsinki 1966, s. 205-206.

<sup>10</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 483.

socjalne również te wynikające z prawa międzynarodowego nie stanowią praw podmiotowych jednostek i nie można domagać się ich realizacji przed Trybunałami<sup>11</sup>.

Zabezpieczenie społeczne w Finlandii zostało zagwarantowane na poziomie konstytucyjnym<sup>12</sup>. W fińskiej Konstytucji, podstawowe prawa społeczne, znalazły się po nowelizacji z 1995 roku w rozdziale drugim omawianego aktu prawnego. Dotyczą one praw społecznych ekonomicznych i kulturowych i wynikają z międzynarodowych konwencji do których przystąpiła Finlandia. O prawie do zabezpieczenia społecznego stanowi<sup>13</sup> artykuł 19 rozdziału II Konstytucji, który mówi: „Ci, którzy nie mogą uzyskać środków niezbędnych do godnego życia, mają prawo do uzyskania niezbędnej opieki i utrzymania. Wszyscy mają zagwarantowane ustawowo prawo do egzystencji na podstawowym poziomie na wypadek bezrobocia, choroby, niepełnosprawności i podczas starości a także narodzin dziecka, utraty głównego żywiciela rodziny. Władze publiczne powinny zgodnie z szczegółowymi ustawami zapewnić odpowiednie usługi socjalne, zdrowotne, medyczne i promować zdrowy tryb życia wśród społeczeństwa. Ponad to władze publiczne powinny wspierać rodziny i inne osoby odpowiedzialne za byt dzieci by zapewnić im dobrobyt i osobisty rozwój. Władze publiczne powinny promować prawo każdego do mieszkania i możliwość aranżacji własnego mieszkania<sup>14</sup>.” Zawarcie w Konstytucji prawa do zabezpieczenia społecznego jest przejawem ważnej jego wysokiej rangi, jako prawa konstytucyjnego dla społeczeństwa fińskiego. Realizacja tego prawa jest zabezpieczona różnymi środkami prawnymi a samo prawo zabezpieczenia społecznego uregulowane jest w wielu ustawach i dekreтах<sup>15</sup>.

Dodatkowo w odniesieniu do Konstytucji J. Pöyhönen do podstawowych praw społecznych zalicza również prawo do równego traktowania, do ochrony własności, poszanowania języka oraz ochronę prawną w postępowaniach sądowych i administracyjnych. Jedynym prawem podmiotowym jest prawo do niezbędnego utrzymania i opieki, którego spełnienia może domagać się każdy i jest ono realizowane za pomocą różnego rodzaju świadczeń, zasiłków i emerytury<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 483-484.

<sup>12</sup> P. Leyland, A. Harding, *The Constitution of Finland*, Oxford and Portland, Oregon 2011, s.188-189

<sup>13</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction*, op.cit., s. 484-485.

<sup>14</sup> *The Constitution of Finland*, No. 731/1999, amendments up to 1112/2011 included, Issued on 11.06.1999, unofficial translation by Ministry of Justice. Finland, (tłum. własne).

<sup>15</sup> P. Leyland, A. Harding, *The Constitution of Finland*, Oxford and Portland, Oregon 2011, s.188-189.

<sup>16</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction*, op.cit., s. 484-485.



Na zabezpieczenie społeczne w Finlandii składają się 3 elementy:

- ubezpieczenie społeczne,
- pomoc społeczną i
- opieka społeczna<sup>17</sup>.

Ubezpieczenie społeczne, ze swej natury jest ubezpieczeniem przymusowym i preferuje rekompensatę w formie pieniężnej. Celem uregulowanego prawnie ubezpieczenia społecznego jest eliminacja ryzyka powstałego przede wszystkim, gdy u ubezpieczonego lub jego rodziny zachodzi stan bezrobocia, niepełnosprawności, podeszłego wieku lub wypadku w miejscu pracy. Skonstruowane jest tak, że ubezpieczony może skorzystać:

1. z gwarantowanego ubezpieczenia podstawowego, które obejmuje minimalną stawkę dzienną zasiłku chorobowego, państwową emeryturę oraz minimalną dzienną stawkę zasiłku dla bezrobotnych, koordynowanego przez Instytucję Ubezpieczenia Społecznego,
2. a także z ubezpieczenia zależnego od zarobków ubezpieczonego, w tym emerytury, zasiłku chorobowego i dla bezrobotnych, które świadczą prywatne firmy mające w swojej ofercie np. ubezpieczenia od wypadków i fundusze na bezrobocie.

Pomoc społeczna charakteryzują się wyrównywaniem różnic pomiędzy uzyskiwanymi dochodami przez rodzinę a ich wydatkami natomiast opieka społeczna, której uregulowanie jest obowiązkiem władz gminnych ma za zadanie rozwiązywać problemy społeczne takie jak bieda, alkoholizm<sup>18</sup>.

Ograniczenie praw socjalnych może nastąpić tylko w przypadkach wymienionych w ustawie z ważnych i społecznie akceptowanych przyczyn oraz ich ograniczenie nie może pozostawać w sprzeczności z prawami człowieka obowiązującymi w Finlandii. Należy ponadto zapewnić osobie, której prawa ograniczono stosowną ochronę prawną. Przykładami ograniczenia praw społecznych jest np. sprawdzanie poczty osób przymusowo leczonych psychiatrycznie czy 24 godzinne izolowanie dziecka, które jest niebezpieczne dla otoczenia a także przeszukanie jego rzeczy osobistych w przypadku posiadania substancji toksycznych lub o podobnym działaniu<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 471-473

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 471-473.

<sup>19</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction*, op.cit., s. 490-491.

## Punkt 2 Model nordycki

Modelem nordyckim to model państwa opiekuńczego występujący w Norwegii, Danii, Szwecji i omawianej Finlandii. Dzięki wprowadzonym rozwiązaniom stał się on przykładem, wzorem i inspiracją dla naukowców, badaczy i polityków. Główną zasługą tego modelu jest faktyczne wyeliminowanie nierówności społecznych a także powszechne respektowanie zasady równego traktowania płci. Model nordycki cechuje szeroki wachlarz instrumentów socjalnych i świadczeń, są nimi między innymi darmowa edukacja, opieka zdrowotna, przedszkola, zasiłki dla bezrobotnych, dodatki mieszkaniowe i inne. Zdaniem H. M. Dahl'a i T. R. Eriksen'a główne cechy modelu nordyckiego to: wszechstronność, finansowanie z podatków, charakter redystrybucyjny i uniwersalizm<sup>20</sup>. Model nordycki cechuje duże zainteresowanie pozycją kobiet<sup>21</sup>. Wspiera je w uzyskaniu pracy jednocześnie zapewniając opiekę dla dzieci, bezpłatny transport, urlopy wychowawcze zarówno dla matek jak i ojców.

Model nordycki z naukowego punktu widzenia jest modelem socjaldemokratycznej opieki społecznej. Od pozostałych modeli odróżnia go uniwersalizm, równouprawnienie w kwestii zapomóg finansowych i usług publicznych, przejrzysty system praw socjalnych, gwarantowanych i przyznawanych obywatelom oraz niski stopień ubóstwa, nierówności społecznej w odniesieniu do dochodów, poziomu życia oraz traktowania płci. Przeszedł transformację z systemu dla najuboższych do zinstytucjonalizowanego systemu opiekuńczego<sup>22</sup>.

Jako punkt wyjścia do opisu nordyckiego modelu państwa opiekuńczego należy traktować ideę uniwersalizmu. Polega ona na tym, że dostęp do usług socjalnych i zdrowotnych powinien być dostępny na równych zasadach wszystkim obywatelom, a nie tym tylko najuboższym. Ważnym elementami jest także równy rozdział dochodów państwa<sup>23</sup>. Uniwersalizm przejawia się w kwestii katalogu praw socjalnych, które stanowią centralny elementem nordyckiego modelu państwa opiekuńczego<sup>24</sup>. Zdaniem

---

<sup>20</sup> H. M. Dahl, T. R. Eriksen, *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate 2005, s. 7.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 7.

<sup>22</sup> S. Kuivalainen, *A Comparative Study on Last Resort Social Assistance Schemes in Six European countries*, Saarijärvi 2004, s. 56.

<sup>23</sup> M. Kautto (red.), *Nordic Social Policy Changing welfare states*, London 1999, s. 11.

<sup>24</sup> J. Magnussen, K. Vrangbaeck, R. B. Saltman, *Nordic Health Care Systems, Recent Reforms and Current Policy Challenges*, 2009, s. 4.

autorów publikacji „Nordic Social Policy Changing Welfare States” model nordycki wyróżnia kilka cech omówionych poniżej.

1. Przede wszystkim występuje w nim bardzo szeroki zasięg regulacji polityki socjalnej, do której zaliczane są zasiłki, ubezpieczenie jak i też warunki mieszkaniowe, edukacja, zatrudnienie, opieka zdrowotna.
2. Duży interwencjonizm państwa w sferę zabezpieczenia społecznego obywateli,
3. Uniwersalizm.
4. System socjalny finansowany jest z wysokich podatków, i podzielony jest na dwa schematy: wypłat świadczeń zwykłych oraz tych związanych z pracą zarobkową.
5. Główna rola spoczywa na lokalnych społecznościach i władzach gminnych, które odpowiadają za organizację usług socjalnych a przede wszystkim zdrowotnych dla mieszkańców. Usługi te podlegają niewielkim opłatom pobieranym od mieszkańców i są finansowane z podatków (model nordycki zwany jest również modelem usług),
6. Równy poziom dochodów mieszkańców kraju. Brak szczególnego rozwarstwienia społeczeństwa na biednych i bogatych,
7. Równość płci w każdym aspekcie. Kobiety są niezależne finansowo od mężów<sup>25</sup>. Finlandia postawiła na bardzo duży sektor publiczny, dzięki czemu zatrudnienie w nim znalazła bardzo duża liczba kobiet<sup>26</sup>.

Nordycki model w latach 80-90 znalazł się w głębokim kryzysie zgodnie z przewidywaniami OECD, organizacji która nie była zwolenniczką rozbudowanego systemu opiekuńczego. Zdaniem H. M. Dahl'a i T. R. Eriksen'a kryzys państwa opiekuńczego był spowodowany rosnącą globalizacją a wyjściem z niego okazała się idea NPM czyli Nowego Zarządzania Publicznego (*New Public Managment*)<sup>27</sup>. Nowe Zarządzanie Publiczne to reforma administracji w sektorze państwa opiekuńczego polegająca na zaczerpnięciu rozwiązań funkcjonujących w sektorze prywatnym i odpowiedniemu przeniesieniu ich na grunt sektora publicznego. W krajach nordyckich opiera się o ideę decentralizacji, skuteczności, wysokiej jakości usług oraz dokumentacji<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> M. Kautto (red.), *Nordic Social Policy Changing welfare states*, London 1999s. 13-14.

<sup>26</sup> R. Hjerppe, S. Ilmakunnas, Iikka B. Voipo, *The Finnish Welfare State at the turn of the Millenium: VATT Yearbook 1999*, Helsinki 2000, s. 12.

<sup>27</sup> H. M. Dahl, T. R. Eriksen, *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate 2005, s. 8.

<sup>28</sup> *Ibidem*, s. 8-9.

Wyzwaniem w latach 90 dla fińskiego modelu państwa opiekuńczego było niewątpliwie przełamanie kryzysu spowodowanego zbyt dużym obciążeniem finansów państwa bardzo rozbudowaną polityką socjalną. Innymi czynnikami, które spowodowały kryzys w Finlandii były liberalizacja gospodarki, internacjonalizacja i deregulacja<sup>29</sup>.

### Punkt 3 Państwowe Ubezpieczenie Zdrowotne

Fińskie Państwowe Ubezpieczenie Zdrowotne jest koordynowane przez fińską Instytucję Ubezpieczenia Społecznego, czyli KELA<sup>30</sup>. Zostało ono wprowadzone w 1963 roku i stało się obligatoryjnym ubezpieczeniem dla wszystkich mieszkańców Finlandii<sup>31</sup>. Schemat zabezpieczenia społecznego bazuje na pojęciu rezydenta. Oznacza to, że z usług medycznych i socjalnych w Finlandii mogą korzystać nie tylko jego obywatele ale także stali mieszkańcy, rezydenci. Państwowe Ubezpieczenie Zdrowotne finansowane jest w głównej mierze ze składek pracodawców i pracowników pobieranych w formie podatków a także z budżetu państwa. By w Finlandii skorzystać z usług systemu socjalnego należy posiadać kartę wydaną przez KELA, która stanowi dowód, że jest się objętym Państwowym Ubezpieczeniem Społecznym<sup>32</sup>.

W odniesieniu do służby zdrowia KELA jest instytucją, która zwraca część kosztów prywatnej opieki zdrowotnej, leków dostarczonych podczas opieki ambulatoryjnej, koszty rehabilitacji i transportu. KELA wypłaca także dzienny zasiłek chorobowy spowodowany utratą dochodów przez pacjenta. Okres otrzymywania zasiłku to maksymalnie 12 kolejno następujących po sobie miesięcy<sup>33</sup>. KELA wypłaca także zasiłek z tytułu niepełnosprawności, zasiłek macierzyński. Zwrotowi podlega też część kosztów poniesionych w związku z zakupem przepisanych przez lekarza leków<sup>34</sup>.

Przedsiębiorstwa prywatne świadczące usługi medyczne lub socjalne mogą dowolnie ustalać ceny za oferowane usługi, które w całości obciążają klienta. Istnieje

---

<sup>29</sup> R. Hjerpe, S. Ilmakunnas, Iikka B. Voipo, *The Finnish Welfare State at the turn of the Millennium: VATT Yearbook 1999*, Helsinki 2000, s. 5-6.

<sup>30</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Health Care in Finland*, Helsinki 2004, s. 24.

<sup>31</sup> L. Vuorenkoski, P. Mladovsky, E. Mossialos, *Finland: Health System Review*, 2008; 10(4), s. 22.

<sup>32</sup> K. Wahlbeck, K. Manderbacka, L. Vuorenkoski, H. Kuusio, M. Luoma, E. Widström, *Quality and Equality of Access to Healthcare Services*, Helsinki 2008, s. 17.

<sup>33</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Health Care*, op.ci., s. 24.

<sup>34</sup> K. Wahlbeck, K. Manderbacka, L. Vuorenkoski, H. Kuusio, M. Luoma, E. Widström, *Quality*, op.cit., s. 17.

jednak możliwość częściowego zwrotu kosztów z Państwowego Ubezpieczenia Zdrowotnego<sup>35</sup> w zakresie opieki zdrowotnej związanej z ciążą, urodzeniem dziecka, chorobą, tylko w niezbędnym zakresie określonym przez prowadzącego lekarza. Koszty wizyt u innych specjalistów są pokrywane przez KELA tylko gdy pacjent otrzymał skierowanie. Istnieje wiele wyłączeń takich jak brak pokrycia kosztów profilaktycznej opieki związanej z macierzyństwem czy wyłączenia z zakresu usług dentystycznych np. ortodontycznych<sup>36</sup>. Państwowe ubezpieczenie zdrowotne w ramach prywatnej opieki zdrowotnej zwraca część kosztów opłat za wizyty lekarskie a także opłat za badania ambulatoryjne czy zdjęcia rentgenowskie<sup>37</sup>.

## Podrozdział 2 Fińskie państwo opiekuńcze

Zgodnie z obecnym stanem rzeczy Finlandię należy zaliczyć do krajów urzeczywistniających formułę państwa opiekuńczego. Wskazuje na to obrany cel jakim jest dobrobyt obywateli i zabezpieczenie bytu wszystkich mieszkańców na pewnym, podstawowym poziomie oraz szeroki wachlarz instrumentów systemu ubezpieczeń społecznych. Wydatki na usługi socjalne i opiekę zdrowotną pokrywane są z podatków a nie ze składek obywateli i stanowią one około 30 % PKB kraju. Świadczenia zdrowotne są drugim w kolejności z pośród świadczeń socjalnych najbardziej obciążających budżet państwa<sup>38</sup>.

Polityka w zakresie państwa opiekuńczego i zabezpieczenia społecznego oparta jest o akty legislacyjne przede wszystkim ustawę *Social Welfare Act*<sup>39</sup> (dalej SWA). Ma ona za zadanie obniżenie ryzyka społecznego, realizować zasadę sprawiedliwości, wolności i równości, wyrównywać różnice w dochodach obywateli oraz strat skorelowanych z sytuacją na rynku<sup>40</sup>. By system państwa opiekuńczego mógł sprawnie funkcjonować konieczne jest umiejętne wywarzenie rzeczywistego zabezpieczenia bytu

---

<sup>35</sup>K. Wahlbeck, K. Manderbacka, L. Vourenkoski, H. Kuusio, M. Luoma, E. Widström, *Quality and Equality of Access to Healthcare Services*, Helsinki 2008, s. 33.

<sup>36</sup>*Ibidem*, s. 31.

<sup>37</sup>*Ibidem*, s. 33-34.

<sup>38</sup>P. Elovainio (red.), *Finlandia w faktach*, Helsinki 2003, s. 108.

<sup>39</sup>SWA.

<sup>40</sup>P. Arajärvi, *The Finnish Perspective on the Last-Resort Support for Subsistence, 1999-2012*, s. 18.

obywateli z czynnikami ekonomicznymi, przemysłem, opinią pracodawców i władz publicznych<sup>41</sup>.

P. Niemelä wskazuje również na ważny związek systemu pomocy społecznej z kościołem. Na początku to kościół pomagał najuboższym, zanim tę funkcję przejęło państwo. Związane to było z reformacją kościoła oraz oddzieleniem się gmin od parafii i stworzenia przez nie własnego aparatu władzy lokalnej. Wciąż jednak działają duchowni i siostry zakonne wyspecjalizowane w zawodach opiekunów społecznych<sup>42</sup>.

## Punkt 1 Historia rozwoju

Historia rozwoju państwa opiekuńczego w Finlandii w literaturze akademickiej często przedstawiana jest na tle pozostałych krajów nordyckich. Jednakże początki powstawania tego systemu w Finlandii różnią się od pozostałych krajów nordyckich ze względu na historię i warunki gospodarcze. Finlandia była krajem biednym, rolniczym pozostającym pod wpływami szwedzkimi a następnie rosyjskimi. Większość Finów nie było objętych żadnym ubezpieczeniem społecznym. Dopiero reformy lat 20 XXw. doprowadziły do powstania szeregu instytucji zabezpieczenia społecznego, które rozwijano do końca lat 40. Następnym okresem w dziejach rozwoju fińskiego państwa opiekuńczego był okres powojenny, w którym głównym celem było zjednoczenie i ujednoczenie zasad administracji kraju zniszczonego wojną. W tym czasie postawiono na rozwój zasiłków przede wszystkim dla rodzin, matek i dzieci. Ulgi dla najuboższych rozszerzono do zakresu pomocy społecznej w sytuacji niewystarczających dochodów również w charakterze prewencyjnym. Po II wojnie światowej nastąpił rozwój w zakresie budowy systemu opieki zdrowotnej. Nowy rozdział dla Finlandii rozpoczął się w latach 60 XX wieku, kiedy to przystąpiła do szeregu organizacji międzynarodowych takich jak EFTA, OECD. Jest to okres wzrostu gospodarczego, który pociągał za sobą konieczność rozszerzenia zabezpieczenia społecznego obywateli. W kraju nastąpiła transformacja od stadium rolniczego do przemysłowego i usługowego<sup>43</sup>. Obecnie Finlandię można określić, jako w pełni ukształtowane państwo opiekuńcze z dobrze rozwiniętym systemem zabezpieczenia społecznego. Wprowadzenie instrumentów

---

<sup>41</sup>P. Arajärvi, *The Finnish Perspective on the Last-Resort Support for Subsistence, 1999-2012*, s. 18.

<sup>42</sup> P. Niemelä, *A brief history of the social welfare and health care system in Finland and the role of the social work therein*, [w:] S. Ylinen (et al. (eds.)), *Social work in public health symposium*, Kuopio 1998, s. 9.

<sup>43</sup> H. Niemelä, K. Salminen, *Social Security in Finland*, Helsinki 2006, s. 9-14.

zabezpieczenia społecznego ściśle związanych z zarobkami takimi jak np. emerytura związana z zarobkami było w Finlandii postrzegane jako element konstrukcji współczesnego państwa opiekuńczego które jest w stanie rywalizować pod względem ekonomicznym z innymi państwami europejskimi. Wzrost ekonomiczny z lat powojennych został spowolniony w latach 70 XX wieku co było związane z recesją i kryzysem paliwowym. Finlandia odczuła te spowolnienie mniej niż inne kraje, dzięki wymianie handlowej ze Związkiem Radzieckim. Recesja zahamowała proces reformowania legislacji w sektorze zabezpieczenia społecznego w tym okresie<sup>44</sup>.

Finlandia znalazła się w głębokim kryzysie po raz pierwszy od czasów II Wojny Światowej po upadku Żelaznej Kurtyny, gdy nastąpiła wzmożona wymiana handlowa z krajami Europy Środkowej i Wschodniej związana z upadkiem Związku Radzieckiego. Nastąpił gwałtowny przyrost stopy bezrobocia, obniżenia wpływów z podatków i koniecznością zaciągania długów. Kryzys lat 90 nie spowodował jednak odejścia od formuły państwa opiekuńczego. W opisywanym okresie Finlandia wstąpiła do Unii Europejskiej (UE) i przyjęła walutę EURO. Z tego powodu harmonizacji podlegała jej dotychczasowa legislacja dotycząca rozwiązań socjalnych oraz przyjęto zasadę, że obywatel może być ubezpieczony tylko w jednym kraju członkowskim Unii Europejskiej. Do 2000 roku PKB w Finlandii systematycznie wzrastało, czego powodem był silny eksport i wzrost krajowej konsumpcji. Konieczność zmian odczuły usługi socjalne i zdrowotne, które przestały być finansowane według ponoszonych wydatków a którym zostały przyznawane blokowe granty<sup>45</sup>.

Ustawa o pomocy społecznej (*Social Welfare Act*)<sup>46</sup> została zreformowana w latach 80 XX wieku. Zmieniono w niej kilka dotychczasowych zasad, pomoc społeczną zastąpiono wsparciem finansowym dla osób potrzebujących wsparcia na poziomie uzasadnionych własnych potrzeb, wprowadzono krajowy system dystrybucji subsydiów, na poziomie państwowym tworzone plany dotyczące administracji do spraw socjalnych w gminach. Celem reform było również połączenie systemu opieki zdrowotnej z systemem socjalnym. Gminy zostały uposażone w kompetencje to tworzenia gminnych systemów socjalnych pomocy społecznej, pomocy finansowej oraz opieki medycznej Zmiany wprowadzono po to by urzeczywistnić zasadę odejścia od ulg tylko dla najuboższych ale żeby stworzyć system opieki uniwersalnej, obejmującej

---

<sup>44</sup>H. Niemelä, K. Salminen, *Social Security in Finland*, Helsinki 2006, s. 14-17.

<sup>45</sup>*Ibidem*, s. 18-23.

<sup>46</sup>SWA.

wszystkich obywateli. Zmiany w ustawie były krokiem milowym do istnienia współczesnego państwa opiekuńczego<sup>47</sup>.

Zasięg obecnej ustawy SWA<sup>48</sup> obejmuje zagadnienia związane z pomocą społeczną, usługami socjalnymi, zasiłkami, pożyczkami. Ich celem jest zabezpieczenie bytu jednostek, całych rodzin jak i społeczeństwa. Schemat organizacyjny w zakresie rozwiązań państwa opiekuńczego przedstawia się następująco. Organem odpowiedzialnym za planowanie i wdrażanie rozwiązań socjalnych jest Minister do Spraw Socjalnych i Zdrowia, w jego ramach funkcjonuje jednostka kontroli zwana Państwowym Organem Nadzoru do spraw Socjalnych i Zdrowia (*National Supervisory Authority for Welfare and Health*, dalej VALVIRA). Organ ten jest także organem nadrzędnym nad Regionalnymi Agencjami Administracji Rządowej i rozstrzyga kwestie konfliktu własności pomiędzy nimi, wyłączenie ze sprawy jednej z nich, kwestie wielkiej wagi i poważnych konsekwencji, sprawy związane z nadzorowaniem służby zdrowia i jej specjalistów. Sprawy administracyjne Wysp Alandzkich są rozstrzygane w osobnym dekrete. Istnieje również Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej który jest komórką ekspercką przy Rządzie<sup>49</sup>.

## Punkt 2 Obowiązki gmin

Konstytucja Finlandii stanowi, iż gminy sprawują władzę administracyjną na zasadach samorządu wobec swoich mieszkańców, przejawia się to prawie wyboru przedstawicieli a także poboru podatków. Ponad to stanowią one część organizacyjną państwa, sprawują władzę na danym obszarze a każdy mieszkaniec danego obszaru obowiązkowo jest ich członkiem. Gminy są niezależne a ich zadaniem jest zapewnienie dobrobytu mieszkańcom i zrównoważony rozwój. Wszystkie gminy w Finlandii mają ten sam status prawny, prawa i obowiązki i demokratyczną organizację. Jedynym regionem autonomicznym są Wyspy Alandzkie<sup>50</sup>. Obligatoryjnymi organami każdej z gmin jest:

1. Rada Gminy,

---

<sup>47</sup> H. Niemelä, K. Salminen, *Social Security in Finland*, Helsinki 2006, s. 17.

<sup>48</sup> SWA.

<sup>49</sup> *Ibidem*.

<sup>50</sup> L. Marjukka, *Access to Finnish Public Law*, Helsinki 2006, s. 75.



2. Zarząd Gminy,
3. Burmistrz,
4. Komisja Rewizyjna,
5. Biegli rewidenci-do kontroli finansów gminy.

Każda gmina ma prawo powoływać także inne organy np. w postaci komitetów i rad do wyspecjalizowanych działań<sup>51</sup>.

System socjalny i opieki zdrowotnej w Finlandii jest zdecentralizowany i odpowiedzialność za jego organizację i dostęp dla obywateli ponoszą gminy. O obowiązkach gmin w zakresie pomocy społecznej stanowi ustawa SWA. Sekcja 5 ustęp 3 ustawy SWA<sup>52</sup> stanowi, że wszystkie jej przepisy odnoszą się nie tylko do gmin ale i do wspólnych rad gminnych gdy takie zostały powołane. Przy każdej gminie powinna funkcjonować Rada do spraw Pomocy Społecznej, która może delegować obowiązki do mniejszych komórek. Rady te występują w imieniu gminy, sprawują jej prawa i obowiązki w sprawach z zakresu pomocy społecznej, opieki zdrowotnej i zawierania umów. Do obowiązków gmin nałożonych ustawą należy: ulepszanie systemu opieki społecznej na swoim obszarze, posiadanie odpowiedniego personelu do spraw dotyczących wdrażania rozwiązań opieki społecznej i państwa opiekuńczego. Każda gmina powinna mieć dostęp do urzędnika, który spełnia wymogi na wzór wykwalifikowanego pracownika socjalnego. Każda z nich musi także zapewnić swoim mieszkańcom wyposażenie i sprzęt niezbędny do świadczenia usług socjalnych. Ustawa nakłada na gminy także następujące obowiązki:

1. Organizacja opieki społecznej dla wszystkich mieszkańców gminy.
2. Świadczenie pomocy społecznej dla osób mieszkających w jej granicach.
3. Wypłacanie zasiłków socjalnych,
4. Organizacja system doradztwa w zakresie korzyści i świadczeń płynących z systemu socjalnego.
5. Dostarczanie informacji o jego funkcjonowaniu.
6. Prowadzenie badań i szkoleń w kierunku rozwoju systemu socjalnego i ubezpieczenia społecznego.
7. Świadczenie kredytów socjalnych dla mieszkańców gmin<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> *Ibidem*, s. 81-82.

<sup>52</sup> SWA

<sup>53</sup> SWA.

Gminy mają świadczyć usługi socjalne w tym zdrowotne dla swoich mieszkańców a mieszkaniac jest rozumiany, jako osoba mająca miejsce zamieszkania na obszarze danej gminy. W wyjątkowych sytuacjach usługi mogą być świadczone także dla osób mających miejsce zamieszkania w innej gminie. W takim przypadku właściwa gmina powinna być o tym powiadomiona, szczególnie gdy zdarzenie trwa powyżej 14 dni. Istnieje wtedy możliwość transferu osoby do odpowiedniej gminy<sup>54</sup>.

### Punkt 3 Prawa świadczeniobiorców

Status i prawa świadczeniobiorców usług społecznych i socjalnych określa ustawa o klientach pomocy społecznej. Dotyczy ona usług oferowanych zarówno przez podmioty publiczne jak i prywatne. Pierwszym z praw jest prawo do dobrej opieki i opieki społecznej. Przejawami tego prawa jest udzielanie opieki wysokiej jakości bez przejawów dyskryminacji, poszanowanie prawa do samostanowienia, ludzkiej godności i prywatności. Personel ma obowiązek wyjaśnienia praw i obowiązków przysługujących jednostkom, wskazać inne alternatywne opcje np. leczenia a także wyjaśnić ich możliwe skutki. Kolejnymi prawami jest prawo do samostanowienia, prawo do uzyskania informacji i obowiązek jej udzielenia. Klientów należy poinformować gdzie i w jaki sposób będą przechowywane informacje ich dotyczące, dlaczego są one pobierane i w jakim celu służą. Ustawa również wymienia zasadę wspólnego planowania przez klienta i organ pomocy społecznej ścieżki korzystania i udzielania mu pomocy społecznej. Następnie określa, że podstawową odpowiedzialność za dzieci i osoby w podeszłym wieku ponoszą odpowiednio rodzice i opiekunowie. Osobom posługującym się językiem obcym należy przydzielić tłumacza. Elementami ochrony praw klientów jest prawo odwołania się od pisemnej decyzji, co zostanie omówione w końcowej części pracy. Klienci są również uprawnieni do złożenia skargi w razie niesatysfakcjonującego sposobu ich traktowania. Kolejnym z elementów ochrony jest Rzecznik Pomocy Społecznej działający w każdej gminie, do którego można składać skargi w sprawach zarówno z usług świadczonych przez sektor publiczny jak i prywatny. Rzecznik na prośbę może działać jako arbiter w sprawie, popierać złożoną skargę lub pomóc ja

---

<sup>54</sup> *Ibidem.*

sformułować. Ponadto kontroluje on przestrzeganie praw klientów pomocy społecznej w danej gminie sporządzając coroczne raporty<sup>55</sup>.

### Podrozdział 3 Opieka medyczna

#### Punkt 1 Podstawowa opieka zdrowotna

Fiński system opieki zdrowotnej przypomina te funkcjonujące w pozostałych państwach nordyckich. Do jego obowiązków należy promowanie zdrowia, dostępność do usług dla każdego bez względu na miejsce zamieszkania i możliwości finansowe<sup>56</sup>. Fiński system opieki zdrowotnej jest systemem zdecentralizowanym<sup>57</sup>. Polega on na tym, że to na gminach, których jest ponad 342 spoczywa ciężar finansowania i organizacji służby zdrowia<sup>58</sup>. W Finlandii można skorzystać z gminnego systemu świadczenia usług medycznych oraz prywatnego systemu świadczenia usług medycznych. Od 1993 roku gminne przychodnie mogą podpisywać kontrakty z prywatnymi przedsiębiorstwami na świadczenie danej usługi, z której korzystanie przez pacjenta jest zwolnione z prywatnych stawek za usługę. Zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej każda gmina powinna stworzyć ośrodek zdrowia-przychodnię, oferującą profilaktyczną opiekę zdrowotną. Ośrodek zdrowia może być własnością jednej gminy lub federacji połączonych gmin. Docelowo każdy ośrodek gminny powinien świadczyć usługi dla 20 tys. mieszkańców<sup>59</sup>. Niedobory kadrowe i niezadowolenie lekarzy z wysokości otrzymywanego wynagrodzenia doprowadziły do sytuacji gdzie niektóre usługi medyczne muszą być świadczone przez prywatne przedsiębiorstwa, które swoim pracownikom wypłacają wynagrodzenie na podstawie przepracowanej liczby godzin<sup>60</sup>.

Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej rozpoczął się po II Wojnie której wynikiem rezultatem była konieczność wypłat ogromnych odszkodowań na rzecz

---

<sup>55</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *The status and rights of social welfare clients*, Helsinki 2001, s. 3-7.

<sup>56</sup> J. Teperi, M. E. Porter, *The Finnish Health Care System: a Value-Based Perspective*, Helsinki 2009., s. 37-39.

<sup>57</sup> R. Sund, *Methodological Perspectives for Register-Based Health System Performance Assessment, Developing a Hip Fracture Monitoring System in Finland*, Vaajakoski 2008, s. 28.

<sup>58</sup> J. Hirvonen, *Effect of Waiting Time on Health Outcomes and Service Utilization A Prospective Randomized Study on Patients Admitted to Hospital for Hip or Knee Replacement*, Vaajakoski 2007, s. 32.

<sup>59</sup> J. Teperi, M. E. Porter, *The Finnish*, op.cit., s. 47-49.

<sup>60</sup> U. Häkkinen, *The impact of the Finnish Health Sector Reforms*, Helsinki 2005, s. 25.

Związku Radzieckiego i związane z tym wygrane wybory do Parlamentu przez komunistyczne partie polityczne. Podczas wojny zginęło 90 tys. Finów, pozostało 50 tyś. inwalidów wojennych a ponad 420 tys. ludzi było bezdomnych z powodu utraty części ziem karelskich na rzecz Związku Radzieckiego. Opieka zdrowotna ograniczała się do pomocy inwalidom wojennym. Wkrótce potem rozpoczęto plany prewencyjne przeciw chorobom zakaźnym oraz opiekę zdrowotną dla dzieci. Pierwsze placówki medyczne powstawały przy udziale subsydiów rządowych ale i wielkiej pomocy organizacji wolontariackich. Pierwsza ustawa o szpitalach powstała w 1948. Następnie uregulowano ubezpieczenie od wypadków dla pracowników, dzięki szybkiemu rozwojowi związków zawodowych w kraju<sup>61</sup>. Pomimo komunistycznych rządów udało się osiągnąć pewien poziom stabilizacji w oferowaniu usług medycznych. W następnych latach doszło do tarć politycznych pomiędzy socjaldemokratami a komunistami z czego zwycięsko wyszła Partia Agrarna. W latach 50-60 postępował proces tworzenia sieci szpitali w kraju. Finom zapewnione było więcej łóżek szpitalnych ale mniej lekarzy specjalistów w porównaniu do pozostałych krajów nordyckich. W tym okresie powstało obowiązkowe Państwowe Ubezpieczenie Zdrowotne. Pod koniec lat 60 w Parlamencie zwyciężyła partia socjaldemokratów i zaczęto wdrażać plan rozwoju polityki socjalnej zwany: „Polityka Socjalna dla lat 60. Plan dla Finlandii”, stworzony przez Pekka’ę Kuusi<sup>62</sup>.

W latach 70 zauważono dysproporcję w alokacji środków finansowych, gdzie 90% trafiała do szpitali a tylko 10% na podstawową opiekę medyczną. W związku z tym podjęto ważną decyzję mającą wpływ również na współczesny system opieki zdrowotnej a mianowicie przejęcie kontroli nad opieką zdrowotną przez władze lokalne gmin. Postawiono na decentralizację opieki zdrowotnej, zwiększenie zasięgu podstawowej opieki zdrowotnej. Do zadań gmin należała organizacja, dostarczanie opieki zdrowotnej oraz wdrażanie narodowej polityki socjalnej. Opieka zdrowotna była określana w pięcioletnich planach tworzonych przez Radę do spraw Zdrowia i konkretyzowana przez plany poszczególnych gmin. Uzyskanie rządowych subsydiów na działalność zdrowotną uwarunkowane było realizacją celów określonych w planach polityki rządowej. W okresie problemów finansowych doszło do ważnych negocjacji pomiędzy Organizacją Gmin, Organizacją Fińskich Miast oraz Organizacją Szwedzkojęzycznych Gmin a państwem. W negocjacjach podjęto takie kwestie jak:

---

<sup>61</sup> T. Martikainen, P. Uusikylä, *Reforming Health Policy in Finland: A Critical Assessment*, 1997, s. 17- 18.

<sup>62</sup> *Ibidem*, s. 18-20.

finansowanie, kredytowanie działalności medycznej, obniżenie podatków, obniżenie wydatków na opiekę medyczną. Negocjacje te pomogły wyjść Finlandii z kłopotów finansowych bez szczególnego uszczerbku dla systemu opieki zdrowotnej<sup>63</sup>.

Sieć szpitali we współczesnym fińskim systemie opieki medycznej zaczęto budować w latach 60. Zatrudnienie znaleźli w nich fińscy lekarze, których liczba w skali kraju była trzecią najniższą w ówczesnej Europie. Również średnia długość życia obywateli Finlandii była jedną z najniższych na kontynencie europejskim. Następne lata były poświęcone budowie jednostek medycznych z wieloma specjalizacjami, otwieraniu akademii medycznych co skutkowało zwiększeniem oczekiwanej długości życia oraz obniżeniem śmiertelności niemowląt która jest obecnie jedną z najniższych na świecie<sup>64</sup>. W Finlandii system oferowania usług medycznych oparty jest na 3 schematach: gminach, prywatnych przedsiębiorstwach i ten oparty na zatrudnieniu. Pierwszy ze schematów oparty jest na gminach, i finansowany z podatków i subsydiów państwowych. Gminy oferują podstawową opiekę medyczną i specjalistyczną opiekę szpitalną. Szpitale finansowane są przez gminy leżące w obrębie danego okręgu szpitalnego. Specjalistyczna opieka szpitalna zapewniona jest dzięki podzieleniu państwa na 20 okręgów szpitalnych. W każdym z nich zawsze znajduje się szpital główny który może być jedynym szpitalem w okręgu lub jest ich więcej.<sup>65</sup>. Drugi schemat oferowania usług medycznych opiera się na prywatnych usługodawcach w zakresie opieki medycznej, której koszty są częściowo finansowane z obligatoryjnego państwowego ubezpieczenia medycznego- *National Health Insurance* (NHI), ale w przeważającej części finansowane są z opłat klientów. Ostatni ze schematów związanych jest z zatrudnieniem gdzie usługi są świadczone zarówno przez podmioty prywatne jak i gminne, jednakże istnieją różnice w zakresie koszyka oferowanych świadczeń<sup>66</sup>. Przyjąć należy, że za świadczenie i dostęp do usług publicznych, socjalnych w tym zdrowotnych odpowiadają w głównej mierze gminy<sup>67</sup>.

Dostęp do opieki medycznej uregulowany jest różnymi zasadami prawnymi zawartymi w ustawach a tylko chwilach zagrożenia życia ludzkiego należy się natychmiastowo. Pierwszym i najważniejszym kryterium skorzystania z usług

---

<sup>63</sup>T. Martikainen, P. Uusikylä, *Reforming Health Policy in Finland: A Critical Assessment*, 1997, s. 20-25.

<sup>64</sup>J. Teperi, M. E. Porter, L. Vourenkoski, J. F. Baron, *The Finnish Health Care System: a Value Based Perspective*, Helsinki, s. 36-37.

<sup>65</sup>*Ibidem.*, s. 37.

<sup>66</sup>*Ibidem.*, s. 37.

<sup>67</sup>P. Elovainio (red.), *Finlandia w faktach*, Helsinki 2003, s. 116.

medycznych jest- zasada zapotrzebowania (*principle of need*). Przejawia się ona w tym, że potrzeba leczenia pacjenta jest uprzednia do kosztów leczenia czy przyczyn zachorowania. W okolicznościach, w których trudno stwierdzić, który z dwojga pacjentów posiada pierwszeństwo w leczeniu zasadę zapotrzebowania wspiera zasada kolejności (*queuing*). W procesie podejmowania decyzji przez odpowiednie władze o przyznaniu prawa do opieki medycznej należy wziąć pod uwagę prawa pacjentów wynikające z ustawy o prawach pacjentów z 1993 r. Należą do nich przede wszystkim prawo do opieki medycznej o najwyższych standardach, prawo do samostanowienia przez pacjenta a także prawo do bycia informowanym o swoim stanie zdrowia. Pozostałymi przesłankami, którymi powinien kierować się personel medyczny jest poszanowanie integralności pacjenta, poufność oraz tajemnica danych osobowych.<sup>68</sup>

Finowie dbają by dostęp do opieki zdrowotnej i innych usług socjalnych był szeroki i równy dla wszystkich<sup>69</sup>. Przykład może stanowić Projekt Północna Karelia powzięty w 1972 roku w odpowiedzi na wysoką śmiertelność populacji spowodowanej m.in. chorobami serca<sup>70</sup>. Celem projektu był wzrost dobrobytu i poprawa zdrowotności w jednym z najbiedniejszych regionów Finlandii w ówczesnym czasie- Karelii Północnej. Projekt odniósł duży sukces i może stanowić podstawę do stwierdzenia, że jednym z głównych celów fińskiego państwa dobrobytu jest dostęp do usług publicznych dla wszystkich jego obywateli bez względu na status społeczny czy majątkowy. Kolejnym projektem mającym na celu promocję zdrowia był program „Zdrowia dla Wszystkich do 2000 roku” (*Health for All By Year 2000*), który stanowił podstawę tworzenia lokalnych programów gminnych<sup>71</sup>.

## Punkt 2 Publiczna służba zdrowia

Z mocy prawa zorganizowanie systemu opieki zdrowotnej w danej społeczności należy do zadań gminy. Jest ona ustawowo podzielona na podstawową opiekę zdrowotną oraz specjalistyczną opiekę szpitalną<sup>72</sup>. Gminy są niezależne, jednak obok nich istnieje lokalny aparat administracji rządowej oraz organy wspólne gmin,

<sup>68</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 482-483.

<sup>69</sup> P. Elovainio (red.), *Finlandia w faktach*, Helsinki 2003., s. 116.

<sup>70</sup> P. Puska, J. Tuomilehto, A. Nissinen, E. Vartiainen, *The North Karelia Project 20 Year Result and Experiences*, Helsinki 1995, s. 13.

<sup>71</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Health Promotion in the Municipality The Health for All by the Year 2000 Municipal Programme. Conclusions and Recommendations*, Helsinki 1996, s. 16-18.

<sup>72</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 473.

stworzone w celu kooperacji działań. System opieki społecznej jest stworzony tak, że jest administrowany przez władze lokalne gmin, które dostarczają mieszkańcom zarówno opiekę podstawową jak i szpitalną. Swoją działalność finansują poprzez uzyskane subsydia rządowe<sup>73</sup>. Część świadczeń w niewielkiej wysokości jest płacona przez pacjentów. Każda placówka medyczna wybiera własnych przedstawicieli oraz odpowiednie rady wspomagające proces podejmowania decyzji danej placówce<sup>74</sup>.

Opieka zdrowotna w Finlandii uregulowana jest przede wszystkim w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej<sup>75</sup>. Opieka zdrowotna jest podzielona na podstawową, specjalistyczną, zdrowia psychicznego, chorób zakaźnych oraz medycynę pracy. Ustawowe świadczenia zdrowotne możliwe do uzyskania przez każdego mieszkańca w razie potrzeby to:

1. Doradztwo w sprawie zdrowia. Obejmuje ono porady w zakresie zdrowia ogólnego, zapobieganiu ciąży, edukację zdrowotną.
2. Leczenie medyczne i rehabilitacja. Obejmuje ono wszystkie etapy takie jak: badanie zdrowia, podjęcie leczenia oraz późniejsza rehabilitację. Można je uzyskać w przychodniach, oddziałach opieki, opiece ambulatoryjnej oraz opiece domowej. Leczenie musi być dostępne dla każdego mieszkańca gminy, a specjalistyczna opieka bez względu na miejsce zamieszkania. Organizacja rehabilitacji głównie zależy od Instytucji Ubezpieczenia Społecznego, jednak niezbędny sprzęt medyczny wydawany jest przez przychodnie i szpitale.
3. Transport pacjentów. To gminy mają obowiązek udzielenia transportu pacjentom oraz zapewnienia transportu w jednostkach ratujących życie.
4. Opieka dentystyczna. Dla każdego w każdym wieku. Świadczy ją gmina.
5. Opieka zdrowotna w szkołach oraz studencka służba zdrowia. Jest świadczona przez gminy na każdym poziomie edukacji. Głównie badany jest wzrok, słuch zdrowie psychiczne a także wykonywaną są usługi rentgenowskie, poradnictwo psychologiczne i inne.
6. Badania masowe. Np. organizowanie akcji profilaktyki raka piersi dla kobiet w określonym wieku.
7. Specjalistyczna opieka medyczna. Gminy mają za zadanie zapewnić każdemu odpowiednią opiekę u specjalisty w razie potrzeby.

---

<sup>73</sup> T. Martikainen, P. Uusikylä, *Reforming Health Policy in Finland: A Critical Assessment*, 1997, s. 14- 16.

<sup>74</sup> *Ibidem*, s. 14- 16.

<sup>75</sup> *Primary Health Care Act No. 66/1972* Issued in Helsinki on 28.01.1972, unofficial translation by Ministry of Social Affairs and Health, (tłum. własne).

8. Medycyna pracy. Jest organizowana przez gminy zarówno dla pracowników jak i pracodawców.
9. Środowiskowa opieka zdrowotna (*environment al health care*). Dotyczy ona opieki nad mieszkańcami w otaczającym ich środowisku. Przede wszystkim zajmuje się monitoringiem niebezpieczeństw, chemikaliów, żywności i weterynarią.
10. Zdrowie psychiczne. Jego organizacją zajmują się gminy w przychodniach oraz szpitalach, leczenie w pierwszej kolejności zaczyna się od wniosku samego pacjenta.
11. Ramy czasowe dostępu do opieki medycznej. Opieka w nagłych przypadkach świadczona jest natychmiastowo. Leczenie w przychodniach musi odbyć się w terminie do 3 miesięcy od zgłoszenia się pacjenta lub 6 miesięcy w przypadku zapisów do specjalisty<sup>76</sup>.

W Finlandii w 1999 roku funkcjonowało 275 przychodni, placówek medycznych świadczących usług podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczą one usługi profilaktyczne i zajmują się leczeniem pacjentów. Zatrudnienie w nich znajdują lekarze rodzinni, pielęgniarski, dentyści, fizjoterapeuci, psychologowie i inni specjaliści. Przychodnie finansowane są z subsydiów rządowych przydzielanych w związku z rozbudowywaniem infrastruktury medycznej lub zwiększaniem wachlarza usług medycznych oraz zatrudnianiem nowych lekarzy specjalistów<sup>77</sup>. Do podstawowych zadań placówek medycznych, podstawowej opieki zdrowotnej należą:

1. Opieka profilaktyczna i zdrowotna na obszarze danej jednostki medycznej.
2. Świadczenie usług medycznych przez lekarzy rodzinnych i pielęgniarki.
3. Opieka dentystyczna dla pacjentów.
4. Niektóre usługi szpitalne wykonywane przez lekarzy rodzinnych.
5. Wizyty domowe.
6. Opieka z zakresu zdrowia psychicznego.
7. Rehabilitacja.
8. Pogotowie ratunkowe.

---

<sup>76</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Statutory Social and Health Services in Finland*, Helsinki 2006, s. 11-14.

<sup>77</sup> I. Taipale (red.), *100 social innovations from Finland*, Helsinki 2007, punkt 38.



9. A także opieka świadczona dla pracowników w ramach medycyny pracy, opieka dla studentów oraz środowiskowa opieka zdrowotna<sup>78</sup>.

Obecnie w Finlandii duży nacisk kładzie się na rozwój elektronicznej formy kontaktu pacjenta z lekarzem lub placówką medyczną. W 2008 roku tylko kilka z nich oferowało pacjentom elektroniczne usługi *eService* w postaci zapisów na wizyty, obsługę za pośrednictwem e-mail lub wiadomości tekstowych SMS, jednak liczba miejsc ich oferująca sukcesywnie wzrasta<sup>79</sup>.

Planowaniem, realizacją i monitoringiem nad polityką socjalną i zdrowotną zajmuje się Ministerstwo do spraw Socjalnych i Zdrowotnych. Na poziomie lokalnym funkcje te sprawują Regionalne Agencje Administracji Państwowej<sup>80</sup>. Jeżeli gminy nie wykonują swoich zobowiązań mogą zostać ukarane grzywną przez Regionalne Agencje Administracji Państwowej po wcześniejszym wysłuchaniu przez odpowiedniego Ministra<sup>81</sup>.

### Punkt 3 Prywatna służba zdrowia

W Finlandii zauważyć można rosnący udział podmiotów prywatnych w świadczeniu usług medycznych. Są nimi organizacje NGO's oraz prywatne przedsiębiorstwa. W 2006 roku świadczyły one ponad 1/5 usług medycznych i socjalnych na rynku fińskim<sup>82</sup>. Prywatne usługi medyczne w dużej mierze świadczone są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, rzadziej przez prywatne szpitale. Wizyty lekarskiej w prywatnym sektorze stanowią aż 30 % wszystkich wizyt lekarskich w Finlandii. Natomiast wizyty w prywatnych szpitalach stanowią zaledwie 3,5 % wszystkich pobytów szpitalnych. Usługi oferowane przez prywatne przedsiębiorstwa są często wybierane przez klientów ze względu na krótszy czas oczekiwania na wizytę, i swobodny wybór placówki medycznej. Generalnie prywatna opieka zdrowotna jest finansowana z opłat jej klientów, istnieje jednak możliwość częściowego zwrotu tych kosztów w ramach Państwowego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Jednak mieszkańcy Finlandii rzadko przystępują do prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ

---

<sup>78</sup>I. Taipale (red.), *100 social innovations from Finland*, Helsinki 2007, punkt 38.

<sup>79</sup>P. Hämäläinen, J. Reponen, I. Winblad, *eHealth of Finland Check Point 2008*, Jyväskylä 2009, s. 4.

<sup>80</sup>Ministry of Social Affairs and Health, *Statutory Social and Health Services in Finland*, Helsinki 2006, s. 19.

<sup>81</sup>*Ibidem*, s. 20.

<sup>82</sup>Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, Helsinki 2006, s.8.

wolą korzystać z częściowych zwrotów kosztów z państwowego systemu ubezpieczenia. Zwroty te są realizowane przez KELA- Instytucję Ubezpieczenia Społecznego, która posiada swoje jednostki na terenie całego kraju.

Obecnie w Finlandii można zauważyć bardzo szybki wzrost sektora prywatnego w odniesieniu do publicznego. Przejawia się to między innymi w wysokim wzroście liczby zatrudnionych lekarzy w prywatnych przedsiębiorstwach<sup>83</sup>. W 2003 roku na 17,5 tys., czynnych lekarzy, 1,5 tys. świadczyło samodzielne usługi prywatne a 4,4 tys. lekarzy pracowało dodatkowo w prywatnej służbie zdrowia po godzinach pracy w publicznej służbie zdrowia<sup>84</sup>. Proces ten wspomaga częściowy zwrot kosztów z Państwowego Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Prywatny system opieki zdrowotnej jest finansowany głównie z opłat klientów ale także KELA oraz przez gminy, które wykupują usługi u prywatnych usługodawców. Główne wizyty u fizjoterapeutów, prywatne operacje chirurgiczne, świadczenia medycyny pracy oraz badania laboratoryjne i rehabilitację<sup>85</sup>.

Z badania statystycznego przeprowadzonego w 2002 roku wynika, że przeważająca większość populacji Finlandii uważa że publiczna służba zdrowia powinna być dominującym usługodawcą w zakresie świadczeń zdrowotnych i medycznych. Jednocześnie 48 % z nich uważa, że prywatny sektor jest wydajniejszy od publicznego. W różnych grupach podzielonych ze względu na kryteria: płci, wieku, zatrudnienia i rocznych dochodów opinie wyglądają w bardzo podobny sposób i różnią się tylko kilkoma punktami procentowymi. Osoby młodsze do 35 roku życia silniej niż pozostali zgłaszali potrzebę wzrostu sektora prywatnego i uważali go za wydajniejszy. W zwiększeniu sektora prywatnego zainteresowanie wykazywali bardziej mężczyźni od kobiet. Znaczące jest to, że aż 40 % mieszkańców o najniższych dochodach nie przekraczających 10 tys. EUR rocznie uważa, że liczba dostępnych usług prywatnej opieki zdrowotnej powinna nawet wzrosnąć.. Natomiast najsilniej związanymi i popierającymi publiczną służbę zdrowia jest grupa rolników. Może to być wynikiem trudności w dostępie do prywatnej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich<sup>86</sup>.

---

<sup>83</sup> K. Wahlbeck, K. Manderbacka, L. Vourenkoski, H. Kuusio, M. Luoma, E. Widström, *Quality and Equality of Access to Healthcare Services*, Helsinki 2008, s. 16.

<sup>84</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Health Care in Finland*, Helsinki 2004, s. 19.

<sup>85</sup> *Ibidem*, s. 19.

<sup>86</sup> M. Heikkilä, M. Kautto, *Welfare in Finland*, Saarijärvi 2004, s. 157-158.

#### Punkt 4 Struktura organizacyjna i odpowiedzialne organy

Organizacja systemu socjalnego w Finlandii podzielona jest na trzy szczeble: Ministerstwo do spraw Socjalnych i Zdrowia, Regionalne Agencje Administracji Państwowej oraz Gminy<sup>87</sup>. Ministerstwo do Spraw Socjalnych i Zdrowia jest odpowiedzialne za politykę, legislację i monitoring jej implementacji. Dużą autonomią w sferze wykonywania usług medycznych i socjalnych cieszą się gminne władze lokalne. KELA- Instytucja Ubezpieczenia Społecznego to autonomiczny organ kontrolowany przez Parlament, do którego zadań należy zarządzanie zasiłkami i grantami socjalnymi. Fiński system zabezpieczenia społecznego współpracuje z różnego typu ubezpieczeniami, w którym miesza się działalność sektora publicznego i prywatnych ubezpieczycieli. Nadzór nad systemem ubezpieczeń sprawuje Organ Nadzoru Finansowego<sup>88</sup>.

Działalność zwierzchnia Ministerstwa do spraw Socjalnych i Zdrowia obejmuje systemy :

- a) Emerytur, dla osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych. W sektorze publicznym koordynowane są przez instytucję KELA a w sektorze prywatnym- emerytur związanych z zarobkami przez prywatnych ubezpieczycieli oraz organy publiczne a także centralny organ- Fińskie Centrum dla Emerytur.
- b) Wypadków w pracy, chorób zawodowych. Sektor ten operuje dzięki prywatnym firmom ubezpieczeniowym. Organem centralnym jest Federacja Instytucji Ubezpieczeń od Wypadków.
- c) Bezrobocia. Działania w tym zakresie koordynuje KELA oraz Fundusz Ubezpieczenia od Bezrobocia (TVR).
- d) Opieki zdrowotnej, usług i zwrotów kosztów. Zajmują się nią władze lokalne gmin, KELA oraz prywatni przedsiębiorcy.
- e) Zasiłków: macierzyńskiego i chorobowego. Jest operowany przez KELA.
- f) Świadczeń rodzinnych, dodatków mieszkaniowych. Również operowany jest przez KELA.

---

<sup>87</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, Helsinki 2006, s. 5.

<sup>88</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic of the social security system in Finland*, Helsinki 2013, s. 11.

g) Pomocy i usług społecznych. Działają w nich władze lokalne oraz sektor prywatny<sup>89</sup>.

Ministerstwo do Spraw Socjalnych i Zdrowia stanowi pierwszy szczebel w strukturze organizacyjnej systemu zabezpieczenia społecznego w Finlandii. Składa się z jednostek administracyjnych oraz centrów doskonałości systemu państwa opiekuńczego<sup>90</sup>. W Finlandii jest 9 takich centrów doskonałości, finansowanych przez Rząd. Są nimi np. uniwersytety, politechniki a ich zadaniem jest rozpowszechnianie wiedzy na temat stanu funkcjonowania modelu państwa opiekuńczego<sup>91</sup>.

Do podstawowych zadań Ministerstwa do spraw Socjalnych i Zdrowia należy promowanie zdrowego trybu życia, zdrowego miejsca pracy i otaczającego środowiska, równości płci, zapewnienie usług socjalnych i medycznych, zabezpieczenie dochodów mieszkańców na każdym etapie życia. Przygotowuje ono fińską politykę w zakresie: państwa opiekuńczego, zdrowia, równości płci i bezpieczeństwa miejsca pracy a także wdraża w życie Program Rządowy, przygotowuje projekty legislacyjne. Ministerstwo koordynuje szereg podległych mu agencji i instytucji zajmujących się polityką socjalną i zdrowotną, w którego strukturach administracyjnych pracuje ponad 4,5 tys. pracowników<sup>92</sup>.

W Ministerstwie do spraw Socjalnych i Zdrowia urzęduje dwóch ministrów:

- Minister Spraw Socjalnych i Zdrowia oraz
- Minister Usług Medycznych i Socjalnych.

Wspierani są oni przez Ministra Kultury i Sportu w zakresie działań na rzecz równości płci. W Ministerstwie pracują również Sekretarze Stanu oraz Stały Sekretarz. Stałemu Sekretarzowi, który jest najwyższym urzędnikiem służby cywilnej w Ministerstwie podlega pięć departamentów:

1. Departament Promocji Opieki Społecznej i Zdrowia.
2. Departament Bezpieczeństwa i Higieny Pracy.
3. Departament Usług Socjalnych i Medycznych.
4. Departament Ubezpieczenia.
5. Departament Administracji i Planowania.

---

<sup>89</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic of the social security system in Finland*, Helsinki 2013, s. 12.

<sup>90</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, Helsinki 2006, s. 5.

<sup>91</sup> *Ibidem*, s. 5.

<sup>92</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Ministry of Social Affairs and Related Authorities*, Helsinki 2011, s. 6-8.

Podlega mu również pięć specjalnych jednostek takich jak: doradcza, spraw międzynarodowych i biuro Rzecznika Na Rzecz Równości. Praca w departamentach jest koordynowana przez Starszy Zarząd Ministerstwa. Niezależnymi organami działającymi obok departamentów jest Rzecznik Dzieci oraz Rada Cen Środków Farmaceutycznych<sup>93</sup>.

Ze względu na tematykę poniższej pracy magisterskiej głównym zainteresowaniem są objęte departamenty, promocji zdrowia i opieki społecznej, usług medycznych i socjalnych oraz ubezpieczenia, w ramach, którego działają grupy ubezpieczenia: emerytów, bezrobotnych, zdrowia oraz jednostki: rynku ubezpieczeń, planowania, koordynacji w ramach Unii Europejskiej i bilateralnych umów międzynarodowych<sup>94</sup>.

W ramach Ministerstwa do spraw Socjalnych i Zdrowia funkcjonuje także szereg rad i komisji doradczych a najważniejsze z nich z punktu widzenia tematyki pracy są: Rada Obrażeń u Pacjentów (*Patient Injuries Board*), Rada Doradcza do spraw Ubezpieczenia Zdrowotnego, Rada Mediacji w Ubezpieczeniach, Rada Doradcza w sprawie Profesjonalistów Służbie Zdrowia oraz Rada do spraw Publicznej Opieki Zdrowotnej i inne<sup>95</sup>.

W realizacji polityki zdrowotnej i socjalnej Ministerstwu pomagają niezależne agencje. Najważniejsze z nich to Regionalne Agencje Administracji Państwowej, Państwowy Organ Nadzoru nad Opieką Społeczną i Zdrowiem VALVIRA, Komisja Odwoławcza Zabezpieczenia Społecznego, Państwowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej. Ministerstwo podpisuje z nimi czteroletnie umowy, które są corocznie aktualizowane. Ich zadaniami jest głównie przygotowywanie projektów ustaw, implementacja zasad polityki społecznej, wydawanie pozwoleń i koncesji, prowadzenie badań. Innymi organami pracującymi w administracji są m.in. KELA- Instytut Ubezpieczenia Społecznego, Organ Nadzoru Finansowego<sup>96</sup>.

Drugi szczebel w organizacji państwa opiekuńczego stanowią Regionalne Agencje Administracji Rządowej, których jest 6 na terenie całego kraju. Do niektórych

---

<sup>93</sup>Ministry of Social Affairs and Health, *Ministry of Social Affairs and Related Authorities*, Helsinki 2011, s. 9.

<sup>94</sup>*Ibidem*, s. 14.

<sup>95</sup>*Ibidem*, s. 21-23.

<sup>96</sup>*Ibidem*, s. 26-27.

ich zadań należy organizacja systemu składania skarg i odwołań, monitoring i organizacja szkoleń dla personelu opieki socjalnej<sup>97</sup>.

Trzeci szczebel w organizacji stanowią gminy. Jest to główny przejaw decentralizacji. Gminy cieszą się autonomią, mogą pobierać podatki i są zobowiązane zorganizować opiekę medyczną i socjalną na obszarze swoich gmin<sup>98</sup>.

## Punkt 6 Opłaty

W Finlandii korzystanie z usług publicznej służby zdrowia jest częściowo odpłatne. Usługi są finansowane z subsydiów rządowych ale część tych kosztów w niektórych sytuacjach ponoszą także pacjenci. Wysokość opłat jest symboliczna, z określoną ustawowo górną granicą ich wysokości w rozliczeniu rocznym. W 2005 roku górnym rocznym pułapem opłat była kwota 590 euro. Po przekroczeniu tej granicy pacjent otrzymywał opiekę bez żadnych opłat<sup>99</sup>. Opłaty za usługi medyczne i socjalne płacone przez klientów wynoszą około 9 % struktury finansowania tego sektora. Dla Rządu fińskiego są przede wszystkim środkiem powstrzymującym przed niewłaściwym korzystaniem z oferowanych usług. Jednakże ich wysokość ma być ustalona na takim poziomie by zapewnić dostęp do nich każdemu mieszkańcowi. Usługi są podzielone na te wolne od opłat, o stałej wysokości opłat oraz te zależnych od wysokości osiągniętych dochodów. Wysokość opłat jest ustalana ustawowo, gminy mogą jednak obniżyć ich wysokość lub nawet z nich zrezygnować. Klient który jest niezadowolony z uzyskanej usługi medycznej lub socjalnej ma prawo zwrócenia się z wnioskiem o skorygowanie jej wysokości. W Finlandii przewiduje się także naliczanie odsetek za zwłokę. Wysokość opłat podlega rewizji co 2 lata<sup>100</sup>.

Opłaty są podzielona na:

1. Opłaty za korzystanie z usług placówek medycznych. Są to opłaty za wizytę u lekarza, wizytę u dentysty, przyjęcie w nagłych wypadkach w późnych godzinach wieczornych, weekendy i święta, opłata karna za nieodwołanie wizyty.

---

<sup>97</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, Helsinki 2006, s. 5-6.

<sup>98</sup> *Ibidem*, s. 6.

<sup>99</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Health Care in Finland*, Helsinki 2004, s. 25-27.

<sup>100</sup> *Social and Health Care Clients Fees*, [online] dostępne w Internecie: [http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/client\\_fees](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/client_fees), [dostęp: 14.06.2013r.].

2. Opłaty szpitalne. Należą do niej codzienne opłaty szpitalne, opłaty za korzystanie z opieki ambulatoryjnej, operacje chirurgiczne, serię zabiegów a także rehabilitację.
3. Opłata za opiekę pielęgniarską w domu pacjenta. Wysokość tej opłaty zależy od tego czy sytuacja wymaga stałej opieki czy sporadycznej.

Zwolnione z niektórych opłat za usługi medyczne są dzieci poniżej 18 roku życia, oraz matki i dzieci w ramach profilaktycznej służby zdrowia. Z opłat zwolnione są wizyty u pielęgniarek, wykonywanie badań ambulatoryjnych i zdjęć rentgenowskich<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Health Care in Finland*, Helsinki 2004, s. 25-27.

## Rozdział 2 Odpowiedzialność cywilna lekarzy i szpitali

Rozdział drugi przedstawia zagadnienia dotyczące obowiązków lekarzy i szpitali, kwestie prawno-administracyjnej struktury systemu specjalistycznej opieki szpitalnej a także analizę odpowiedzialności za wyrządzone szkody wynikającą z fińskiego systemu kompensacji szkód, w której zostały przybliżone przesłanki szkody, zakres obowiązkowego ubezpieczenia pacjentów, środki dyscyplinarne nakładane przez organy nadzorcze a także odpowiedzialność deliktowa. Bazę źródłową rozdziału stanowią ustawy: *Patient Injuries Act*, *Specialized Medical Care*, *Health Care Professionals*, *Tort Liability Act*, Fiński Kodeks Karny a także angielskojęzyczna literatura przedmiotu i publikacje Ministerstwa do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia.

### Podrozdział 1 Sytuacja prawna i obowiązki lekarzy

We współczesnym świecie funkcjonują dwa modele kompensacji szkód u pacjentów wynikłych ze zdarzeń medycznych. Pierwszy z nich opiera się na odpowiedzialności deliktowej, w którym warunkiem uzyskania odszkodowania jest wykazanie winy lekarza lub szpitala. Drugim z nich jest funkcjonujący w Nowej Zelandii i państwach nordyckich model *no-fault*, w którym przesłanka winy nie stanowi elementu warunkującego możliwość ubiegania się przez pacjenta o odszkodowanie ani bezpośredniej przyczyny pociągnięcia lekarza czy szpitala do odpowiedzialności za poniesioną szkodę. Celem zarówno pierwszego jak i drugiego modelu jest określenie zasad i wysokości świadczeń odszkodowawczych. Jednakże w modelu opierającym się o przesłankę winy, jego dodatkowym elementem jest penalizacja złych zachowań lekarzy lub szpitali, których skutkiem powinno być zmniejszenie ilości wypadków ponoszonych przez pacjentów a tam samym powinno przelożyć się na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. Zdaniem autora publikacji „*Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*” także w systemie kompensacji szkód *no-fault* istnieją elementy inne niż odpowiedzialność prawna lekarza lub szpitala, które mają służyć zwiększaniu poziomu bezpieczeństwa pacjentów i unikaniu zdarzeń niepożądanych (*adverse event*), które można rozumieć jako zdarzenia medyczne. Są nimi np.: obciążanie odpowiedzialnego lekarza i szpitala finansowo- ogromnymi



odszkodowaniami wynikającymi z popełnionych przez nich szkód i obrażeń na pacjentach lub postępowanie dyscyplinarne prowadzone przez organy nadzorcze<sup>102</sup>.

Niepożądane zdarzenia medyczne, których rezultatem jest doznanie szkód przez pacjentów są bardzo złożone i w wielu sytuacjach trudno jest rozgraniczyć które są następstwem zdrowia pacjenta a które spowodowane niewłaściwym leczeniem w szpitalu lub przychodni medycznej. Może to być jedną z przyczyn dlaczego wciąż liczba zgłaszanych roszczeń odszkodowawczym jest tak niska w porównaniu do faktycznie zaistniałych niepożądanych zdarzeń medycznych. Niepożądane zdarzenia medyczne stanowią duże obciążenie finansowe dla fińskiej służby zdrowia nie tylko ze względu na wypłatę odszkodowań ale i utraconych przychodów przez obywateli związanych z niewłaściwym leczeniem.

Bezpieczeństwo pacjentów stało się obecnie ważnym elementem polityki społecznej włączanej do różnego typu projektów, których celem jest zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i poszanowania ich praw. Obok inicjatyw i programów rządowych, same szpitale są zainteresowane zwiększaniem ich bezpieczeństwa, dlatego samodzielnie prowadzą raporty na temat wypadków zaistniałych w ich strukturach<sup>103</sup>. W 2005 roku powstała specjalna grupa zwana Siecią Bezpieczeństwa Pacjentów (*Patient Safety Network*), w której skład wchodzi około 100 członków. Są nimi osoby fizyczne lub organizacje. Jej działalność jest koordynowana przez Ministerstwo do Spraw Socjalnych i Zdrowia Każdego a na corocznych spotkaniach seminaryjnych poruszają tematykę bezpieczeństwa pacjentów, wskazują zaistniejące sytuacje problematyczne i rozpoczynają dyskusje na ich temat<sup>104</sup>.

Fińska ustawa o specjalistach<sup>105</sup> (*professionals*) służby zdrowia powstała z myślą o dbaniu o jakość wykonywanych usług medycznych oraz o ochronie pacjentów przed niewłaściwym leczeniem. Ustawa określa kto i po uzyskaniu jakiego wykształcenia może zostać lekarzem/specjalistą służby zdrowia oraz określa sposób kontroli nad nimi. Ustawa w artykule 2 stanowi iż w rozumieniu ustawy, specjalistą służby zdrowia może być osoba, która uzyskała prawo wykonywania zawodu, zwana licencjonowanym specjalistą lub zezwolenie na wykonywanie zawodu (autoryzowany

---

<sup>102</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 19.

<sup>103</sup> *Ibidem*, s. 19-23.

<sup>104</sup> P. Duopi, *National Reporting System for Patient Safety Incidents A Review of the Situation in Europe*, Jyväskylä 2009, s. 12.

<sup>105</sup> *Health Care Professionals Act No. 559/1994* Issued in Naantali on 28.06.1994, unofficial translation by Ministry of Social Affairs and Health, Finland. (tłum. własne). Cytowana dalej jako HCPA.

specjalista) a także osoba, która na podstawie dekretu o chronionych tytułach zawodowych jest uprawniona do posługiwania się tytułem zawodowym lekarza. Praktyką medyczną mogą zajmować się tylko licencjonowani lub autoryzowani specjaliści oraz ci z chronionym tytułem zawodowym. Powinni wykonywać ją zgodnie z nabytą wiedzą, przeszkoleniem, doświadczeniem i umiejętnościami zawodowymi. Zadania lekarzy mogą być w niektórych sytuacjach wykonywane przez praktykantów uczących się zawodu, pod opieką specjalistów uprawnionych do samodzielnego wykonywania zawodu. Również do nich ma zastosowanie omawiana ustawa. W niektórych sytuacjach ustawa ma zastosowanie także dla usługodawców, którzy tymczasowo wykonują zadania licencjonowanych specjalistów. Ze względów na silne powiązania pomiędzy państwami nordyckimi, lekarze pochodzące z tego regionu mogą wykonywać zawód lekarza w Finlandii na równych zasadach<sup>106</sup>.

Prawo do praktykowania w zawodzie uzyskuje się od fińskiego organu- Państwowego Organu Nadzoru Pomocy Społecznej i Zdrowia- VALVIRA (*National Supervisory Authority for Welfare and Health*). Następuje to po uzyskaniu wykształcenia medycznego w Finlandii w charakterze licencjonowanego profesjonalisty- lekarza (również jako dentysty, dentysty specjalisty i specjalisty medycznego). Inny organ Krajowy Urząd do spraw Medycznych przyznaje prawo wykonywania innych zawodów medycznych po uzyskaniu odpowiedniego wykształcenia na terenie Finlandii, takich jak: dietetyk, psycholog, pielęgniarka czy farmaceuta. Lekarze pochodzący z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej mogą starać się o uzyskanie prawa do wykonywania zawodu lekarza w Finlandii na zasadach licencjonowanego specjalisty<sup>107</sup>.

Niektóre z obowiązków lekarza wynikają bezpośrednio z etyki zawodowej. Etyka zawodowa lekarza stanowi iż celem zawodu lekarza jest promowanie zdrowia, leczenie, zapobieganie chorobom i łagodzenie cierpienia pacjentów. Lekarze powinni leczyć zgodnie z uzyskaną wiedzą, uzupełniać ją i leczyć zgodnie z powszechnie akceptowanymi metodami. W swojej pracy muszą równoważyć zyski i możliwe niebezpieczeństwa zagrażające dobru pacjentów. Ustawa stanowi powinność lekarza zawsze uwzględniania w swej pracy praw pacjentów i niezwłocznego udzielania pomocy medycznej w przypadkach niecierpiących zwłoki. Innymi ogólnymi obowiązkami lekarzy jest sporządzanie raportów narodzin i zgonów, zachowania

---

<sup>106</sup> HCPA.

<sup>107</sup> *Ibidem*.

poufności dokumentacji medycznej pacjentów, tajemnica zawodowa, uzupełnianie wiedzy medycznej poprzez szkolenia, znajomość języków niezbędnych do pracy. Do obowiązków lekarzy należy również stosowanie się do regulacji i informacji wydawanych przez Państwowy Organ Nadzoru VALVIRA lub Regionalne Agencje Administracji Państwowej. Lekarz musi powiadomić Regionalną Agencję Administracji Państwowej o chęci otwarcia samodzielnej praktyki lekarskiej. Ostatnim z obowiązków ogólnych jest obowiązek ubezpieczenia lekarza na zasadach określonych w ustawie o obrażeniach na pacjentach (*Patient Injury Act*, dalej PIA). Do niektórych szczegółowych obowiązków lekarzy należy m.in.: stawianie diagnozy, przepisywanie odpowiednich leków<sup>108</sup>.

Kontrolą nad lekarzami zajmuje się specjalna Rada Nadzorca nad Profesjonalistami Służby Zdrowia, podlegająca organowi VALVIRA czyli Państwowemu Organowi Nadzoru Opieki Społecznej i Zdrowia. Na poziomie regionalnym zadania te wykonują Regionalne Agencje Administracji Państwowej. Do wyłącznej właściwości VALVIRA podlega kontrola w następujących przypadkach:

1. Sprawa jest wielkiej wagi lub o dalekosiężnych skutkach.
2. Istnieje podejrzenie o błąd w sztuce lekarskiej, który doprowadził do śmierci pacjenta lub trwałego kalectwa.
3. Spraw związanych z dochodzeniem przyczyny zgonu a prowadzone przez są eksperta medycznego.
4. Możliwości zastosowania środków dyscyplinarnych lub zabezpieczających.
5. Spraw, w których właściwa jest Regionalna Agencja Administracji Rządowej ale została od niej odsunięta.

Co do zasady VALVIRA, nie bada spraw po upływie okresu 5 lat od ich zaistnienia. Poza nadzorem jednym z zadań VALVIRA'y jest prowadzenie rejestru lekarzy. W rejestrze znajdują się informacje o lekarzach takie jak imię, indywidualny kod, numer rejestracyjny, adres, prawo do wykonywania zawodu a także jego cofnięcie lub ograniczenie. Informacje te są usuwane z rejestru po okresie 10 latach od zgonu lekarza<sup>109</sup>.

Ustawa o profesjonalistach w służbie zdrowia określa również środki zapobiegawcze względem lekarzy. Pierwszym z nich jest wysłanie na badanie medyczne lekarza, wobec którego istnieją uzasadnione obawy niepoprawnego

---

<sup>108</sup> HCPA.

<sup>109</sup> *Ibidem*.

wykonywania zawodu ze względu na jego przebyte choroby czy uzależnienia. Możliwe jest również egzaminowanie lekarza z wiedzy medycznej, gdy przypuszcza się, że nie jest ona wystarczająca do należytego wykonywania zawodu. Gdyby nie wykonał on odpowiednich badań, egzaminów może mu zostać odebrane prawo do wykonywania zawodu lekarza. VALVIRA jest uprawniona także do nakładania sankcji za wykroczenia lekarzy. Wykroczenia te to niewykonywanie obowiązków lekarza omówionych wyżej, wykonywanie zadań lekarskich mimo nieodpowiedniej wiedzy lub w inny sposób nieprawidłowo. W razie stwierdzenia jednego z powyższych zachowań sankcjami są: podporządkowanie się otrzymanym indywidualnym wytycznym, ograniczenie prawa do wykonywania zawodu, cofnięcie prawa do prowadzenia praktyki lekarskiej lub cofnięcie go na czas określony. Ostatnimi dwiema najdotkliwszymi sankcjami jest zakazanie wykonywania zawodu lub całkowite anulowanie prawa do wykonywania praktyki medycznej<sup>110</sup>.

Zgodnie z przepisami ustawy o obrażeniach na pacjentach<sup>111</sup> wszystkie podmioty świadczące opiekę zdrowotną i medyczną są obowiązane do przystąpienia do ubezpieczenia pacjentów od odpowiedzialności określonej w omawianym akcie prawnym<sup>112</sup>. Obowiązkowym ubezpieczeniem objętych jest 6 grup podmiotów. Pierwszą grupę stanowią lekarze samo zatrudnieni zarejestrowani w Urzędzie Nadzoru VALVIRA. Drugą grupę stanowią przedsiębiorstwa świadczące usługi medyczne, w których zatrudnienie znajdują lekarze zarejestrowani w tym samym Urzędzie. Obowiązkowym ubezpieczeniem objęte są także całe dystrykty szpitalne. Ubezpieczenie dotyczy tej części ich działalności w ramach, której świadczą publiczne usługi medyczne. Kolejną grupę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem pacjentów stanowią instytucje publiczne i organy rządowe, świadczące usługi medyczne. Obowiązkiem ubezpieczeniem objęte są także przedsiębiorstwa oferujące transport pacjentów. Ostatnią grupę stanowią farmaceuci, którzy sprzedają pacjentom lekarstwa przepisane w receptach<sup>113</sup>. Ustawa określa sankcje za niedopełnienie i zaniedbanie obowiązku przystąpienia do ubezpieczenia, którą jest zapłata za cały ten okres nawet dziesięciokrotności wysokości składki ubezpieczeniowej. Zasady na podstawie, których

---

<sup>110</sup> HCPA

<sup>111</sup> *Patient Injuries Act*, No.585/1986, amendments up to 1544/2009, Issued in Naantalion 25.07.1985, unofficial translation by Finnish Patient Insurance Centre, (tłum. własne). Cytowana dalej: PIA.

<sup>112</sup> PIA, sekcja 4.

<sup>113</sup> *Insurance obligation*, [on-line] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Insurance-obligation/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

zostanie ona dokładnie obliczona sporządzone są przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń (*Insurance Supervision Authority*). Ponad to paragraf 3 omawianej normy prawnej nie przewiduje konieczność wydania żadnego wyroku sądowego w celu pobrania składki jak i odsetek za zwłokę<sup>114</sup>. Podmioty, objęte obowiązkiem ubezpieczenia od odpowiedzialności za wyrządzone szkody na pacjentach, mają swobodę w zakresie wyboru ubezpieczyciela, którym może być także przedsiębiorstwo zagraniczne. Jednakże przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe pragnące świadczyć taką polisę ubezpieczeniową muszą przystąpić do Fińskiego Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (*Finnish Patient Insurance Center* dalej PVK), będącym fińskim konsorcjum dla prywatnych ubezpieczycieli i organem właściwym dla kompensacji szkód medycznych. Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe są zobowiązane prowadzić swoją politykę zgodnie z przepisami omawianej ustawy. Niektórymi z zadań Centrum Ubezpieczenia Pacjentów jest pobór składek ubezpieczeniowych oraz wypłata odszkodowań w sytuacjach, gdy ubezpieczenie nie zostało wykupione, lub ogłoszono upadłość lub bankructwo przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Centrum po wypłacie poszkodowanemu pacjentowi odszkodowania zamiast właściwego przedsiębiorstwa jest uprawnione do przejęcia jego aktywów, zaspokojenia z masy upadłościowej do wysokości wypłaconego przez niego odszkodowania. Praca Centrum Ubezpieczenia Pacjentów jest nadzorowana przez Ministerstwo do Spraw Socjalnych i Zdrowia a także Fiński Urząd Nadzoru Finansowego (*Finnish Financial Supervision Authority*)<sup>115</sup>.

Kwestia oferowania usług ubezpieczeniowych i wyboru ubezpieczyciela jest uregulowana ogólnie. Podmiotom pochodzącym z sektora publicznego obowiązkowe ubezpieczenie świadczy Centrum Ubezpieczeń Pacjenta. Do tych podmiotów zalicza się:

1. Dystrykty szpitalne. Instytucje świadczące usługi medyczne na terenie danego dystryktu szpitalnego są objęte jego ubezpieczeniem. Dotyczy to przede wszystkim ośrodków medycznych, przychodni oraz akademii medycznych, ponieważ są one zarządzane przez władze lokalne gmin lub wspólne rady gmin.
2. Agencje rządowe,
3. Służba Zdrowia Wysp Alandzkich.

---

<sup>114</sup> PIA, sekcja 4.

<sup>115</sup> *Ibidem*, sekcja 5.

Natomiast przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe świadczą usługi przede wszystkim w ramach ubezpieczenia grupowego dla związków zawodowych takich jak np. Unia Pracowników Zdrowia i Opieki Społecznej (*Union of Health and Social Care Professionals*), przystępują do niego także: lekarze samozatrudnieni, przedsiębiorstwa, spółki i inne organizacje. Ubezpieczyć się musi nie tylko lekarz świadczący usługi medyczne prywatnie, ale także jednostka, przedsiębiorstwo w ramach, którego je świadczy. W sytuacji, gdy przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe odmawia ubezpieczenia pacjentów danemu podmiotowi, to ubezpieczenie świadczy mu Centrum Ubezpieczenia Pacjentów<sup>116</sup>. Ubiegając się o możliwość ubezpieczenia w Centrum PVK dany podmiot świadczący usługi medyczne musi dostarczyć dokument odmawiający mu ubezpieczenia od przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, wystawiony w okresie 3 miesięcy od odmowy. Termin ten jest ważny ze względu na moment rozpoczęcia odpowiedzialności odszkodowawczej Centrum Ubezpieczenia Pacjentów. Zaczyna się ono od momentu w którym powinno się rozpocząć u przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego, które odmówiło takiego świadczenia. Jeżeli dany podmiot nie posiada takiego dokumentu lub jest on starszy niż 3 miesiące to jego działalność związana z świadczeniem usług medycznych uważana jest za działalność bez wymaganego ubezpieczenia pacjentów i zostaną mu naliczone karne odsetki za niespełnienie obowiązku ubezpieczenia<sup>117</sup>.

Ustalanie wysokości stawki ubezpieczenia zależy od pomiotu, który się o nią stara oraz klasyfikacji ryzyka dla danej działalności. Dla podmiotów z sektora publicznego ustalana jest według zasady- pełnej odpowiedzialności i jej wysokość obliczana jest indywidualnie dla każdego podmiotu wg corocznej oceny ryzyka. Natomiast dla lekarzy samozatrudnionych jest to zazwyczaj stała kwota stawki ubezpieczeniowej. Dla podmiotów prywatnych jest obliczana na podstawie średniego wynagrodzenia w połączeniu z czynnikiem ryzyka wykonywanej działalności<sup>118</sup>. Osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia pacjentów mogą je wypowiedzieć w dwóch sytuacjach. Pierwsza z nich, gdy już dłużej nie istnieje obowiązek ubezpieczenia a

---

<sup>116</sup> *Taking out insurance*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Taking-out-insurance/>, [wejście z dnia: 04.06.2013r.].

<sup>117</sup> *Patient Insurance Awarded by the Patient Insurance Centre*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Patient-insurance-awarded-by-the-Patient-Insurance-Centre/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

<sup>118</sup> *Determining the Insurance Premium*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Determining-the-insurance-premium/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

druga to przeniesienie ubezpieczenia do innego przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Wypowiedzenie musi być na piśmie, uzasadnić powód wypowiedzenia i wskazać nowego ubezpieczyciela<sup>119</sup>.

W 1997 roku nadzorem nad ubezpieczeniami zajmowała się jednostka podległa Ministerstwu do spraw Socjalnych i Zdrowia- Departament Ubezpieczeń, w którego skład wchodzi Sekcja Nadzoru Ubezpieczeń. Sekcja Nadzoru Ubezpieczeń składa się Grupy do Spraw Prawnych, Grupy Nadzorczej nad Przedsiębiorstwami Ubezpieczeniowymi oraz Grupy Nadzorczej nad Instytucjami emerytalnymi. Do jej zadań należało kontrolowanie wypłacalności instytucji ubezpieczeniowych oraz kwestie prawne z wyłączeniem kontroli stosowania prawa ubezpieczeń społecznych<sup>120</sup>. Obecnie ustawą z 1999 roku nadzorem nad sektorem ubezpieczeniowym zajmuje się Organ Nadzoru Ubezpieczeń (*Insurance Supervision Authority ISA*). Jest to organ niezależny, jednak podporządkowany Ministerstwu do Spraw Socjalnych i Zdrowia. Rada Dyrektorów omawianego organu nadzorczego jest wybierana przez Ministerstwo. Działają w jego ramach jednostki do spraw statystyk, badań i ekspertów a także cztery departamenty: finansowy, spraw rynkowych, zasiłków dla bezrobotnych oraz administracyjny<sup>121</sup>.

## Podrozdział 2 Specjalistyczna opieka zdrowotna

Ustawa o specjalistycznej opiece zdrowotnej obejmuje przepisy prawne na temat organizacji opieki szpitalnej. Ustawa nakłada na gminy obowiązek zorganizowania specjalistycznej opieki szpitalnej dla każdego mieszkańca gminy oraz jej obowiązek przynależenia do jednego z dystryktów szpitalnych wraz z członkostwem we Wspólnej Radzie Gminnej (*Joint Municipal Board*), która zarządza danym szpitalem. Organami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie opieki szpitalnej są w pierwszej kolejności Ministerstwo do spraw Socjalnych i Zdrowia odpowiedzialne za politykę zdrowotną, Regionalne Agencje Administracji Państwowej odpowiadające za nią na terenie swoich regionów a ich pracę harmonizuje i nadzoruje Organ Nadzoru Opieki Społecznej i Zdrowia (*VALVIRA*). Istnieje także wyspecjalizowana agencja do spraw

---

<sup>119</sup> *Terminating Insurance*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Terminating-insurance/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

<sup>120</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Insurance Supervision in Finland*, February 1997, s. 15, 23.

<sup>121</sup> *Insurance Supervisory Authority 2003 Annual Report*, Helsinki 2004, s. 1.

specjalistycznej opieki medycznej- Państwowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (*National Institute for Health and Welfare*)<sup>122</sup>.

Finlandia jest podzielona na 20 dystryktów szpitalnych, w których powinien znajdować się co najmniej jeden szpital- główny, lub kilka szpitali. Dystrykty szpitalne biorą nazwę od regionów, i tak wyróżniamy dystrykty szpitalne:

1. Helsinck i regionu Uusimaa,
2. Południowo-zachodniej Finlandii,
3. Satakunta,
4. Kanta- Häme,
5. Pirkanmaa,
6. Päijät- Häme,
7. Kymenlaakso,
8. Północnej Karelii,
9. Południowej Karelii
10. Północnej Sawonii,
11. Południowej Sawonii,
12. Wschodniej Sawonii,
13. Finlandii Środkowej,
14. Centralnej Ostrobotnii,
15. Północnej Ostrobotnii
16. Południowej Ostrobotnii
17. Vaasa,
18. Kainuu,
19. Zachodniej- Pohja
20. Laponii<sup>123</sup>.

Dodatkowo by zapewnić sprawne funkcjonowanie specjalistycznej opieki medycznej Finlandia jest podzielona na specjalne obszary (*catchment area*), w których powinien znajdować się przynajmniej jeden uniwersytet prowadzący szkolenia dla lekarzy. Ustawa wskazuje na obowiązek istnienia akademii medycznej w miastach: Helsinki, Turku, Oulu, Tampere i Kuopio<sup>124</sup>. Stanowią one miasta, w których znajduje się 5 szpitali centralnych Finlandii, które, muszą świadczyć usługi dla wszystkich swoich

---

<sup>122</sup> *Act on Specialized Medical Care*, No. 1062/1989 Issued Helsinki on 01.12.1989 , unofficial translation by Ministry of Social Affair and Health, Finland, (tłum. własne). Cytowana dalej: ASMC

<sup>123</sup> ASMC.

<sup>124</sup> *Ibidem*.



gmin członkowskich<sup>125</sup>. Początkowo podział na dystrykty szpitalne był krytykowane przez gminy, dla których głównym problemem była ich reprezentacja. Mimo iż miały swoich przedstawicieli w radach zarządzających dystryktami, nie mogły w sposób wystarczający kontrolować ich działalności. Z biegiem czasu musiały one wypracować zadowalający ich schemat pracy<sup>126</sup>.

Do głównych obowiązków szpitali należy udzielenie opieki medycznej mieszkańcom danego dystryktu szpitalnego, udzielenie pomocy medycznej w nagłych przypadkach a także w gminach, których istnieją mniejszości mówiące w języku obcym zapewnić personel posługujący się tym językiem<sup>127</sup>.

Odpowiedzialność szpitala za właściwą opiekę medyczną nad pacjentem jest nałożona na głównego lekarza w szpitalu lub innego lekarza przypisanego do tej roli w regulaminie<sup>128</sup>. W razie zaistnienia nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitalu, zagrażające bezpieczeństwu szpitala, organy nadzoru mogą wydać nakaz natychmiastowego usunięcia powstałych wad, wyznaczyć termin lub zamknąć daną jednostkę szpitalną, lub zakazać używania danego sprzętu. Sankcjami, mającymi za zadanie zapewnić stosowanie się szpitali do nakazów jest kara grzywny, zawieszenie lub nawet zakaz używania danej jednostki lub sprzętu. Nieprawidłowości w leczeniu preparatami farmaceutycznymi podlegają innemu reżimowi i powinny być zgłaszane do Fińskiej Agencji Leków (*Finnish Medicines Agency*)<sup>129</sup>.

Nadzór nad szpitalami sprawuje Państwowy Organ Nadzoru Opieki Społecznej i Zdrowia oraz Regionalne Agencje Administracji Państwowej. Szpital o kontroli nie musi być uprzednio informowany, a jest ona prowadzona gdy zachodzą uzasadnione powody do przeprowadzenia inspekcji. Inspektor posiada kompetencje do badania każdej jednostki organizacyjnej w szpitalu i żądania przedstawienia dokumentacji. W wyjątkowych okolicznościach organy nadzoru mogą wezwać Policję by pomogła im w przeprowadzeniu inspekcji. Po jej zakończeniu sporządzany jest raport<sup>130</sup>. Organ nadzoru mogą także wystosować upomnienie, w sytuacji gdy zauważą nieprawidłowe działania lub gdy Wspólna Rada Gminna nie spełnia swoich obowiązków związanych z odpowiedzialnością za dany dystrykt szpitalny. Upomnienie nie jest zaskarżalne. Jeżeli

---

<sup>125</sup> I. Keskimäki, *Social equity in the Use of Hospital Inpatient Care in Finland*, Jyväskylä 1997, s. 17.

<sup>126</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Guidelines in Health Care in Finland*, November 1996, s. 11-12.

<sup>127</sup> ASMC.

<sup>128</sup> *Ibidem*.

<sup>129</sup> *Ibidem*,

<sup>130</sup> *Ibidem*.

jednak nie ma wystarczających powodów do wystosowania upomnienia może być zwrócona uwaga szpitala na zasady prawidłowe funkcjonowania i stosowanie dobrej praktyki administracyjnej. Co do zasady skarga na nieprawidłowe działanie specjalistycznej opieki medycznej przedawnia się w okresie 5 lat<sup>131</sup>.

W Finlandii w sektorze publicznym, ciężar odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentom przy leczeniu w głównej mierze spoczywa na szpitalach, a konkretnie na danym dystrykcie szpitalnym. Ponoszą one pełną odpowiedzialność, za szpitale na ich obszarze, inne jednostki medyczne a także przychodnie medyczne świadczące podstawową opiekę medyczną. Przyczyną takiego rozwiązania jest chęć objęcia wszystkich podmiotów ubezpieczeniem a przede wszystkim zmuszenie szpitali, które zdaniem fińskiej władzy publicznej mają silniejszą pozycję od indywidualnych lekarzy pracujących w ich strukturach do wdrażania polityki zwiększającej bezpieczeństwo pacjentów, co jest dla samych szpitali korzystniejsze finansowo od odpowiedzialności odszkodowawczej<sup>132</sup>.

### Podrozdział 3 Odpowiedzialność za wyrządzone szkody

Fiński system kompensacji szkód jest zaliczany do modelu *no-fault*. Sami Finowie, używają tej nazwy tylko ze względów terminologii akademickiej, gdyż w rzeczywistości w tym systemie lekarze mogą ponieść konsekwencje prawne i finansowe nieprawidłowego leczenia a także często roszczenia pacjentów o odszkodowanie opierają się o przesłankę błędu lub winy<sup>133</sup>. Opisany jest jako system pomiędzy odpowiedzialnością z niedbalstwa a tą na zasadzie ryzyka (*strict liability*), system bez winy „*between negligence liability and strict liability, a no-blame scheme*”<sup>134</sup>. Zdaniem autora publikacji „*Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*” system ten powinien być określany, jako system administracyjny, ponieważ ścieżka dochodzenia odszkodowania nie prowadzi do postępowania sądowego ale administracyjnego a kompensacja szkody odbywa się bez udziału osoby

---

<sup>131</sup> ASMC.

<sup>132</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 33-34.

<sup>133</sup> *Ibidem*, s. 23-25.

<sup>134</sup> *Ibidem*, s. 24.

odpowiedzialnej za jej powstanie. Pacjent, który uległ obrażeniom przez niewłaściwą, błędną opiekę sam nie obwinia za to lekarza bezpośrednio<sup>135</sup>.

W Finlandii system kompensacji szkód działa niezależnie od odpowiedzialności lekarzy i szpitali oraz nadzoru nad nimi. Niezwykle rzadko dochodzi do domagania się przez pacjentów dochodzenia odpowiedzialności cywilnej tych podmiotów za ich doznane szkody. Rocznie w sądach cywilnych jest rozpatrywanych około 20 takich spraw. Jednakże istnieją instytucje pociągnięcia do odpowiedzialności lekarzy lub placówek medycznych, które spowodowały szkodę np. w postaci postępowania dyscyplinarnego, nadzoru administracyjnego prowadzonego przez Urząd Nadzoru VALVIRA a także odpowiednią Regionalną Agencję Administracji Państwowej<sup>136</sup>. Dysponują one środkami uregulowanymi w ustawie o obrażeniach u pacjentów. Jej artykuł 27 stanowi o przestępstwach dokonanych w trakcie wykonywania zawodu medycznego. Artykuł ten daje możliwość Państwowemu Organowi Spraw Medycznych cofnięcia prawa do wykonywania zawodu, wycofania autoryzacji lub zakazania używania tytułu medycznego w przypadku skazania danej osoby prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo związane z wykonywaną pracą zawodową. Taka sankcja może być ustalona również przed wydaniem prawomocnego wyroku a jest ona ustanawiana na czas określony lub też na stałe. Sąd po zakończeniu rozprawy w sprawie sądownego lekarza, przesyła kopię orzeczenia do Państwowego Organu Spraw Medycznych. Lekarz skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo dokonane w związku z pracą zawodową zostanie zawieszony lub usunięty z urzędu pełnionego we władzach lokalnych gminy<sup>137</sup>.

Tymczasowym środkiem ostrożności jest możliwość czasowego odebrania prawa do wykonywania zawodu, autoryzacji lub używania tytułu zawodowego. Omawiane wyżej sankcje można też zastosować gdy dany lekarz cierpi na choroby, uzależnienia lub jego stan wiedzy medycznej jest nieodpowiedni do wykonywania zawodu. Kolejną kompetencją *Organu* jest możliwość cofnięcia, odebrania prawa do wykonywania zawodu profesjonalście na jego własne życzenie. Ustawa określa także przesłanki odzyskania: prawa do wykonywania zawodu cofniętego tymczasowo, ograniczonego lub odwołanego, przywrócenia autoryzacji lub odzyskanie prawa do

---

<sup>135</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 23-25.

<sup>136</sup> *Ibidem*, s. 36-27.

<sup>137</sup> HCPA.

korzystania z tytułu zawodowego. Można także wystąpić o zniesienie nałożonego ograniczenia na wykonywanie zawodu<sup>138</sup>.

W tym akapicie zostanie omówiony ostatni element w odpowiedzialności lekarza według ustawy o obrażeniach pacjentów mianowicie środki karne i dyscyplinarne. Pierwszym z nich jest pisemna przestroga, która jest wydawana jeżeli stwierdzi się że lekarz w swojej działalności zawodowej przekroczył prawo lub inne regulacje, popełnił błąd z zaniedbania lub własnej winy. Pisemna przestroga jest wydawana tylko gdy wymienione wyżej przesłanki nie są powodami do rozstrzygnięcia sprawy w drodze sądowej. Odpowiedzialności karnej podlega każda osoba, która wykonuje zawód lekarza, nie posiadając odpowiedniego tytułu prawnego do jego wykonywania<sup>139</sup>. Stanowi o tym rozdział 44 Fińskiego Kodeksu Karnego noszący tytuł Przepięstwa narażenia zdrowia i bezpieczeństwa. Sekcja 3 tego rozdziału stanowi o przestępie nielicencjonowanej praktyki jako specjalisty w służbie zdrowia, które podlega karze grzywny lub pozbawienia wolności do 6 miesięcy<sup>140</sup>. Również odpowiedzialności z kodeksu karnego podlega niedotrzymanie obowiązku tajemnicy zawodowej. W Finlandii o cofnięciu, odebraniu lub ograniczeniu prawa do wykonywania zawodu obywatele muszą być poinformowani poprzez zamieszczenie odpowiedniej informacji w Gazecie Urzędowej (*Official Gazette*). Zamieszczone są w niej również informacje o przywróceniu takiego prawa lekarzowi<sup>141</sup>. Odpowiedzialnością w takiej postaci środków dyscyplinarnych objęci są nie tylko lekarze indywidualnie ale i jednostki świadczące usługi medyczne, których działalność może być np. ograniczona<sup>142</sup>. Inną postacią odpowiedzialności może być wewnętrzne postępowanie wobec lekarza danej jednostki w placówce na skutek zgłoszonej przez pacjenta skargi lub reklamacji<sup>143</sup>.

W Finlandii reżim kompensacji szkód u pacjentów jest uregulowany w samodzielnym akcie prawnym- ustawie o szkodach na pacjentach PIA<sup>144</sup>. Przesłankami do odszkodowania podlegającemu reżimowi *no-fault* jest:

1. poniesienie uszczerbku na zdrowiu,

---

<sup>138</sup> HCPA.

<sup>139</sup> *Ibidem*.

<sup>140</sup> *The Criminal Code of Finland*, No. 19/1889 Issued on 19.12.1889 unofficial translation by Ministry of Justice, Finland (tłum. własne).

<sup>141</sup> HCPA.

<sup>142</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 37.

<sup>143</sup> *Ibidem*, s. 37.

<sup>144</sup> PIA.

2. poniesienie uszczerbku na zdrowiu przez pacjenta,
3. w skutek leczenia medycznego i opieki zdrowotnej,
4. powstały na terenie Finlandii<sup>145</sup>.

Przesłankami odszkodowania nie są jak w prawie odpowiedzialności deliktowej przesłanka winy oraz związek przyczynowy pomiędzy danym zachowaniem i szkodą<sup>146</sup>. Według ustawy odszkodowanie nie należy się za małe uszkodzenia. Co do zasady wysokość odszkodowania jest ustalana na podstawie przepisów ustawy. Wyjątkowo jednak, rażące niedbalstwo lub wina umyślna a także przyczynienie się do powstania szkody może wpłynąć na wysokość odszkodowania, które otrzyma pacjent<sup>147</sup>.

W Finlandii odszkodowanie należy się za szkody w postaci uszczerbku zdrowia (*bodily injured*) jeśli jest prawdopodobne, że powstały w wyniku 7 niżej wymienionych sytuacji:

1. Szkoda wynikła z leczenia lub zaniedbania- ustawodawca to tłumaczy tym, że gdyby inny doświadczony lekarz zbadał, leczył w odmienny sposób, uniknąłby szkody.
2. Szkoda wynikła z uszkodzonego sprzętu medycznego lub innego urządzenia używanego przez lekarza podczas badania, leczenia lub innego działania.
3. Szkoda wynikła z zakażenia- uzyskanego podczas badania lub leczenia, chyba że pacjent był zmuszony ją znieść ze względu na jego stan zdrowia, przewidywalność zakażenia, charakteru, stopnia nasilenia, trudności jego leczonej choroby.
4. Szkoda wynikła podczas transportu pacjenta.
5. Szkoda powstała przez działanie ognia lub innych zdarzeń nieprzewidywalnych a których skutkiem jest zniszczenie sal lub sprzętu medycznego.
6. Szkody wynikłe w związku z podawaniem medykamentów, niezgodnie z obowiązującymi w Finlandii przepisami prawnymi.
7. Ostatnią bardzo ważną przesłanką otrzymania odszkodowania jest powstanie nieuzasadnionej szkody w wyniku badania, leczenia lub innej działalności która spowodowała trwale kalectwo, ciężkie choroby a nawet śmierć pacjenta. Ponad to skutek ten nie powinien pozostawać w związku z
  - a. charakterem choroby, skalą leczonych obrażeń u pacjenta,

---

<sup>145</sup> PIA, sekcja 1.

<sup>146</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 27.

<sup>147</sup> PIA, sekcja 3.

- b. -ogólnym stanem jego zdrowia,
- c. częstotliwością występowania danego urazu i ryzykiem jego powstania<sup>148</sup>.

W Finlandii po otrzymaniu wniosku o odszkodowanie związane z jedną z wyżej wymienionych szkód, Centrum Ubezpieczeń Pacjentów zwraca się do lekarza, lub placówki, w której nastąpiło zdarzenie o wydanie oświadczenia w tej sprawie. W oświadczeniu lekarz ma szansę odniesienia się do zarzutu i wyjaśnienia okoliczności sprawy. Centrum Ubezpieczeń Pacjentów nie jest związane jego opinią o zasadności roszczeń odszkodowawczych pacjenta niemniej jednak wpływa ona na ostateczną decyzję. Lekarz lub placówka powinni wypowiedzieć się co do zgłaszanej przez pacjenta szkody, przeanalizować czynniki które do niej doprowadziły i możliwość ich uniknięcia. Oceniają również stan pacjenta po doznaniu szkody i oszacowują czas leczenia i hospitalizacji. Do oświadczenia należy załączyć kopię dokumentacji medycznej pacjenta. Ponad to prywatni usługodawcy medyczni powinni zamieścić informację o posiadanym ubezpieczeniu pacjentów<sup>149</sup>.

Ustawa o obrażeniach na pacjentach nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania według innych ustaw. W Finlandii jednak rzadko się zdarza by pacjenci dochodzili odpowiedzialności za doznany uszczerbek na zdrowiu poniesiony z leczeniem medycznym według reżimów innych ustaw. Za doznaną szkodę materialną lub uszczerbku na zdrowiu pacjent może domagać się odszkodowania według jego własnego ubezpieczenia zdrowotnego wypadkowego, komunikacyjnego, od nieszczęśliwych wypadków a także może starać się o kompensację z polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy medycznego. Za wadliwy sprzęt medyczny może domagać się odpowiedzialności od producenta lub importera według ustawy o odpowiedzialności za produkt. Według ustawy o ochronie konsumentów może starać się o odszkodowanie gdy stronami stosunku obligacyjnego było prywatne przedsiębiorstwo i konsument. Jednakże za szkodę wyrządzoną przez świadczeniodawcę medycznego najodpowiedniejszą drogą po kompensacji *no-fault* jest jej dochodzenie w drodze odpowiedzialności deliktów<sup>150</sup> (*Tort Liability Act*<sup>151</sup>).

---

<sup>148</sup> PIA, sekcja 2.

<sup>149</sup> *Statement from the party involved*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Statement-from-the-party-involved/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

<sup>150</sup> *Further Legal Protection*, [on-line] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Further-legal-protection>, [dostęp: 03.06.2013r.].

<sup>151</sup> *Tort Liability Act*, No.412/1974, Issued in Helsinki on 31.05.1974, unofficial translation by Ministry of Justice, (tłum. własne). Cytowana dalej: TLA

Zasięg ustawy o odpowiedzialności za delikty obejmuje odpowiedzialność za wyrządzone szkody. Sekcja 1 rozdziału drugiego ustawy ustanawia odpowiedzialność osób, które wyrządziły szkodę. Odpowiedzialność sprawcy szkody warunkowana jest obiema postaciami winy zarówno umyślnej jak i nieumyślnej. Zwolnienie z odpowiedzialności może nastąpić tylko na podstawie przepisów szczególnych. Szczególnie pełne odszkodowanie należy się gdy szkoda została wyrządzona z winy umyślnej. Ustawa przewiduje pewne złagodzenie dolegliwości odszkodowania gdy byłoby one nadmiernie uciążliwe finansowo dla sprawcy szkody<sup>152</sup>. Przesłanką konieczną jest wystąpienie związku przyczynowego między szkodą lub uszczerbkiem a zachowaniem lub zaniechaniem lekarza, szpitala. Zgodnie z zasadą pełnego odszkodowania, jego wysokość powinna pokryć doznane szkody i wyrównać stan sprzed jej doznania, nie może jednak być zbyt wysoka, ponieważ w Finlandii nie istnieje możliwość domagania się odszkodowania za straty moralne<sup>153</sup>.

Szkoda w rozumieniu ustawy stanowi przesłankę odszkodowania za uszczerbek na ciele i zdrowiu a także na mieniu poszkodowanego. Istnieje możliwość dochodzenia dodatkowo odszkodowania za straty ekonomiczne niezwiązane z poniesioną szkodą na ciele lub w majątku, gdy przyczyną szkody jest czyn karalny lub powstała ona w związku z sprawowaniem władzy publicznej a także z innych ważnych powodów<sup>154</sup>. Osobny przepis ustawy reguluje szkodę na ciele poszkodowanego. Szkoda w postaci uszczerbku na zdrowiu lub inna szkoda na osobie uprawnia do dochodzenia odszkodowania na pokrycie kosztów związanych z leczeniem lub doznaną szkodą, zwrotu utraconych dochodów, odszkodowanie należy się również w związku z spowodowaniem inwalidztwa, trwałym upośledzenia a także za ból i doznane cierpienie<sup>155</sup>. Gdy na skutek doznanej szkody pokrzywdzony poniósł śmierć przysługuje odszkodowanie, także dla osób najbliższych<sup>156</sup>.

Omawiana ustawa przewiduje zastępczą odpowiedzialność pracodawców i podmiotów publicznych za ich pracowników. Oba te podmioty są odpowiedzialne za szkody wyrządzone przez pracownika, wynikłe z błędu lub zaniedbania obowiązków. Ciężar tej odpowiedzialności spoczywa także na podmiotach publicznych, które spowodowały szkodę wykonując władze publiczną wynikłą z błędu lub zaniedbania. W

---

<sup>152</sup> TLA, Sekcja 1 rozdział 1, sekcja 1 rozdział 2.

<sup>153</sup> A. Surakka, *Access to Finnish Law*, Werner and Söderström Corporation 2005, s.161.

<sup>154</sup> TLA, rozdział 5, sekcja 1.

<sup>155</sup> *Ibidem*, rozdział 5, sekcja 2.

<sup>156</sup> *Ibidem*.

Finlandii siecią szpitali zarządzają lokalne władze gminne. Są więc one instytucjami publicznymi to ma do nich zastosowanie omawiana ustawa<sup>157</sup>. Poszkodowany może wnieść powództwo zarówno przeciwko pracodawcy jak i pracownikowi. W pierwszej kolejności powinien jednak zgłosić roszczenie wobec pracodawcy, zwiększa to prawdopodobieństwo uzyskania kompensacji. Odpowiedzialność pracownika jest wtórna i ograniczona do wysokości odszkodowania, którego nie jest w stanie zapłacić pracodawca. Pracodawcy przysługuje roszczenie regresowe<sup>158</sup>.

Ustawa o odpowiedzialności z deliktów przewiduje również odpowiedzialność samego pracownika za spowodowanie szkody lub uszczerbku w związku z wykonywaną pracą a powstałą z błędu (*error*) lub zaniedbania, zaniechania (*ommission*). Wysokość odszkodowania zależy od szeregu czynników takich jak np. : status sprawcy, zakres szkody, charakter czynu, potrzeby poszkodowanego. W razie winy umyślnej zostanie zasądzone pełne odszkodowanie<sup>159</sup>.

Istnieje możliwość, że kilka osób jest odpowiedzialnych za szkodę wtedy odpowiadają wspólnie wobec pokrzywdzonego. Przy odpowiedzialności wspólnej kilku podmiotów, wysokość ich świadczenia jest określana według stopnia ich przyczynienia się do jej powstania, stopnia winy i odniesionych ewentualnych korzyści<sup>160</sup>. Strony nie mogą umownie zwiększyć zakresu odpowiedzialności pracownika. Ogólną regułą jest okres 10 lat na możliwość dochodzenia roszczenia z poniesionej szkody<sup>161</sup>. Procedura postępowania odszkodowawczego zaczyna się od zgłoszenia szkody u ubezpieczyciela sprawcy szkody, jeżeli nie jest on ubezpieczony to może domagać się odszkodowania wprost od niego. Gdy to zawiedzie ma prawo do domagania się odszkodowania w postępowaniu cywilnym. Gdyby jednak ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie poszkodowanemu może domagać się zwrotu na prawach regresu od sprawcy, jeśli wyrządził on szkodę umyślnie lub z rażącego niedbalstwa<sup>162</sup>.

Zgodnie z ustawą o szkodach na pacjencie, skorzystanie przez pacjenta z odszkodowania na podstawie innego aktu prawnego, co do tego samego uszczerbku, którym jest: doznanie bólu, cierpienia, trwała niezdolność i kalectwo oraz wynikłe z tego koszty medyczne i inne wydatki spowodowane uszczerbkiem, nie stanowi

---

<sup>157</sup> TLA, rozdział 3.

<sup>158</sup> A. Surakka, *Access to Finnish Law*, Werner and Söderström Corporation 2005., s.164.

<sup>159</sup> TLA, rozdział 4.

<sup>160</sup> *Ibidem*, rozdział 6, sekcja 3.

<sup>161</sup> *Ibidem*.

<sup>162</sup> A. Surakka, *Access to Finnish*, op.cit., s. 165.



przyczyny utraty prawa do dochodzenia odszkodowania na podstawie umowy o obrażeniach pacjenta koordynowanej przez Fińskie Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (PVK). Inaczej uregulowana jest kwestia odszkodowania za utratę dochodów i środków utrzymania. W takim przypadku Centrum Ubezpieczenia wypłaci nadwyżkę odszkodowania od wysokości, która należy się na podstawie innej ustawy. Wyjątkowo Centrum może wypłacić także tę część odszkodowania podlegającą innej ustawie gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo niewystarczających środków utrzymania wnioskodawcy. Jeden z przepisów prawnych przewiduje możliwość potrącenia części odszkodowania uzyskanej przez poszkodowanego od Centrum w sytuacji gdy uzyska on także odszkodowanie na podstawie innej ustawy<sup>163</sup>. Ustawa o obrażeniach pacjenta przewiduje zasadę transferu odszkodowania. Polega ona na tym, że prawo do odszkodowania przyznane pacjentowi na podstawie innej ustawy zostaje przeniesione do Fińskiego Centrum Ubezpieczenia Pacjentów. Ważnym elementem omawianej normy jest zasada że „uprawniony do odszkodowania które poniósł w związku ze szkodą spowodowaną przez sprawcę jako osoba lub jego pracodawcy, prawo odszkodowania zostanie przeniesione do tej strony która wypłaciła odszkodowanie na podstawie omawianej ustawy, tylko gdy sprawca dokonał szkody z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa”<sup>164</sup>, jest to prawo regresu. Kolejny ustęp zabrania ustalania w umowie z ubezpieczycielem zastrzegania sobie praw szerszych niż zostały uregulowane w prawie do regresu. Artykuł 9a wprowadza zasadę separacji odszkodowań, której istotą jest zwrot ubezpieczycielowi tej części odszkodowania, którą poszkodowany uzyskałby na podstawie ustawy o obrażeniach pacjentów a wypłacona mu została przez ubezpieczyciela na podstawie ustawy komunikacyjnej, służbie wojskowej lub ubezpieczenia od wypadków w miejscu pracy. Przedsiębiorstwu ubezpieczeniowemu przysługuje także zwrot odszkodowania od Centrum Ubezpieczenia Pacjentów „które wypłacił w związku z kosztami medycznymi poszkodowanemu z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia. Terminami zgłoszenia roszczeń odszkodowawczych do Centrum Ubezpieczenia Pacjentów jest co do zasady termin 3 letni ale nie dłuższy niż 10 lat od wypadku. Niedotrzymanie terminu 10 letniego na zgłoszenie szkody skutkuje utratą prawa do odszkodowania<sup>165</sup>.

---

<sup>163</sup> PIA sekcja 8.

<sup>164</sup> *Ibidem*, sekcja 9 ustęp 2.

<sup>165</sup> *Ibidem*, sekcja 9-10.

Jak było wspomniane wcześniej, domaganie się odszkodowania przez pacjenta w procesie cywilnym to rzadkość. Rocznie do sądów cywilnych jest wnoszonych około 20 takich spraw<sup>166</sup>. Jest to niezwykle niski wskaźnik. Natomiast według danych Fińskiego Centrum Ubezpieczeń w 2012 roku za jego pośrednictwem zgłoszono 7772 wniosków o odszkodowanie<sup>167</sup>. Powyższe dane wskazują na to, że w Finlandii dominującą rolę w kompensacji szkód odgrywa system *no-fault*, którego nie jest konieczną przesłanką udowodnienie winy i odpowiedzialność lekarza lub szpitala<sup>168</sup>. System kompensacji szkód *no-fault* jest stosunkowo nowym modelem, w którym nie ma tak dużej liczby badań akademickich jak w modelu opierającym się na winie, dlatego trudno jest je porównywać w kategoriach, który model jest lepszy, wydajniejszy, lepiej funkcjonujący<sup>169</sup>. Pomimo iż większość spraw odszkodowawczych za doznaną szkodę związaną z leczeniem jest prowadzona w systemie *no-fault*, lekarze i szpitale nie są do końca zwolnieni z odpowiedzialności za swoje złe zachowanie. Zawsze istnieje możliwość dochodzenia odpowiedzialności cywilnej przed sądami, odpowiedzialności dyscyplinarnej i obarczenia sankcjami przez Urząd Nadzoru.

---

<sup>166</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 26.

<sup>167</sup> *Statistics patient insurance claims reported in 2007-2012*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

<sup>168</sup> J. Järvelin, *Studies on Field*, op.cit., s. 26.

<sup>169</sup> *Ibidem*, s. 19.

## Rozdział 3 System kompensacji szkód

W rozdziale trzecim zaprezentowano prawno-systemowe rozwiązania fińskiego modelu kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych, problematyka proceduralna roszczeń odszkodowawczych, obejmująca schemat postępowania, proces wydawania decyzji, ich zaskarżania i zasady dotyczące kompensaty. Końcowa część rozdziału przedstawia kwestie prawnej ochrony pacjentów i środków obrony, które im przysługują. Bazę źródłową stanowią informacje pochodzące ze stron internetowych: Fińskiego Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (*PVK*) i Kanclerza Sprawiedliwości a także angielskojęzyczna literatura przedmiotu, ustawy *The Act on the Status and Rights of Patients*, publikacje Ministerstwa do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia oraz Państwowego Organu Nadzorczego do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia *VALVIRA* a także statystyki.

### Podrozdział 1 Schemat ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych

Fiński system kompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych jest wzorowany na modelu funkcjonującym w Szwecji a podstawy mu dało wprowadzenie obligatoryjnego ubezpieczenia pacjentów w 1987 roku. Obecny fiński system kompensacji szkód operuje na podstawie znowelizowanej ustawy z 1999 roku<sup>170</sup> i ma on zastosowanie do szkód, które powstały w dniu 1 maja 1999 roku lub później. Główna różnica między starą a nową legislacją polega na wprowadzeniu zmian co do dwóch rodzajów szkód, podlegających kompensacji są to:

1. Szkada wynikająca z zakażenia (*infection injury*) oraz
2. Nieuzasadniona szkoda (*unreasonable injury*).

Podstawą kompensacji w szkodzie wynikającej z zakażenia według ustawy z 1987 roku było pojęcie ryzyka. Polegało ono na określeniu związku wystąpienia infekcji z czynnościami, które były podjęte przy pacjencie a wyłączeniu z kompensacji tych nie do uniknięcia w danej sytuacji. Pacjent więc miał prawo do domagania się kompensacji w sytuacji gdy ryzyko zakażeniem było niskie, jednakże gdy ono wzrastało ze względu na skomplikowaną operację, nie mógł on dostać żadnej kompensacji za doznane szkody

---

<sup>170</sup> *The Finnish patient insurance and compensation scheme*, "International Journal of Risk & Safety in Medicine" 2000 nr 13, s. 195.

związane ze zdarzeniem medycznym<sup>171</sup>. Obecnie nie wszystkie szkody wynikłe z zakażenia podlegają kompensacji. Szkodą wynikłą z zakażenia jest zakażenie pacjenta mikroorganizmami podczas jego badania lub leczenia a przesłankami zakażenia jest nie tylko związek przyczynowy ale także to że pacjent nie powinien tolerować skutków doznanej szkody. Szkada ta więc bazuje na pojęciu indywidualnego ryzyka w połączeniu ze stanem zdrowia pacjenta. Skutkiem jest brak kompensacji ani zwykłych szkód wynikłych z zakażenia, powierzchniowych ani tych o wysokim ryzyku ich doznania a nie tak jak poprzednio kompensowane były te szkody nawet o niskim ryzyku ich doznania. Tak, więc kompensowane są szkody które noszą cechy rzadkich i niespodziewanych<sup>172</sup>.

Drugą różnicę pomiędzy starą a nową legislacją stanowi opis szkody nieuzasadnionej. Na podstawie poprzednich uregulowań kompensacji z tego tytułu podlegały szkody wynikłe z błędnej diagnozy lekarza a nie samego procesu leczenia. Obecne unormowania uzależniają wypłatę kompensaty od stopnia uciążliwości doznanej niezasadnej szkody od 1-8 przy czym kompensacja należy się w 7 i 8 stopniu, co nie było w ogóle uregulowane w poprzedniej ustawie<sup>173</sup>. Skutkami doznanej szkody musi być poważna choroba, uszkodzenie ciała lub zgon pacjenta. Obecnie przesłankami kompensacji nieuzasadnionej szkody jest nie możliwość jej uniknięcia działając w inny sposób, nieuzasadniona szkoda związana z naturą choroby na którą diagnozowano, leczono pacjenta. Musi również występować dysproporcja pomiędzy leczoną chorobą a rozmiarem doznanej szkody. Kompensacji nie podlegają szkody, także te poważne, które zdaniem specjalistów medycznych powstałyby nawet gdyby nie podjęto się leczenia pacjenta, a ich skutkiem byłoby inwalidztwo lub zgon<sup>174</sup>.

Ustawa *Patient Injuries Act* (PIA) z 1999 roku przesłankami, które pokrywa ubezpieczenie pacjentów określa:

---

<sup>171</sup> *Differences between old and new legislation*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Differences-between-old-and-new-legislation/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>172</sup> *Infection injury*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Compensable-injuries/Infection-injury/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>173</sup> *Differences between old and new legislation*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Differences-between-old-and-new-legislation/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>174</sup> *Unreasonable injury*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Compensable-injuries/Unreasonable-injury/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

1. Doznanie szkody w postaci uszczerbku na zdrowiu, ciele (*bodily injured*). Na pojęcie uszczerbku na zdrowiu składają się: choroba, kontuzja, upośledzenie, zgon.
2. Uszczerbek został poniesiony przez pacjenta. W pojęciu pacjenta mieszczą się także dawcy organów, dawcy krwi i osoby będące podmiotami naukowych badań medycznych.
3. Doznanego w związku jego leczeniem lub opieką zdrowotną.
4. Szkada doznana została na obszarze Finlandii. Nie dotyczy więc szkód doznanych przez Finów przebywających za granicą<sup>175</sup>.

Dodatkowo fiński system ubezpieczenia pacjentów nie pokrywa kompensacji w zakresie szkód związanych ze zdarzeniem medycznym, ale które nie wchodzą w skład enumeratywnie wymienionych rodzajów szkód w ustawie. Kompensacji podlegają więc tylko szkody które spełniają powyżej wymienione przesłanki i znajdują się w poniższym katalogu szkód związanych z :

1. leczeniem (*treatment injury*),
2. sprzętem medycznych (*equipment-related injury*),
3. zakażeniem (*infection injury*),
4. transportem pacjenta,
5. pożarem, który niespodziewanie zaatakował sprzęt lub pokoje w których pacjent był leczony,
6. podaniem niewłaściwych leków,
7. szkód powstałych z niuzasadnionych przyczyn (*unreasonable injury*)<sup>176</sup>.

Kompensacji według reżimu ustawy PIA nie podlegają wszystkie szkody medyczne. Nie należy się ona przede wszystkim za szkody powstałe przed 1 maja 1987 roku, szkody powstałe za granicą Finlandii ani też za szkody ekonomiczne nie powiązane z doznaniami uszczerbku zdrowia ani też szkody materialne takie jak zniszczone przedmioty pacjenta. Kompensacji nie podlegają także szkody powstałe ze świadczeniem powszechnych usług medycznych ani usług świadczonych przez domy opieki. Poza zasięgiem kompensacji pozostają także szkody niewielkich rozmiarów, nie

---

<sup>175</sup> *The Finnish patient insurance and compensation scheme*, "International Journal of Risk & Safety in Medicine" 2000 nr 13, 195-196.

<sup>176</sup> *Ibidem*, 195-196.

powodujące niepełnosprawności a tylko defekty estetyczne, lekki ból a poniesione przez szkodę koszty nie przekraczają 200 EUR (w 2003 roku)<sup>177</sup>.

Pacjent który doznał szkody spełniającej powyżej wymienione wymogi powinien złożyć wniosek o kompensację w Fińskim Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (PVK) wniosek powinien być złożony na odpowiednim formularzu i złożony w okresie 3 lat od zaistnienia zdarzenia<sup>178</sup>. Schemat postępowania wygląda następująco:

1. Najpierw należy złożyć zawiadomienie o doznanej szkodzie w Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (PVK).
2. Następnie lekarz powinien złożyć w oświadczeniu odpowiedź na wniosek pacjenta, jednocześnie powinna być dostarczona karta pacjenta.
3. Kolejnym krokiem jest wystawienie oświadczenia przez Doradcę Medycznego.
4. Następuje proces podejmowania decyzji.
5. Procedura dotycząca kompensaty.
6. Wypłata kompensaty pacjentowi.
7. Ostatnim krokiem jest w razie niezadowolenia pacjenta odwołanie się do Rady Ubezpieczenia Pacjentów i Sądu I instancji<sup>179</sup>.

Po wniesieniu wniosku przez pacjenta, Centrum Ubezpieczeń Pacjentów (PVK) nadaje mu numer referencyjny. Następnie Centrum Ubezpieczeń Pacjentów samodzielnie występuje o kartę pacjenta i jego dokumenty do jednostki medycznej w której nastąpiło zdarzenie, także prywatnej i poprosi ją o złożenie oświadczenia w sprawie. Po otrzymaniu wszystkich niezbędnych dokumentów Doradca Medyczny przy Centrum Ubezpieczeń Pacjentów rozpatrzy sprawę<sup>180</sup>. Po uzyskaniu opinii Doradcy Medycznego, Centrum Ubezpieczeń Pacjentów wydaje pisemną decyzję. Decyzja jest doręczana poszkodowanemu, ubezpieczonemu lekarzowi lub jego jej jednostce medycznej oraz ubezpieczycielowi. Centrum Ubezpieczeń Pacjentów wydaje również pisemną decyzję o niewszczęciu procedury ze względu na brak zaistnienia przesłanek. W praktyce kompensata za doznane szkody należy się w 1/3 liczby składanych

---

<sup>177</sup> *What is not compensated for*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/What-is-not-compensated-for/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>178</sup> *The Finnish patient insurance and compensation scheme*, "International Journal of Risk & Safety in Medicine" 2000 nr 13, 196.

<sup>179</sup> *Claims handling process*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>180</sup> *Obtaining medical documents*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Obtaining-medical-documents/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

wniosków<sup>181</sup>. Jeżeli wniosek pacjenta zostanie uwzględniony kompensata jest wypłacana co do następujących składników:

1. Koszty leczenia medycznego.
2. Inne niezbędne koszty.
3. Utrata dochodu.
4. Trwała niezdolność.
5. Trwała szkoda kosmetyczna<sup>182</sup>.
6. Tymczasowa niezdolność związana z bólem i cierpieniem<sup>183</sup>.
7. Kompensacja dla najbliższych poszkodowanego<sup>184</sup>.
8. Zgon pacjenta<sup>185</sup>.

Jednostki medyczne, szpitale nie mają prawa żądać zwrotu kosztów związanych ze zdarzeniem medycznym od Centrum Ubezpieczenia Pacjentów. Ponoszą więc one ogromne koszty zdarzeń medycznych samodzielnie w czym upatruje się wysokie zainteresowanie samych szpitali w podnoszeniu poziomu bezpieczeństwa pacjentów. W praktyce koszty te ponosi cały system służby zdrowia czyli budżet państwa i gminy<sup>186</sup>.

Wysokość należnej kompensaty zależy od wysokości świadczenia, które poszkodowany pacjent uzyskał z innych instytucji takich jak Instytucja Ubezpieczenia Społecznego KEELA, czy od przedsiębiorstw ubezpieczeniowych. Po zliczeniu ich wszystkich Centrum Ubezpieczeń Pacjentów odejmie je od sumy kompensaty i wypłaci pacjentowi pozostałą część. Kompensata w niektórych przypadkach może być wypłacana w dłuższym okresie czasu, gdy wymaga tego poważny stan pacjenta lub przedłużająca się niezdolność do pracy<sup>187</sup>. Zasady ustalania wysokości kompensat są zaczerpnięte np. z ustawy o deliktach (*Tort Liability Act*). Dla mniejszych szkód ich wysokość waha się w granicach 200-1000 EUR a za poważne szkody 23 100-26 400

---

<sup>181</sup> *Claims decision*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Claims-decision/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>182</sup> *The Finnish patient insurance and compensation scheme*, "International Journal of Risk & Safety in Medicine" 2000 nr 13, 196.

<sup>183</sup> *Temporary incapacity (pain and suffering)*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Types-of-compensation-payable/Temporary-incapacity-pain-and-suffering/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>184</sup> *Compensation to family and other close people*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Types-of-compensation-payable/Compensation-to-family-and-other-close-people/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>185</sup> *Loss of life*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Types-of-compensation-payable/Loss-of-life/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>186</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 32.

<sup>187</sup> *Paying out compensation*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Paying-out-compensation/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

EUR w 2011 roku. Są one wypłacane w formie ryczałtu, okresowych świadczeń jak np. renta lub jako naliczanie rzeczywistych kosztów np. leczenia<sup>188</sup>.

Pacjent w razie niezadowolenia z decyzji Centrum Ubezpieczenia Pacjentów może złożyć do niego prośbę o rewizję decyzji a także złożyć apelację do Rady Centrum Ubezpieczenia Pacjentów lub do Sądu I instancji. Pacjent może także wnieść pozew przeciwko Centrum Ubezpieczenia Pacjentów do Sądu Rejonowego w Helsinkach, Sądu swojego miejsca zamieszkania lub stałego pobytu<sup>189</sup>.

W 2012 roku Centrum Ubezpieczeń Pacjentów wydało w odpowiedzi na wnioski do niego skierowane 6694 decyzji. Wynika z tego, że nie na wszystkie wniesione wnioski Centrum Ubezpieczenia Pacjentów wydaje pisemne decyzje. Odszkodowanie zostało przyznane w 2093 sprawach z czego najwięcej w sprawie szkód powstałych z leczeniem które stanowi 91,7 % podstaw decyzji. 61 przypadków zostało uznane za małe szkody a aż w 4540 Centrum Ubezpieczeń Pacjentów nie uznało szkody z której należałaby się kompensacja według reżimu Ustawy *Patient Injuries Act*. Stanowi to 67,8 % wszystkich spraw w których wydano decyzję. Jest to bardzo duża liczba decyzji odmownych w porównaniu do przyznanych odszkodowań i wniesionych wniosków<sup>190</sup>. Wysokość wypłaconych kompensat wyniosła w 2012 roku 35 326 000 EUR co stanowiło wzrost o ponad 5 milionów EUR w porównaniu do roku 2007. Kompensaty można podzielić na 3 kategorie w odniesieniu do wysokości wypłaconych kompensat. Najwięcej z nich w 2012 roku wypłacono za szkody niematerialne takie jak ból, cierpienie, szkody kosmetyczne, trwałe kalectwo i wynosiły one ponad 11 milionów EUR. 9 milionów EUR wypłacono za szkody związane z utratą dochodów. Prawie 8 milionów EUR stanowiły kompensaty za poniesione koszty takie jak koszty leczenia medycznego, rehabilitacji czy związane z pogrzebem. Dodatkowo w 2012 roku wypłacono koszty związane z rozliczaniem wniosków o kompensatę w których wypłacono ponad 7 milionów EUR<sup>191</sup>. Jednak składki płacone w Finlandii do Centrum Ubezpieczenia Pacjentów i innych ubezpieczycieli w 2012 roku wynosiły 53 502 000 EUR to wzrost wysokości wpłaconych składek w porównaniu do 2007 roku o ponad

---

<sup>188</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 32.

<sup>189</sup> *Dissatisfaction with claims decision*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Dissatisfaction-with-claims-decision/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>190</sup> *Statistics patient insurance claims decided in 2007-2012*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>191</sup> *Statistics patient insurance indemnities paid in 2007-2012 according to the type of compensation* [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 15.06.2013r.].



11,5 miliona EUR<sup>192</sup>. Rocznie system ubezpieczenia pacjentów kosztuje państwa około 30 milionów EUR rocznie. Stanowi to jedynie 1 % wszystkich wydatków na służbę zdrowia w Finlandii<sup>193</sup>.

## Podrozdział 2 Prawna ochrona pacjentów

### Punkt 1 Prawa pacjenta

Prawa pacjentów zostały uregulowane w ustawie *The Act on the Status and Rights of Patients*<sup>194</sup> (dalej ASRP). Ustawa ma zastosowanie do pacjentów w medycznej i zdrowotnej służbie zdrowia. Pierwszym z praw pacjentów jest prawo do dobrej opieki zdrowotnej, medycznej i powiązanego leczenia. Nie dyskryminując nikogo, przysługuje każdemu mieszkańcowi w ramach dostępnych środków medycznych, czasu i stanu zdrowia. Dobra opieka zdrowotna cechuje się wysoką jakością usług medycznych, z poszanowaniem godności ludzkiej i prywatności<sup>195</sup>. Drugim z praw pacjentów jest prawo dostępu do leczenia. Polega ono na tym, że każdego pacjenta należy poinformować o dacie wizyty lekarskiej a w razie jej zmiany poinformować o przyczynach<sup>196</sup>. Kolejnym prawem pacjenta jest prawo do informacji. Powinna być ona przedstawiona pacjentów w sposób przejrzysty i zrozumiały. Jego najważniejszymi przejawami jest prawo do informacji na temat stanu zdrowia, alternatywnych sposobów leczenia oraz ich spodziewanych efektów a także innych czynników wpływających na decyzję o podjętym sposobie leczenia. Prawo do informacji może być wyłączone na jego prośbę lub gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo że źle wpłynie na jego stan zdrowia i życie<sup>197</sup>. Kolejnym, ważnym prawem jest prawo do samostanowienia, które stanowi o obowiązku lekarza do uszanowania decyzji pacjenta co do leczenia w określony przez niego sposób tak długo jak to możliwe. W imieniu pacjenta z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonego decyzję o sposobie leczenia podejmuje opiekun lub przedstawiciel prawny. Powinna być ona odpowiednia z prawdopodobną

---

<sup>192</sup> *Statistics patient insurance, premiums and indemnities 2007-2012* [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

<sup>193</sup> J. Järvelin, *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012, s. 32.

<sup>194</sup> *The Act on the Status and Rights of Patients*, No. 785/1992 Issued in Helsinki on 18.08.1992, (tłum. własne). Cytowana dalej jako ASRP.

<sup>195</sup> ASRP, rozdział 2, sekcja 3.

<sup>196</sup> *Ibidem*, rozdział 2, sekcja 4.

<sup>197</sup> *Ibidem*, rozdział 2, sekcja 5.

wolą pacjenta lub podjęta w jego osobistym interesie. Ponadto przedstawiciel pacjenta wyraża zgodę na dany sposób leczenia lub odmawia jej udzielenia w imieniu podopiecznego. W razie odmowy udzielenia zgody na dany sposób leczenia pacjent powinien być leczony w inny sposób medycznie akceptowalny a w razie całkowitej odmowy leczenia pacjenta przez jego opiekuna powinien być traktowany z uwzględnieniem jego najlepszego interesu<sup>198</sup>. Wyjątek stanowi prawo do leczenia w nagłych przypadkach, których celem jest natychmiastowe zażegnanie niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjenta. W takich sytuacjach leczenie powinno być podjęte natychmiastowo bez względu na brak wiedzy o woli pacjenta. Często dzieje się tak, gdy pacjent jest nieprzytomny lub w inny sposób utracił świadomość. Gdyby jednak pacjent uprzednio stanowczo wyraził swoją wolę należy ją uwzględnić<sup>199</sup>.

Pozostałymi prawami pacjentów wymienionymi przez ustawę to prawo udziału pacjenta w ułożeniu planu jego badania, leczenia i ewentualnej rehabilitacji. Plan powinien zawierać harmonogram kolejności podejmowanych czynności, a w jego projektowaniu mogą wziąć udział także przedstawiciel ustawowy pacjenta i jego najbliżsi<sup>200</sup>. Status małoletnich pacjentów i ich prawo do decydowania o leczeniu powinno być brane pod uwagę w odniesieniu do ich wieku i poziomu rozwoju<sup>201</sup>. Ostatnim z praw jest prawo do informacji i uprawnienia pełnomocnika pacjenta. Ustawa jako pełnomocnika pacjenta, jego reprezentację uznaje opiekuna prawnego pacjenta, przedstawiciela ustawowego, krewnych a także osoby blisko związane z pacjentem. Ich prawem jest bycie informowanym na temat stanu zdrowia pacjenta i uzyskanie wiedzy wystarczającej do podjęcia decyzji, wyrażenia zgody na leczenie. Nie mogą oni jednak zabronić leczenia w nagłych przypadkach. Małoletni, który ze względu na swój wiek lub stan świadomości może decydować o swoim leczeniu może zabronić udzielenia informacji na temat swojego stanu zdrowia przedstawicielowi<sup>202</sup>.

Pacjent niezadowolony z działalności lekarza lub uzyskanej opieki zdrowotnej, medycznej ma prawo do podjęcia akcji przed następującymi organami:

1. Regionalnymi Agencjami Administracji Rządowej i Organem Nadzoru nad Opieką Społeczną i Zdrowotną VALVIRA.

---

<sup>198</sup> ASRP, rozdział 2, sekcja 6.

<sup>199</sup> *Ibidem*, rozdział 2, sekcja 8.

<sup>200</sup> *Ibidem*, rozdział 2, sekcja 4a.

<sup>201</sup> *Ibidem*, rozdział 2, sekcja 7.

<sup>202</sup> *Ibidem*, rozdział 2, sekcja 9.

2. Złożenie zażalenia do dyrektora placówki w której, z usług medycznych korzystał.
3. Złożenie zażalenia do Rzecznika Pacjentów Rzecznika Praw Obywatelskich i Kanclerza Sprawiedliwości.

Są to 3 typowe sposoby rozwiązywania tego typu spraw. Jednakże pacjent może złożyć zażalenie w odpowiednich sytuacjach także do:

4. Rzecznika Ochrony Danych.
5. Rzecznika Konsumentów .
6. Ministerstwa do spraw Opieki Społecznej i Zdrowia.
7. Fińskiej Agencji do spraw Leków FIMEA<sup>203</sup>.

Pacjenci mają prawo do złożenia zażalenia (*objection*) na działalność lekarza lub leczenie medyczne do dyrektora placówki medycznej, w której z usług medycznych korzystał. Według ustawy o Prawach pacjenta ASRP zażalenie powinno być złożone w rozsądnym czasie. Gdy sprzeciw jest zasadny to pacjent powinien być poinformowany o możliwości dochodzenia odpowiedzialności i odszkodowania określonych w ustawach: *Patient Injuries Act* (PIA) i *Tort Liability Act* (TLA) a w szczególności do których organów nadzorczych powinien się pacjent udać i jak wszcząć postępowanie prawne w kierunku ograniczenia, odwołania praktyki zawodowej danego lekarza lub inne postępowanie dyscyplinarne<sup>204</sup>. Jednakże celem instytucji zażalenia jest także możliwość przedstawienia stanowiska lekarza zainteresowanego w sprawie oraz próba rozwiązania konfliktu już na wczesnym etapie<sup>205</sup>. Za zażalenie za niewłaściwe zachowanie danego lekarza nie przysługuje odszkodowanie z Centrum Ubezpieczenia Pacjentów<sup>206</sup>. W razie niezadowolenia pacjenta z postępowania przed dyrektorem placówki medycznej ma on prawo do złożenia apelacji do organów nadzoru VALVIRA i Regionalnych Agencji Administracji Rządowej. Przy sporządzaniu skargi może asystować Rzecznik Praw Pacjentów<sup>207</sup>.

---

<sup>203</sup> *Complaints and the Supervising Authorities*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaints-and-the-supervising-authorities/>, [dostęp: 13.06.2013r.].

<sup>204</sup> ASRP, rozdział 2, sekcja 10.

<sup>205</sup> *Complaint*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaint/>, [dostęp: 13.06.2013r.].

<sup>206</sup> *Dissatisfaction with the Behavior and Procedures of Medical Staff*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Dissatisfaction-with-the-behaviour-and-procedures-of-medical-staff/>, [dostęp: 13.06.2013r.].

<sup>207</sup> Valvira National Supervisory Authority for Welfare and Health, *Patient's Charter*, Helsinki, Finland 2012, s. 9.

Działalność nadzorcza i środki dyscyplinarne stosowane przez organy VALVIRA i Regionalne Agencje Administracji Rządowej zostały omówione w rozdziale 2 o odpowiedzialności cywilnej lekarzy i szpitali. Podejmują one działanie między innymi na skargę złożoną przez pacjenta<sup>208</sup>. Złożenie apelacji przez pacjenta powinno być najpierw kierowane do Regionalnych Agencji Administracji Rządowej a dopiero sprawy większej wagi, o dalekosiężnych skutkach lub podejrzeniu błędu w sztuce lekarskiej powodujące zgon pacjenta lub trwale kalectwo powinny być kierowane do Organu Nadzoru VALVIRA<sup>209</sup>. Powyższe organy zwracają uwagę danej jednostki medycznej lub lekarza na niedokładności, wydają instrukcje, przestrogi, pisemne upomnienia a także ograniczają lub odbierają prawo do wykonywania zawodu lekarza w razie zaniedbywania obowiązków lekarskich, bezprawnego zachowania zagrażającego bezpieczeństwu pacjentów. Ponadto VALVIRA jest organem kontrolującym jakość i sprawność sprzętów medycznych<sup>210</sup>. Rezultatem złożenia apelacji do powyższych organów nie może być zmiana decyzji medycznej lub ubieganie się o odszkodowanie za niewłaściwe leczenie<sup>211</sup>.

#### Punkt 2 Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta i Kanclerz Sprawiedliwości

Mieszkańcy Finlandii mają prawo do składania skarg, zażaleń do Parlamentarnego Rzecznika Praw Obywatelskich, Kanclerza Sprawiedliwości a także wyspecjalizowanych Rzeczników Praw Pacjenta działających w każdej gminie.

Parlamentarny Rzecznik Praw Obywatelskich jest organem niezależnym i bezstronnym, wybieranym przez Parlament na 4 letnią kadencję. Jego zadaniem jest nadzór prawa związany z wykonywaniem władzy publicznej a także przyjmowanie kierowanych do niego skarg i zażaleń obywateli i rezydentów Finlandii i tworzenie rekomendacji na temat dalszego rozwoju prawa. Rzecznik bada działalność wszystkich

---

<sup>208</sup> *Complaints and the Supervising Authorities*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaints-and-the-supervising-authorities/>, [dostęp: 13.06.2013r.].

<sup>208</sup> ASRP, rozdział 2, sekcja 10.

<sup>209</sup> Valvira National Supervisory Authority for Welfare and Health, *Patient's Charter*, Helsinki, Finland 2012, s. 10.

<sup>210</sup> *Complaints and the Supervising Authorities*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaints-and-the-supervising-authorities/>, [dostęp: 13.06.2013r.].

<sup>211</sup> Valvira National Supervisory, op.cit., s. 10.

organów i jednostek wykonujących władzę publiczną, także władze regionalne, przedsiębiorstwa publiczne i prywatne wykonujące zadania z zakresu władzy publicznej. Kontrola dotyczy wywiązywania się z obowiązków, przestrzegania zasad konstytucyjnych a także ochrona praw człowieka. W sprawie kontroli działań Rządu i Prezydenta Rzecznik ma takie same uprawnienia jak Kanclerz Sprawiedliwości, jednak zajmuje się on przede wszystkim kontrolą spraw wojskowych i sytuacji więźniów a także opieki społecznej i służby zdrowia z wyłączeniem kontroli nad poszczególnymi lekarzami prywatnymi i osobami prywatnymi<sup>212</sup>.

Skargi i zażalenia do Rzecznika Praw Obywatelskich może złożyć każda osoba bez względu na obywatelstwo w imieniu własnym lub nawet innej osoby, bez żadnych opłat. Może być ona złożona za pośrednictwem faksu, e-mail, w formie pisemnej i na każdą z nich Rzecznik udziela odpowiedzi. Skargi, żeby były przyjęte muszą być złożone w okresie 5 lat od zdarzenia. Zażalenia mogą być przyjęte lub oddalone ze względu na brak właściwości Rzecznika, wtedy informuje on o odpowiednich organach do których osoba powinna się zgłosić. Gdy skarga zostaje przyjęta jej procedura rozstrzygnięcia jest elastyczna. Zawiera ona przesłuchanie obu stron, żądanie odpowiednich dokumentów a nawet działania na wzór prokuratora. Najczęstszymi środkami stosowanymi przez Rzecznika jest upomnienie, reprimenda, publiczna krytyka w mediach, których celem jest zapobieganie powtarzalności danych zdarzeń<sup>213</sup>.

Rzecznik Praw Pacjentów powinien działać przy każdym ośrodku medycznym, lub być jednym wspólnym dla kilku ośrodków w danej gminie. Jego głównymi zadaniami jest informowanie pacjentów o przysługujących im prawach, doradztwo w sprawach składania skarg, dochodzenia odpowiedzialności lekarzy, zastosowania prawa a także promowanie praw pacjenta i ich wdrożenie. Kolejnym celem jego działalności jest próba rozwiązywania konfliktów już na wczesnym jego etapie. Sprawuje on funkcje doradcze, nie działa jednak jako pomoc prawna, występująca w sporze lub inicjująca go ze swojej inicjatywy. Żeby Rzecznik Praw Pacjentów mógł sprawnie wykonywać swój urząd powinien on posiadać odpowiednią wiedzę na temat funkcjonowania służby zdrowia i personelu medycznego<sup>214</sup>.

---

<sup>212</sup> L. Marjukka, *Access to Finnish Public Law*, Helsinki 2006, s. 97-98.

<sup>213</sup> *Ibidem*, s. 98-99.

<sup>214</sup> P. Hannikainen, A. Hannuniemi, T. Hermanson, P. Ilveskivi, A. Koistinen, J. Koivisto, I. Pahlman, *Three Years in Force: Has the Finnish Act on the Status and rights of Patients Materialized?*, Sosiaali ja terveystieteiden ministeriö 1996, s. 11-13.

Kanclerz Sprawiedliwości Finlandii wybierany jest przez jej Prezydenta tego kraju. Kanclerz Sprawiedliwości jest strażnikiem praworządności w kraju. Kontroluje on praworządność samego Prezydenta a także Rządu, w tym celu uczestniczy on w posiedzeniach Rządu. Kanclerz także pełni funkcje doradcze, nadzoruje adwokatów i ma prawo wglądu do decyzji organu dyscyplinarnego *Finnish Bar Associations*<sup>215</sup>. Kanclerz sprawiedliwości sprawuje swoje funkcje między innymi dzięki skargom składanym do niego przez mieszkańców Finlandii. Skarga powinna być złożona na piśmie w jednym z 3 języków: fińskim, szwedzkim, *sámi*, a jej treść stanowić bezprawne zachowanie lub niedopełnienie obowiązków przez urzędnika państwowego, organ administracji lub innej osoby sprawującej władzę publiczną. Skarga powinna być złożona w okresie 2 lat od zdarzenia. Kanclerz Sprawiedliwości może podjąć dochodzenie także z własnej inicjatywy. Biuro Kanclerza poinformuje skarżącego o nie podjęciu skargi ze względu na :

1. Niezachowanie terminu.
2. Braku właściwości Kanclerza Sprawiedliwości.
3. Rozpatrywanie tej samej sprawy przez organ apelacyjny innego właściwego organu.

Biuro Kanclerza może przekazać sprawę do odpowiedniego organu, o czym skarżący również powinien być poinformowany. Kanclerz nie rozpatruje skarg z zakresu kognicji Rzecznika Praw Obywatelskich, czyli spraw wojskowych i pozbawienia wolności.

Skarga rozpatrzona przez Kanclerza Sprawiedliwości może być rozwiązana w następujący sposób:

1. W razie poważnego naruszenia prawa Kanclerz wszczyna postępowanie prawne.
2. Wystawia naganą.
3. Zwraca uwagę na wymogi dobrej administracji.
4. Wystawia zalecenia o sposobie naprawienia błędu.
5. Przedstawia odpowiedniemu organowi sposób rozwiązania konfliktu i należne odszkodowanie za wyrządzone szkody<sup>216</sup>.

---

<sup>215</sup> L. Marjukka, *Access to Finnish Public Law*, Helsinki 2006., s. 100.

<sup>216</sup> *Complaint*, [online] dostępne w Internecie: <http://okv.fi/en/filing-a-complaint/>, [dostęp: 14.06.2013r.].

### Punkt 3 Zaskarżanie decyzji

W Finlandii gwarantem prawa społecznych dla jednostek indywidualnych jest sieć instrumentów proceduralnych, które stanowią uzupełnienie przepisów materialnych zabezpieczenia społecznego.<sup>217</sup>

Środki prawnej ochrony przed naruszeniem praw społecznych to:

1. postępowanie administracyjne,
2. zwykłe postępowanie,
3. tryb nadzwyczajny,
4. oraz inne środki prawne<sup>218</sup>.

Gwarantami sprawiedliwego postępowania są prawa takie jak:

1. prawo do bycia wysłuchanym,
2. prawo do otrzymania uzasadnienia decyzji,
3. jawność postępowania<sup>219</sup>.

Postępowanie administracyjne zgodnie z ustawą o procedurze w administracji obejmuje postępowanie przed Instytucją Ubezpieczeń Społecznych, organami władzy także gminnymi jak i wspólnymi gminnymi radami w zakresie procesu podejmowania decyzji w sprawach opieki społecznej, opieki medycznej, ubezpieczenia społecznego jak i pomocy społecznej. W postępowaniu administracyjnym powinny występować elementy takie jak prawo do reprezentacji przez prawnika, eliminacja z obrotu prawnego dotkniętego wadą dokumentu, obowiązek władz do służenia pomocą, radą i informacją, prawo do wypowiedzi w sprawie czy też podanie podstaw wydania decyzji. Poza zasięgiem ustawy są natomiast prywatni wykonawcy usług publicznych których może zatrudniać państwo do wykonywania zadań publicznych<sup>220</sup>. Z postępowania administracyjnego może być wyłączonego pracownik administracji rządowej lub gminnej w 7 sytuacjach. Pierwszą z nich jest sytuacja gdzie pracownik pozostaje w bliskich relacjach ze stroną. Drugą, gdy czerpie on korzyści lub ponosi straty związane z wydaną i zaskarżoną decyzją. Wyłączonego jest także pracownik, bezstronny, taki który był lub jest reprezentantem prawnym strony, jako adwokat, pozostawał w stosunku służbowym

---

<sup>217</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 470-471.

<sup>218</sup> *Ibidem*, s. 491- 493

<sup>219</sup> *Ibidem*, s 102.

<sup>220</sup> *Ibidem*, s. 491- 493.

ze stroną, jest członkiem danej Rady a także pracuje w innym miejscu co dyskwalifikuje go z postępowania administracyjnego<sup>221</sup>.

Decyzje administracyjne wydane przez KELA czyli fińską Instytucję Ubezpieczenia Społecznego, władze miejskie oraz innych instytucji które wydają decyzje w zakresie korzystania z przywilejów socjalnych mogą być zaskarżane (*appeal*)<sup>222</sup>. Ścieżka odwoływania się od decyzji składa się zawsze dwóch instancji. Od decyzji administracyjnej wydanej przez KELA odwołanie składa się do Komisji Odwoławczej Zabezpieczenia Społecznego a następnie do drugiej instancji czyli Sądu Ubezpieczeniowego<sup>223</sup>. W przypadku wydania decyzji przez Rady do spraw Pomocy Społecznej i Opieki Zdrowotnej działające przy gminach, należy najpierw w terminie 14 dni od domagać się skorygowania błędnej decyzji. Tradycyjnemu zaskarżeniu do Sądu Administracyjnego podlega wtedy decyzja wydana przez miejska radę do spraw socjalnych wydaną na podstawie omawianego domaga się skorygowania decyzji. W wyjątkowych sytuacjach sprawa może być później zaskarżana do Najwyższego Sądu Administracyjnego, jednakże orzecznictwo często odrzuca taką możliwość w sprawach medycznych<sup>224</sup>. Inaczej procedura wygląda w sprawie zaskarżania decyzji związanych z ubezpieczeniem społecznych. Jest to spowodowane bardzo dużą ilością wydawanych decyzji administracyjnych w tym sprawach i częstymi zaskarżeniami co stanowiło konieczność ustanowienia nowej procedury zaskarżenia decyzji administracyjnych w sprawach ubezpieczeń społecznych. Pierwszą instancją zaskarżania decyzji są różnego rodzaju rady funkcjonujące przy władzach gminnych takie jak np. :

1. rada zabezpieczenia społecznego w sprawach ubezpieczenia medycznego, (*social welfare board in health insurance*)
2. rada pomocy finansowej dla studentów,
3. rada zabezpieczenia bezrobotnych (*unemployment security board*),
4. rada do spraw ubezpieczenia wypadkowego (*the accident insurance appeal board*),
5. rada do spraw emerytur zależnych od uzyskanych zarobków<sup>225</sup>.

---

<sup>221</sup> L. Marjukka, *Access to Finnish Public Law*, Helsinki 2006, s. 111-113.

<sup>222</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002, s. 493-494.

<sup>223</sup> Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic of the social security system in Finland*, Helsinki 2013, s. 27.

<sup>224</sup> J. Pöyhönen, *An Introduction*, op.cit., s. 493- 494.

<sup>225</sup> *Ibidem*, s. 494.



Od decyzji tych rad przysługuje zaskarżenie do specjalnego nowo utworzonego Sądu Ubezpieczeniowego, którego właściwością są zaskarżane decyzje administracyjne w sprawach ubezpieczeń i pomocy społecznej<sup>226</sup>.

Decyzje administracyjne wydane w sprawach zastosowania przymusowych środków, zaskarża się do Sądu Administracyjnego a następnie do Najwyższego Sądu Administracyjnego. Ze względu na wagę takiego postępowania jest ono bezpłatne również w zakresie zatrudnienia adwokata, skrócono terminy oraz przyznano możliwość samodzielnego występowania przed sądem dzieciom już od 12 roku życia<sup>227</sup>.

Istnieją środki nadzwyczajnego zaskarżenia osobne przy ubezpieczeniach społecznych i pomocy społecznej a osobne przy decyzjach związanych z opieką medyczną. Niektóre z nich to przywrócenie terminu, błąd proceduralny oraz unieważnienie decyzji administracyjnej<sup>228</sup>.

Ministerstwo do spraw Socjalnych i Zdrowia nie zajmuje się osobiście zaskarżeniami tylko nadzoruje i kontroluje ten proces czy prawa pacjentów są respektowane. W sprawach ubezpieczenia właściwym organem odwoławczym jest Komisja Odwoławcza Zabezpieczenia Społecznego<sup>229</sup>. Zaskarżenie można również przesłać do odpowiedniego ministra np. Ministra do Spraw Opieki Społecznej i Medycznej, do Rzecznika Praw Obywatelskich czy Kanclerza Sprawiedliwości. Ta forma administracyjnego zaskarżenia może być stosowana również co do decyzji wydanych przez prywatne przedsiębiorstwa które wykonują zadania publiczne w zakresie opieki medycznej i społecznej. Pacjenci oraz klienci mają prawo również składania zażaleń do jednostek świadczących usługi np. medyczne. Mogą zainicjować procedurę dyscyplinarną wobec lekarza, odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę. Co ważne złożenie zażalenia nie wyklucza prawa do postępowania administracyjnego, występuje równolegle obok niego. Ponad to przy radach gminnych powinni działać rzecznicy do spraw pacjentów oraz rzecznicy do spraw społecznych<sup>230</sup>.

---

<sup>226</sup>J. Pöyhönen, *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002,, s. 494.

<sup>227</sup>Ibidem, s. 494-495.

<sup>228</sup>Ibidem, s. 496.

<sup>229</sup>Ministry of Social Affairs and Health, *Ministry of Social Affairs and Related Authorities*, Helsinki 2011, s. 23.

<sup>230</sup>J. Pöyhönen, *An Introduction*, op.cit., s. 496-497.

## Zakończenie

Fiński system zabezpieczenia społecznego powstał w oparciu o normy zawarte w Konstytucji Finlandii oraz umowy międzynarodowe do których przystąpiła. Prawa socjalne w nich zawarte nie stanowią jednak praw podmiotowych, których wykonania można się domagać. Zabezpieczenie społeczne należy rozumieć, jako zapewnienie minimalnego utrzymania każdemu mieszkańcowi kraju a także świadczenie usług publicznych. Fiński system zabezpieczenia społecznego składa się z trzech elementów: ubezpieczenia społecznego, opieki społecznej i pomocy społecznej. Obecnie cele fińskiego systemu społecznego określa program „Zrównoważona Finlandia 2020”.

Fiński system państwa opiekuńczego zaliczany jest do modelu nordyckiego. Jego głównymi cechami jest uniwersalizm, równość płci i silna pozycja kobiet. Model nordycki dzięki swoim rozwiązaniom stanowi inspirację dla wielu badaczy i polityków na całym świecie.

Fiński system opieki społecznej realizuje koncepcję państwa opiekuńczego. Jego celem jest zapewnienie dobrobytu mieszkańcom tego kraju.. W Finlandii istnieje szeroki wachlarz instrumentów socjalnych w postaci usług publicznych, praw socjalnych i praw klientów pomocy społecznej. Prawa socjalne mogą zostać ograniczone tylko w przypadkach przewidzianych ustawą. Mieszkańcom przysługują liczne środki ochrony przed ich naruszeniem np. złożenie skargi do jednego z gminnych Rzeczników Pomocy Społecznej. Wydatki na pomoc społeczną stanowią około 30 % PKB Finlandii.

System zabezpieczenia społecznego w Finlandii ewaluował zgodnie z rozwojem państwa od stadium agrarnego do wysokorozwiniętego. Od pomocy tylko najuboższym do usług dla każdego mieszkańca bez względu na jego status. Cechą współczesnego systemu fińskiego jest wprowadzenie instrumentów socjalnych związanych z zarobkowaniem.

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne w Finlandii powstało w 1963 roku i jest ono koordynowane przez KELA, czyli Fińską Instytucję Ubezpieczenia Społecznego. Ubezpieczenie te bazuje na pojęciu rezydenta, i pokrywa ono koszty opieki medycznej i rehabilitacyjnej a także koszty leków. Z częściowego zwrotu kosztów można korzystać również w ramach prywatnej opieki zdrowotnej.

Koordynacją i funkcjonowaniem fińskiego systemu zabezpieczenia społecznego zajmuje się głównie Ministerstwo do Spraw Socjalnych i Zdrowia i podporządkowane

mu organy nadzorcze VALVIRA czyli Organ Nadzoru do spraw Pomocy Społecznej i Zdrowia oraz Regionalne Agencje Administracji Rządowej.

System opieki medycznej w Finlandii opiera się na trzech schematach: gminach, prywatnej opieki zdrowotnej oraz zatrudnieniu. Główny jego ciężar ponoszą gminy, co jest związane z zasadą decentralizacji, polegającą na organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej przez gminy. Gminy mają obowiązek zorganizować opiekę medyczną dostępną dla każdego zarówno podstawową i specjalistyczną obsługiwaną przez jeden z 20 dystryktów szpitalnych. Każdy mieszkaniec może korzystać z prywatnej opieki medycznej, która w głównej mierze jest finansowana z opłat klientów. Zaletami prywatnej opieki medycznej jest krótszy czas oczekiwania na wizytę lekarską oraz częściowy zwrot kosztów od KELA.

Organizacja publicznej służby zdrowia podzielona jest na 3 szczeble. Pierwszym z nich jest Ministerstwo do spraw Społecznych i Zdrowia, drugim Regionalne Agencje Administracji Rządowej a trzecim gminy. Organem koordynującym Państwowe Ubezpieczenie Społeczne jest KELA a głównym organem nadzorczym VALVIRA.

Zorganizowanie publicznej służby zdrowia dostępnej dla wszystkich mieszkańców należy do obowiązków gmin. Jest ona finansowana z subsydiów rządowych oraz częściowych opłat wnoszonych przez pacjentów. Ustawowo jest określona ich górna granica w rozliczeniu rocznym.

Placówki podstawowej opieki medycznej zajmują się działalnością profilaktyczną i leczeniem pacjentów. W 1999 roku w Finlandii było 275 takich placówek. W Finlandii obecnie kładzie się duży nacisk na rozwój elektronicznego kontaktu pacjenta z lekarzem.

W bardzo szybkim tempie rozwija się sektor prywatny usług medycznych. Spowodowane jest to krótszymi kolejkami oczekiwania na wizytę u lekarza, swobodny wybór placówki medycznej oraz wyższe wynagrodzenie dla lekarzy. Około 30 % wszystkich wizyt lekarskich ma miejsce w placówkach prywatnych. W prywatnej opiece zdrowotnej pacjenci samodzielnie ponoszą koszty wizyt, jednakże mogą się starać o częściowy zwrot niektórych kosztów od KELA. Według danych statystycznych Finowie uważają publiczną służbę zdrowia za podstawowego usługodawcę medycznego, jednocześnie wyrażają zainteresowanie w powiększeniu zakresu usług świadczonych przez prywatnych usługodawców.

Kwestia bezpieczeństwa pacjentów w Finlandii jest ważnym tematem, i przedmiotem wielu projektów rządowych i ministerialnych. Główny nacisk położony

jest na szpitale, które obciążone ogromnymi kosztami związanymi ze zdarzeniami medycznymi, same są zainteresowane w zwiększaniu poziomu bezpieczeństwa swoich pacjentów.

Zawód lekarza, jego status prawny i obowiązki określa ustawa o profesjonalistach w służbie zdrowia. Powstała w celu zapewnienia wysokiej jakości usług medycznych oferowanych pacjentom oraz ich ochrony przed niewłaściwym leczeniem. Prawo do wykonywania zawodu i kontrolę nad nim sprawuje Urząd Nadzoru do spraw Społecznych i Zdrowia VALVIRA. Urząd ten jest odpowiednim organem do stosowania środków zapobiegawczych i dyscyplinujących wobec lekarzy.

W Finlandii wszystkie podmioty świadczące usługi medyczne podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pacjentów. Wyróżniamy 6 kategorii takich podmiotów: lekarze samozatrudnieni, przedsiębiorstwa medyczne, dystrykty szpitalne, farmaceuci, przedsiębiorstwa transportowe oraz organy władzy publicznej w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych.

We współczesnym świecie funkcjonują dwa modele kompensacji szkód. Pierwszym z nich jest model oparty o przesłankę winy a drugim jest model *no-fault* funkcjonujący w Finlandii. System kompensacji szkód w Finlandii koordynowany jest przez konsorcjum- Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (PVK). Przesłankami kompensacji z tytułu zdarzeń medycznych są: poniesienie uszczerbku na zdrowiu, przez pacjenta w wyniku jego leczenia poniesionego na obszarze Finlandii. Kompensowane są tylko szkody ujęte w 7 kategoriach: związane z leczeniem, transportem, niewłaściwym podaniem leków, nieprzewidywalnym pożarem lub innym zdarzeniem, szkody nieuzasadnione oraz te wynikłe z zakażenia oraz związane z niesprawnym sprzętem medycznym. Kompensacja należy się za utratę dochodów, trwałe kalectwo, trwałą szkodę kosmetyczną, tymczasową niezdolność związaną z odczuwaniem bólu, i za zgon pacjenta. Kompensacja może być przyznana także najbliższemu poszkodowanemu oraz występuje w postaci zwrotu kosztów.

Ustawa *Patient Injuries Act* (PIA) nie wyłącza możliwości dochodzenia roszczeń według reżimów innych ustaw np. ustawy o deliktach, jednak zdarza się to niezwykle rzadko, w skali rocznej jest około 20 takich spraw. W 2012 roku do Centrum Ubezpieczenia Pacjentów zgłoszono 7772 wniosków o odszkodowanie z tytułu zdarzeń medycznych. Jest to dowodem na to, że pozasądowy system kompensacji szkód *no-fault* jest dominującym systemem w tego rodzaju odszkodowaniu. Jest to stosunku młody

model, więc trudno porównywać go w kategoriach efektywności i wydajności z modelem odszkodowania z deliktów.

Pomimo iż przesłanka winy nie stanowi przesłanki odszkodowania należnego od Centrum Ubezpieczenia Pacjentów, to także w tym systemie istnieje możliwość pociągnięcia szpitala lub danego lekarza do odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę, w postaci wytoczenia powództwa cywilnego, środków dyscyplinarnych i sankcji nakładanych przez organy nadzoru.

Pacjent niezadowolony z uzyskanych usług lub sposobu leczenia może zgłosić skargę po pierwsze do dyrektora placówki medycznej, w której nastąpiło zdarzenie, do Rzecznika Praw Pacjentów działającego przy każdej gminie, organów nadzoru: VALVIRA oraz Regionalnych Agencji Administracji Rządowej oraz do Rzecznika Praw Obywatelskich lub Kanclerza Sprawiedliwości. Pacjent może także decyzję wydana na piśmie przez organ administracyjny zaskarżyć do odpowiedniej rady odwoławczej do spraw społecznych i zdrowia. Postępowanie w sprawach zaskarżania decyzji jest zawsze dwuinstancyjne.

## Bibliografia

## Opracowania

1. Arajärvi P., *The Finnish Perspective on the Last-Resort Support for Subsistence*, 1999-2012.
2. Dahl H. M., Eriksen T. R., *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*, Ashgate 2005.
3. Duopi P., *National Reporting System for Patient Safety Incidents A Review of the Situation in Europe*, Jyväskylä 2009.
4. Elovainio P.(red.), *Finlandia w faktach*, Helsinki 2003.
5. *Finlandia*, [w:] *Nowa encyclopedia powszechna PWN tom 2*, Warszawa 1995.
6. Hannikainen P., Hannuniemi A., Hermanson T., Ilveskivi P., Koistinen A., Koivisto J., Pahlman I., *Three Years in Force: Has the Finnish Act on the Status and rights of Patients Materialized?*, Sosiaali ja terveysministeriö 1996.
7. Heikkilä M., Kautto M., *Welfare in Finland*, Saarijärvi 2004.
8. Hirvonen J., *Effect of Waitig Time on Health Outcomes and Service Utilization A Prospective Randomized Study on Patients Admitted to Hospital for Hip or Knee Replacement*, Vaajakoski 2007.
9. Hjerpe R., Ilmakunnas S., Iliko Voipo B., *The Finnish Welfare State at the turn of the Millenium: VATT Yearbook 1999*, Helsinki 2000.
10. Häkkinen U., *The impact of the Finnish Health Sector Reforms*, Helsinki 2005.
11. Hämäläinen P., Reponen J., Winblad I., *eHealth of Finland Check Point 2008*, Jyväskylä 2009.
12. *Insurance Supervisory Authority 2003 Annual Report*, Helsinki 2004.
13. Järvelin J., *Studies on Field and Compensated Claims for Patient Injuries*, Tampere 2012.
14. Kautto M.(red.), *Nordic Social Policy Changing welfare states*, London 1999.
15. Keskimäki I., *Social equity in the Use of Hospital Inpatient Care in Finland*, Jyväskylä 1997.
16. Kuivalainen S., *A Comparative Study on Last Resort Social Assistance Schemes in Six European countries*, Saarijärvi 2004.
17. Leyland P., Harding A., *The Constitution of Finland*, Oxford and Portland, Oregon 2011.

18. Magnussen J., Vrangbaeck K., Saltman R. B., *Nordic Health Care Systems, Recent Reforms and Current Policy Challenges*, 2009.
19. Marjukka L., *Access to Finnish Public Law*, Helsinki 2006.
20. Martikainen T., Uusikylä P., *Reforming Health Policy in Finland: A Critical Assessment*, 1997.
21. Ministry of Social Affairs and Health, *Characteristic of the social security system in Finland*, Helsinki 2013.
22. Ministry of Social Affairs and Health, *Guidelines in Health Care in Finland*, November 1996.
23. Ministry of Social Affairs and Health, *Health Care in Finland*, Helsinki 2004.
24. Ministry of Social Affairs and Health, *Health Promotion in the Municipality The Health for All by the Year 2000 Municipal Programme. Conclusions and Recommendations*, Helsinki 1996.
25. Ministry of Social Affairs and Health, *Insurance Supervision in Finland*, February 1997.
26. Ministry of Social Affairs and Health, *Ministry of Social Affairs and Related Authorities*, Helsinki 2011.
27. Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, Helsinki 2006.
28. Ministry of Social Affairs and Health, *Statutory Social and Health Services in Finland*, Helsinki 2006
29. Ministry of Social Affairs and Health, *The status and rights of social welfare clients*, Helsinki 2001.
30. Niemelä H., Salminen K., *Social Security in Finland*, Helsinki 2006.
31. Niemelä P., *A brief history of the social welfare and health care system in Finland and the role of the social work therein*, [w:] S. Ylinen (et al. (eds.)), *Social work in public health symposium*, Kuopio 1998.
32. Puska P., Tuomilehto J., Nissinen A., Vartiainen E., *The North Karelia Project 20 Year Result and Experiences*, Helsinki 1995.
33. Pöyhönen K., *An Introduction to Finnish Law*, Helsinki 2002.
34. Sund R., *Methodological Perspectives for Register-Based Health System Performance Assessment, Developing a Hip Fracture Monitoring System in Finland*, Vaajakoski 2008.
35. Surakka A., *Access to Finnish Law*, Werner and Söderström Corporation 2005.
36. Taipale I. (red.), *100 social innovations from Finland*, Helsinki 2007.

37. Teperi J., Porter M. E., *The Finnish Health Care System: a Value- Based Perspective*, Helsinki 2009.
38. Uotila J., *The Finnish Legal System*, Helsinki 1966.
39. Valvira National Supervisory Authority for Welfare and Health, *Patient's Charter*, Helsinki, Finland 2012.
40. Vuorenkoski L., Mladovsky P., Mossialos E., *Finland: Health System Review*, 2008; 10(4).
41. Wahlbeck K., Manderbacka K., Vuorenkoski L., Kuusio H., Luoma M., Widström E., *Quality and Equality of Access to Healthcare Services*, Helsinki 2008.

#### Artykuły w czasopismach

42. *The Finnish patient insurance and compensation scheme*, "International Journal of Risk & Safety in Medicine" 2000 nr 13.

#### Akty prawne

43. *Act on Specialized Medical Care*, No. 1062/1989 Issued in Helsinki on 01.12.1989, unofficial translation by Ministry of Social Affairs and Health, Finland, (tłum. własne).
44. *Health Care Professionals Act* No. 559/1994 Issued in Naantali on 28.06.1994, unofficial translation by Ministry of Social Affairs and Health, Finland. (tłum. własne).
45. *Patient Injuries Act*, No.585/1989, amendments up to 1544/2009, Issued in Naantali on 25.07.2009, unofficial translation by Finnish Patient Insurance Centre, (tłum. własne).
46. *Primary Health Care Act* No. 66/1972 Issued in Helsinki on 28.01.1972, unofficial translation by Ministry of Social Affairs and Health, (tłum. własne).
47. *Social Welfare Act*, No. 710/1982, Issued in Helsinki on 17.09.1982, unofficial translation by Ministry of Social Affairs and Health, Finland (tłum. własne).
48. *Tort Liability Act*, No.412/1974, Issued in Helsinki on 31.05.1974, unofficial translation by Ministry of Justice, (tłum. własne). Cytowana dalej: TLA



49. *The Act on the Status and Rights of Patients*, No. 785/1992 Issued in Helsinki on 18.08.1992, (tłum. własne). Cytowana dalej jako ASRP.
50. *The Constitution of Finland*, No. 731/1999, amendments up to 1112/2011 included, Issued on 11.06.1999, unofficial translation by Ministry of Justice, (tłum. własne).
51. *The Criminal Code of Finland* , No. 19/1889 Issued on 19.12.1889 unofficial translation by Ministry of Justice, Finland (tłum. własne). Tort Liability Act, numer 412/1974.

#### Źródła statystyczne

52. *Statistics patient insurance claims decided in 2007-2012*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
53. *Statistics patient insurance indemnities paid in 2007-2012 according to the type of compensation* [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
54. *Statistics patient insurance, premiums and indemnities 2007-2012* [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
55. *Statistics patient insurance claims reported in 2007-2012*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/Statistics/>, [dostęp: 04.06.2013r.].

#### Inne

56. *Claims decision*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Claims-decision/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
57. *Claims handling process*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
58. *Compensation to family and other close people*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Types-of-compensation-payable/Compensation-to-family-and-other-close-people/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

59. *Complaint*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaint/>, [dostęp: 13.06.2013r.].
60. *Complaint*, [online] dostępne w Internecie: <http://okv.fi/en/filing-a-complaint/>, [dostęp: 14.06.2013r.].
61. *Complaints and the Supervising Authorities*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaints-and-the-supervising-authorities/>, [dostęp: 13.06.2013r.].
62. *Determining the Insurance Premium*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Determining-the-insurance-premium/>, [dostęp: 04.06.2013r.].
63. *Differences between old and new legislation*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Differences-between-old-and-new-legislation/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
64. *Dissatisfaction with the Behavior and Procedures of Medical Staff*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Dissatisfaction-with-the-behaviour-and-procedures-of-medical-staff/>, [dostęp: 13.06.2013r.].
65. *Dissatisfaction with claims decision*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Dissatisfaction-with-claims-decision/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
66. *Further Legal Protection*, [on-line] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Further-legal-protection/>, [dostęp: 03.06.2013r.].
67. *Infection injury*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Compensable-injuries/Infection-injury/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
68. *Insurance obligation*, [on-line] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Insurance-obligation/>, [dostęp: 04.06.2013r.].
69. *Loss of life*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Types-of-compensation-payable/Loss-of-life/>, [dostęp: 15.06.2013r.].

70. *Obtaining medical documents*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Obtaining-medical-documents/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
71. *Patient Insurance Awarded by the Patient Insurance Centre*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Patient-insurance-awarded-by-the-Patient-Insurance-Centre/>, [wejście z dnia: 04.06.2013r.].
72. *Paying out compensation*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Claims-handling-process/Paying-out-compensation/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
73. *Social and Health Care Clients Fees*, [online] dostępne w Internecie: [http://www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/client\\_fees](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/client_fees), [dostęp: 14.06.2013r.].
74. *Statement from the party involved*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Statement-from-the-party-involved/>, [dostęp: 04.06.2013r.].
75. *Taking out insurance*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Taking-out-insurance/>, [dostęp: 04.06.2013r.].
76. *Temporary incapacity (pain and suffering)*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Types-of-compensation-payable/Temporary-incapacity-pain-and-suffering/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
77. *Terminatin Insurance*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/For-health-care-professionals/Insurance-cover/Terminating-insurance/>, [dostęp: 04.06.2013r.].
78. *Unreasonable injury*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Compensable-injuries/Unreasonable-injury/>, [dostęp: 15.06.2013r.].
79. *What is not compensated for*, [online] dostępne w Internecie: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/What-is-not-compensated-for/>, [dostęp: 15.06.2013r.].