

lek. Aleksander Mularski

Analiza doznanego uszczerbku na zdrowiu w sprawach cywilnych na
podstawie opinii sporządzonych w Katedrze i Zakładzie Medycyny
Sądowej UM w Poznaniu

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. med. *Czesław Żaba*

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Lekarski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2021

Podziękowania

Składam serdeczne podziękowania wszystkim, dzięki którym realizowanie badań wchodzących w skład niniejszej pracy doktorskiej było nie tylko możliwe, ale także było przyjemnością oraz spełnieniem moich zawodowych marzeń i planów.

Przede wszystkim dziękuję jednak mojemu Promotorowi, Panu dr hab. n. med. Czesławowi Żabie, bez pomocy którego ta praca nigdy by nie powstała. Życzliwość, wsparcie i zaufanie, którym mnie obdarzył będę zawsze pamiętać i będę dla mnie zawsze wzorem idealnego Szefa. Realizując swoje zawodowe zainteresowania wierzyłem zawsze, że mam przy boku prawdziwego Przyjaciela.

Osobne, równie ważne, podziękowania składam na ręce mojej żony Agnieszki, na którą zawsze mogłem liczyć, która mnie wspierała i niejednokrotnie odciążała mnie w obowiązkach domowych oraz rodzicielskich.

Spis treści

1.	Wstęp	5
1.1.	Wprowadzenie	6
1.2.	Uszczerbek na zdrowiu	6
1.3.	Status biegłego lekarza	10
1.4.	Opinia biegłego lekarza w postępowaniu karnym	12
1.5.	Opinia biegłego lekarza w postępowaniu cywilnym	13
2.	Cele pracy	22
3.	Materiał i metody	23
3.1.	Przedmiot badań	23
3.2.	Materiał badawczy	23
3.3.	Metody badawcze	23
4.	Wyniki badań	26
4.1.	Opinie sądowo-lekarskie dotyczące oceny uszczerbku na zdrowiu w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2009-2018	26
4.2.	Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające	28
4.3.	Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich	29
4.4.	Pozwany w sporze sądowym, w którym wydawano opinię sądowo-lekarską.	31
4.5.	Przyczyny powstania uszczerbku na zdrowiu.	33
4.6.	Charakterystyka powoda w sprawie cywilnej, w której biegli wydawali opinię. ...	39
4.7.	Charakterystyka zespołu wydającego opinię sądowo-lekarską w sprawie, gdzie oceniano uszczerbek na zdrowiu w sporze cywilnym	48
4.8.	Charakterystyka doznanego uszczerbku na zdrowiu	51
4.9.	Uszczerbek na zdrowiu w sprawie cywilnej, będący następstwem wypadku komunikacyjnego	76
4.9.	Tabela jako narzędzie pracy biegłego w sprawie, w której oceniany jest doznany uszczerbek na zdrowiu	101
5.	Dyskusja	105

6.	Wnioski.....	113
7.	Streszczenie	115
8.	Summary.....	118
9.	Bibliografia	121
10.	Spis tabel.....	128
11.	Spis rycin	134
12.	Wykaz skrótów	138

1. Wstęp

Życie i zdrowie ludzkie stanowią najwyższą wartość. Na świecie na skutek doznanych uszczerbków na zdrowiu wypłacane są odszkodowania za szkody majątkowe i zadośćuczynienia za doznaną krzywdę sięgające miliardów dolarów. Co do zasady towarzystwa ubezpieczeniowe zgadzają się z tym, że za doznany deficyt zdrowia ubezpieczonemu przysługuje odszkodowanie. Istnieje jednak różnica w ocenie doznanych skutków zdrowotnych pomiędzy ubezpieczonym a towarzystwem ubezpieczeniowym. W sytuacjach, w których nie udaje się osiągnąć kompromisu, właściwym do rozstrzygnięcia powstałego sporu jest sąd. Roszczenia odszkodowawcze stanowią przedmiot sporu pomiędzy ubezpieczonymi w towarzystwach ubezpieczeniowych, a tymi towarzystwami. W postępowanie to są angażowani biegli, którzy wydają opinie, mające służyć pomocą sądowi. Trwały ubytek zdrowia, inwalidztwo na skutek odniesionych obrażeń ciała, trwałe lub długotrwałe ujemne następstwa zdrowotne budzą ogromne emocje. Dlatego rzetelne przedstawienie opinii przez biegłego, który w sposób obiektywny dla stron, a przede wszystkim zrozumiały dla wszystkich uczestników sporu sądowego przedstawi konsekwencje zdrowotne określonego zdarzenia dla konkretnego człowieka, stanowi jeden z najistotniejszych dowodów przeprowadzanych na gruncie prawa procesowego. Ugruntowanym narzędziem pracy biegłego lekarza w sprawach cywilnych jest Tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu, dzięki której biegły może przełożyć trwały lub długotrwały deficyt zdrowia na wartość liczbową wyrażoną w procentach w niej zawartych.

Inspiracją do napisania pracy jest własna praktyka biegłego lekarza, uczestniczącego wielokrotnie w postępowaniach sądowych w sprawach cywilnych. Obserwacja zachowania przewodniczących, stron, a przede wszystkim powodów i ich pełnomocników stanowiły przesłankę do ustalenia i analizy zakresu opiniowania w sprawach cywilnych, częstokroć stanowiącego większą trudność w pracy zawodowej, aniżeli sporządzanie opinii w sprawach karnych. Tabela, przy pomocy której biegły jest przeważnie zobowiązany do przeliczenia zdrowia ludzkiego na „procenty uszczerbku na zdrowiu”, jest narzędziem dedykowanym dla lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a nie dla biegłego przed sądem. Należało zbadać czy powyższe narzędzie pracy jest użyteczne w pracy lekarza biegłego sądowego.

W niniejszym opracowaniu analizowano opinie doświadczonych biegłych lekarzy sądowych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (KiZMS) Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP) z okresu 2009-2018, koncentrując badania na tych, które dotyczyły postępowań, gdzie wymagana była ocena doznanego uszczerbku na zdrowiu i określenie jego rozmiaru, a także wykorzystano dane publikowane przez ZUS.

1.1. Wprowadzenie

Wykonywanie zawodu lekarza związane jest z badaniem stanu zdrowia, rozpoznawaniem chorób, zapobieganiem chorobom oraz ich leczeniem. Wydawanie orzeczeń czy opiniowanie sądowo-lekarskie, jako element wykonywanego zawodu lekarza, jest rzadko poruszonym tematem opracowań, szczególnie z perspektywy lekarza, a nie prawnika. Postępujący rozwój nauk, rosnący stan posiadanej wiedzy, stosowanie nowych metod naukowo-badawczych, a przede wszystkim dokonana już wąska specjalizacja człowieka w danej dziedzinie, czynią opinię biegłego niezbędną do przetłumaczenia fachowej wiedzy i właściwego wyjaśnienia prowadzonych spraw. Obecnie rola roli biegłego jest coraz bardziej znacząca, a niekiedy dominująca we współczesnym wymiarze sprawiedliwości. Opinie lekarskie można uznać za kluczowe w sprawach, w których są sporządzane [1] [2]. Opiniowanie w sprawach toczących się z powództwa cywilnego nieco odbiega od opiniowania wykonywanego na zlecenie organów dochodzeniowo-śledczych czy też wydziałów karnych. Wynika to ze specyfiki sporu cywilnego, w którym organ procesowy dysponuje już wielokrotnie większą wiedzą odnośnie negatywnych następstw zdrowotnych powoda, wymaga jednak w dalszym ciągu wiedzy specjalnej biegłego, aby ten deficyt zdrowia przeliczyć na odpowiednie koszty, które będą stanowiły naprawienie szkody.

W niniejszym opracowaniu dokonano analizy 10-letniego okresu opiniodawczego prowadzonego w KiZMS UMP w celu oceny medyczno-sądowych aspektów opiniowania sądowo-lekarskiego, wykonywanego w postępowaniach cywilnych, w których wymagano od biegłych oceny przy zastosowaniu Tabeli procentowej oceny stałych i długotrwałych uszczerbków na zdrowiu, która jednak nie jest narzędziem dedykowanym do pracy biegłych sądowych, a lekarzy orzeczników ZUS.

1.2. Uszczerbek na zdrowiu

Definicja prawna uszczerbku na zdrowiu rozgranicza uszczerbek stały oraz długotrwały. Za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy. Za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie. Ustawodawca podkreśla konieczność oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową po zakończeniu leczenia i rehabilitacji [3] [4]. Uszczerbek na zdrowiu jest również definiowany na potrzeby prawa karnego, gdzie w Kodeksie karnym (KK) wymienione są jego postacie, tj.: pozbawienie

człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała. Jako średnie i lekkie obrażenia ciała kodyfikuje się naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1 KK oraz naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni [5]. Zwraca uwagę, że każdorazowo pojęcie uszczerbku na zdrowiu jest definiowane w sposób funkcjonalny, tj. określona funkcja ciała albo narządu uległa uszkodzeniu całkowitemu albo częściowemu na określony przedział czasowy. W przypadku uszczerbków długotrwałych przyjęto w praktyce w ślad za ustawodawcą okres czasu trwający dłużej niż 6 miesięcy. Dotyczy to zarówno opiniowania na potrzeby postępowań cywilnych i karnych.

Literalne brzmienie przepisów (ich wykładnia językowa) pozornie nie powinno stanowić trudności interpretacyjnych w zakresie opiniowania sądowo-lekarskiego związanego z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu. Jednak rolą lekarza jest nie tylko automatyczne ustalenie rodzaju uszczerbku na zdrowiu, ale również (a często przede wszystkim) sprawdzenie hipotezy: czy określone zdarzenie mogło doprowadzić do określonego skutku zdrowotnego. Aby prawidłowo formułować wnioski z zakresu doznanego uszczerbku na zdrowiu niezbędna jest znajomość doktryny, reguł stosowania prawa, umiejętność systemowej analizy aktów prawnych, umiejętność poprawnego ustalania związków przyczynowych oraz krytyczna analiza dokumentacji medycznej poparta badaniem lekarskim. W praktyce temu zadaniu najpełniej mogą sprostać przedstawiciele dziedziny medycyny powstałej na użytek wymiaru sprawiedliwości – specjaliści medycyny sądowej, która łączy dwa światy, a precyzyjniej: dwie odrębne dziedziny nauki: medycynę i prawo [6]. Niezbędne przy tym jest przestrzeganie charakteru opiniodawczego pracy biegłego, z zachowaniem trzech podstawowych elementów: badań własnych – w tym także badań teoretycznych i eksperymentalnych, wiedzy o typowości – czerpanej także z innych obszarów medycyny oraz wnioskowania – tj. opiniowania obejmującego współpracę z wymiarem sprawiedliwości. Nadużywanie wiedzy o typowości stanowi zjawisko negatywne, ponieważ zamiast przyrodopoznawczej faktografii, pojawiają się w opiniach zdroworozsądkowe formy probabilistyczne, obniżające poziom aspiracji. Opinia może stracić charakter opiniodawczy, a przybiera orzeczniczy, który to przymiot jest przynależny sądowi [7] [8].

Transmisja często bardzo skomplikowanych zjawisk i pojęć związanych z naukami medycznymi na język nauk prawnych wydaje się jednak nieco ułatwiona w warunkach postępowań związanych z KK aniżeli Kodeksem cywilnym (KC). Wynika to z faktu użycia

pewnych typowo medycznych pojęć w stosownych artykułach KK, których nie w sposób odszukać w KC. Rozważania mające ułatwić medykowi sądowemu takie sporządzenie opinii, aby była ona zrozumiała dla prawnika ograniczały się też w zasadzie do procesu karnego, ponieważ spór cywilny wokół spraw dotyczących zdrowia i życia nie stanowił istotnego wątku w opiniodawstwie [9]. Opiniowanie w realiach sporu cywilnego w praktyce sprowadza się do udzielenia odpowiedzi na pytania stawiane w oparciu o treść art. 444, z którego wynika, iż: *„razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty... jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu... jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość”*. Sąd dąży, w oparciu o wiadomości specjalne biegłego, nie tylko do udzielenia odpowiedzi czy nastąpiło uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, ale także niejednokrotnie wymaga od biegłego dokonania oceny wpływu doznanych obrażeń ciała na aktywność zawodową, jak również podania wymiaru doznanego uszczerbku na zdrowiu. Ustalenia sądu co do doznanego przez powoda uszczerbku na zdrowiu będzie miało bezpośrednie przełożenie na przyznawaną odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę [10].

Prawidłowe ustalenie wymiaru uszczerbku na zdrowiu stanowi zasadnicze wyzwanie opiniodawcze. Nie można akceptować taryfikowania zadośćuczynienia za krzywdę według *procentów* trwałego uszczerbku na zdrowiu. Zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości i w razie uszczerbku na zdrowiu zadośćuczynienie pieniężne powinno być odpowiednio duże [11]. W ostatnich latach Sąd Najwyższy (SN), w dążeniu do przełamania tej tendencji, w swoich orzeczeniach wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według *procentów* trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz że nietrafne byłoby posługiwanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jedynie określonymi jednostkami przeliczeniowymi w postaci najniższego czy średniego wynagrodzenia pracowniczego [12]. Jaka metoda jego kwantyfikacji będzie zatem najodpowiedniejsza w sytuacji braku jasnych przepisów? Cennej wskazówki należy upatrywać w dalszym orzecznictwie. Otóż procentowo określony uszczerbek służy tylko jako pomocniczy środek ustalania rozmiaru odpowiedniego zadośćuczynienia. Należne poszkodowanemu (pokrzywdzonemu czynem niedozwolonym) zadośćuczynienie nie może być mechanicznie mierzone przy zastosowaniu stwierdzonego procentu uszczerbku na zdrowiu. W prawie ubezpieczeń społecznych wysokość należnego

jednorazowego odszkodowania jest zryczałtowana, w prawie cywilnym wysokość zadośćuczynienia jest zindywidualizowana [13].

Za podstawowe narzędzie służące do oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu w swoich postanowieniach sądy cywilne w tezach postanowienia o powołaniu biegłych wskazują Tabelę procentowej oceny stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. Rozporządzenie ustala i reguluje zasady orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania w realiach ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Poprzedzone one było rozporządzeniem Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 października 1975 r., a jeszcze wcześniej funkcjonowały tabele do użytku komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia powstałe w następstwie dekretu z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. Komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia funkcjonowały w latach 1954-1997, kiedy to nastąpiła reforma ubezpieczeń społecznych, w której zastąpiono pojęcie „inwalidztwo” na pojęcie „niezdolność do pracy”. Reforma ta wymusiła całkowitą zmianę filozofii orzekania o inwalidztwie. Przyjęcie nowej definicji pojęcia niezdolności do pracy zarobkowej miało na celu racjonalizację systemu w taki sposób, aby renty otrzymywali ubezpieczeni, którzy rzeczywiście utracili zdolność do osiągania dochodów z pracy zarobkowej (nawet po przekwalifikowaniu), a nie każda osoba z ułomnością biologiczną [14]. Jednak sama Tabela na przestrzeni blisko 50 lat nie uległa istotnym modyfikacjom. Powyższe akty prawne dają jednak możliwość indywidualnej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu u każdego badanego. Przemawiają za tym jasne zapisy instruujące, z których na szczególną uwagę zasługują:

- Lekarz orzecznik ustala stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą na podstawie bezpośredniego badania, posiadanej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji dotyczącej tego wypadku;
- Lekarz orzecznik ustala w procentach stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu według oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, zwanej dalej „oceną procentową”;
- Jeżeli dla danego rodzaju uszczerbku ocena procentowa określa dolną i górną granicę stopnia uszczerbku na zdrowiu, lekarz orzecznik określa stopień tego

uszczerbku w tych graniach, biorąc pod uwagę obraz kliniczny, stopień uszkodzenia czynności organu, narządu lub układu oraz towarzyszące powikłania;

- Jeżeli w ocenie procentowej brak jest odpowiedniej pozycji dla danego przypadku, lekarz orzecznik ocenia ten przypadek według pozycji najbardziej zbliżonej. Można ustalić stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w procencie niższym lub wyższym od przewidywanego w danej pozycji, w zależności od różnicy występującej między ocenianym stanem przedmiotowym a stanem przewidzianym w odpowiedniej pozycji procentowej [3] [15] [16].

Na podstawie tych wytycznych nie tylko lekarz orzecznik ZUS, ale także opiniujący biegły lekarz ma swobodę w indywidualizacji doznanego uszczerbku na zdrowiu w realiach sporu sądowego. Każdorazowo przeprowadzane badanie sądowo-lekarskie (samodzielne albo zespołowe), analiza zdarzenia prowadzącego do deficytu zdrowia, możliwość weryfikacji i obiektywizacji zgłaszanych objawów w oparciu o analizę akt sprawy, ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji medycznej sprzed zdarzenia i po zdarzeniu, pozwalają zminimalizować prawdopodobieństwo nieadekwatnej oceny stanu zdrowia i rokowań na przyszłość. Uniwersalność Tabeli oraz możliwość indywidualnej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu przez biegłych w realiach sporu sądowego uczyniły Tabelę podstawowym narzędziem pracy biegłych.

1.3. Status biegłego lekarza

Instytucja biegłego sądowego to instytucja prawa procesowego uregulowana normami zawartymi w Kodeksie postępowania cywilnego (KPC) i w Kodeksie postępowania karnego (KPK), a także aktami niższej rangi. Opinia biegłego jest poglądem, punktem widzenia wyrażonym przez osobę, stojącą obok stron zaangażowanych w spór, która nie jest zainteresowana jego rozstrzygnięciem, a która dzięki posiadanej wiedzy w danej dziedzinie może stanowić pomoc dla sądu w ustaleniu faktów i ich ocenie, a w konsekwencji w rozstrzygnięciu sporu [17].

W postępowaniu cywilnym, w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych, sąd po wysłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii, co wynika wprost z treści art. 278 KPC. Z treści kolejnych artykułów wynika również, że osoba wyznaczona na biegłego może nie przyjąć włożonego na nią obowiązku z przyczyn, które uprawniają świadka do odmowy zeznań, a także jeżeli istnieje przeszkoda, która uniemożliwia jej wydanie opinii. Co do zasady biegły przed rozpoczęciem czynności składa następujące przyrzeczenie: „Świadomy

znaczenia mych słów i odpowiedzialności przed prawem przyrzekam uroczyście, że powierzone mi obowiązki biegłego wykonam z całą sumiennością i bezstronnością”, chyba że obie strony wyrażą zgodę na przeprowadzenie czynności bez przyrzeczenia. Jeżeli biegły sądowy jest stałym biegłym sądu, powołuje się on na przyrzeczenie złożone przy objęciu stanowiska. Za biegłego sądowego uważa się osobę wpisaną na listę biegłych, która jest prowadzona przez prezesa sądu okręgowego, zaś samo pojęcie biegłego nie jest zdefiniowane przez żaden przepis. Rolę biegłego wyznaczają granice zakresłe posiadany przez niego wiadomościami specjalnymi. Za wiadomości specjalne można zaś uznać taki zasób wiedzy w danym zakresie, który przekracza możliwości percepcji i wiedzy przeciętnego człowieka. Z doktryny wynika, że biegły jest osobą posiadającą fachową wiedzę, doświadczenie zawodowe oraz odpowiednią praktykę zawodową dotyczącą faktów, które mają być dowodzone. Tytułu biegłego sądowego osoba taka może używać jedynie na potrzeby sporządzanych opinii dla określonego stosownymi przepisami kręgu podmiotów. Jednocześnie, posługiwanie się tytułem biegłego do innych celów i w innych działaniach stanowi przesłankę dyskredytującą osobę z tej funkcji. Podkreśla się, że od biegłego wymagane są nie tylko wiadomości specjalne wynikające z wiedzy i wysokich kwalifikacji zawodowych, ale również musi się cieszyć on zaufaniem społecznym, bezstronnością, sumiennością oraz zaufaniem sądu. Wykonywanie czynności biegłego wiąże się z ochroną prawną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych [18] [2] [19] [20] [21]. Co do zasady, z uwagi na brak instytucji świadka biegłego, lekarz w sprawie, w której jest świadkiem nie może pełnić funkcji biegłego, choćby biegłym był w innej sprawie. Wynika to z przeświadczenia, że będąc lekarzem leczącym (świadkiem), jego spostrzeżenia odnośnie faktów nie będą cechowały się bezstronnością na poziomie lekarza (biegłego), który z danymi faktami nigdy wcześniej nie miał styczności. Funkcja świadka jest funkcją bierną wymiaru sprawiedliwości, biegłego – niewątpliwie czynną. Biegły jest przesłuchiwany jak świadek, dysponuje jednak możliwością brania udziału w sprawie poprzez studia akt sprawy, zadawanie pytań świadkom i stronom oraz poprzez uczestnictwo w oględzinach (art. 284 i 292 KPC, art. 198 § 1 i 2 KPK) [2].

Status prawny dzieli biegłych na dwie grupy, tj. biegłych sądowych (tzw. biegłych z listy prezesa sądu okręgowego) oraz biegłych *ad hoc* (czyli powoływanych do danej sprawy). Niezależnie od statusu prawnego, przed biegłym stawiane są te same wymagania merytoryczne. Podział ten znajduje odzwierciedlenie w rozporządzeniu o biegłych sądowych [22]. Na liście biegłych danego sądu okręgowego znajdują się reprezentanci wszelkich dziedzin i nauk, których pozytywnej oceny od strony formalnej dokonał prezes takiego sądu. Do podstawowego obowiązku biegłego powołanego do pełnienia 5 letniej funkcji, jest złożenie przyrzeczenia o treści, którą przytoczono powyżej. Ocena merytoryczna spoczywa

każdorazowo na sądzie, w ślad za wydaną w sprawie opinią i jest ona niezależna od statusu biegłego w danej sprawie. Wartościowanie opinii w zależności czy wydawał ją instytut naukowy, biegły z listy czy powołany do sprawy nie jest dopuszczalne, mają one taką samą wartość dowodową [23]. Za kluczowe do pełnienia funkcji biegłego uważa się bezstronność i posiadane wiadomości specjalne w dziedzinie, o którą w danej sprawie chodzi.

Sąd może zażądać opinii odpowiedniego instytutu naukowego lub naukowo badawczego, przy czym każdorazowo w opinii należy wskazać osoby, które przeprowadziły badanie i wydały opinię, co wynika wprost z art. 290 KPC oraz art. 200 § 2 pkt 2, 3 i 6 KPK.

Tzw. „prywatna opinia” biegłego, w tym również biegłego z listy prezesa Sądu Okręgowego lub instytutu naukowego złożona do akt sprawy, ale sporządzona na polecenie strony (a nie sądu), nie może być traktowana jako dowód w postępowaniu. Takie dokumenty są traktowane jako oświadczenie biegłego, wyjaśnienie stanowiące poparcie stanowiska strony, z wykorzystaniem wiadomości specjalnych. Sąd nie może opierać orzeczenia na takiej prywatnej ekspertyzie [24].

1.4. Opinia biegłego lekarza w postępowaniu karnym

Opinie wydawane przez biegłego na potrzeby organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości można podzielić na opinie sporządzane na potrzeby postępowania karnego i cywilnego. Regulacje prawne dotyczące biegłych są zbliżone. W procedurze karnej obowiązujące reguły są określone w art. 193 KPK i kolejnych [19]. Nie znajduje się w nich jednoznacznej definicji biegłego, poza stwierdzeniem, że musi on posiadać wiadomości specjalne. Ważne jest, by powołany podmiot (osoba, zespół biegłych czy też instytucja naukowa) stwierdził dzięki posiadanej specjalistycznej wiedzy fakty, okoliczności, które mają istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Typowym zadaniem jest określenie odpowiedzialności oskarżonego i jej rozmiarów [25]. Do typowych spraw, w których zasięga się opinii biegłego lekarza, należą postępowania na okoliczność ustalenia: charakteru i stopnia uszkodzenia ciała, mechanizmów które doprowadziły do określonych skutków biologicznych czy też narażenia na określone skutki, które należą do klasycznych opinii lekarza medycyny sądowej w sprawach o przestępstwa przeciwko zdrowiu lub życiu; w sprawach o przestępstwa związane z ruchem pojazdów, gdzie lekarz częstokroć pełni ważną rolę pomocniczą dla biegłego z zakresu rekonstrukcji wypadków komunikacyjnych; na okoliczność czy osoba, z którą dopuszczono się czynu nierzadnego była całkowicie lub w znacznym stopniu pozbawiona zdolności rozpoznania znaczenia czynu; w wyjaśnianiu kwestii zaburzeń popędu seksualnego; w przedmiocie oceny stanu zdrowia do wykonania kary ograniczenia albo

pozbawienia wolności, a także stanu zdrowia pod kątem możliwości udziału w czynnościach procesowych [26]. W oględzinach zwłok uczestniczy biegły lekarz, w miarę możliwości z zakresu medycyny sądowej, otwarcia zwłok dokonuje tylko biegły lekarz. Również kompetencją lekarzy jest ocena stanu zdrowia psychicznego oskarżonego (specjalistów z zakresu psychiatrii). Dowodu z opinii biegłego, analogicznie jak w postępowaniu cywilnym, nie można zastąpić innym dowodem, jak również to nie dowód z opinii biegłego ma stanowić o rozstrzygnięciu, a samodzielny osąd sędziego, który ma być łatwiejszy dzięki fachowej pomocy z dziedzin nauki, w której nie dysponuje specjalistyczną wiedzą.

Do podstawowych praw biegłego w procedurze karnej należą: prawo do wydania opinii, prawo do odmowy przyjęcia funkcji biegłego, prawo do przeglądania akt sprawy i wyboru metody badawczej. Biegłemu przysługuje również ochrona prawna, w postaci np. zastrzeżenia danych adresowych oraz prawo do wynagrodzenia za wykonaną opinię. Warto podkreślić, że pod pojęciem przeglądania akt sprawy zawarte jest również prawo do udostępnienia zgromadzonego materiału dowodowego w szerszym zakresie, niż pierwotnie wskazany przez organ zlecający, a także może się zwrócić o uzupełnienie materiału stanowiącego podstawę do badań o dodatkowe czynności, np. przesłuchanie świadka [27].

Niniejsze opracowanie skupia się na zadaniach, które mają stanowić pomoc w rozstrzygnięciu sporu cywilnego. Praca biegłego w toku spraw karnych i cywilnych jest podobna, występują jednak pewne różnice, których świadomość może ułatwić biegłemu poruszanie się w realiach tych postępowań.

1.5. Opinia biegłego lekarza w postępowaniu cywilnym

Biegły w procedurze karnej może sięgać po każdy element, który uzna za niezbędny do czynienia ustaleń faktycznych, chyba, że właściwy przepis tego wyraźnie zabrania [28]. Jako istotną różnicę w opiniowaniu spraw cywilnych, w porównaniu do opiniowania na rzecz organów dochodzeniowo-śledczych i w toku postępowania karnego jako całości, należy podnieść fakt, że w postępowaniu cywilnym biegły nie dysponuje możliwością formułowania żądań co do materiału dowodowego, na którego podstawie opiniuje. W sprawach cywilnych biegły nie wykracza poza wnioskowany przez strony materiał do wydania opinii. Innymi słowy, nie może wykonywać żadnych ruchów, które choćby miały zwiększyć wartość opinii, sprawią, że będzie ona obarczona własnymi ustaleniami faktycznymi, których strony spierające się nie chciały przytoczyć [9]. Opinia biegłego, która jest jego osądem o okolicznościach faktycznych, stanach lub zdarzeniach, ułatwić ma sądowi ocenę już zebranego materiału dowodowego, nie może sama stanowić źródła materiału faktycznego

sprawy. Ten szczególny składnik w dowodzie z opinii biegłego, jakim są wiadomości specjalne czyni ten dowód niezastępowalnym inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka [29] [30]. Wydając postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego, sąd powinien wskazać specjalność biegłego, sposób i termin przedstawienia opinii (w praktyce opinie lekarskie zasadnicze są sporządzane w formie pisemnej), okoliczności faktyczne mające podlegać badaniu. Istotne jest by tezę dowodową sformułować w sposób jasny i precyzyjny, żeby podejmujący wykonanie opinii biegły nie miał wątpliwości co jest przedmiotem jego ekspertyzy i na podstawie jakiego materiału ma wydać opinię. Niedopuszczalne jest nakazywanie korzystania tylko z jednej grupy dowodów z pominięciem drugiej [31]. W sytuacjach, w których zgromadzony materiał dowodowy nie daje możliwości wydania opinii należy o tym spostrzeżeniu poinformować sąd. Biegły nie może zwracać się do stron postępowania o udostępnienie, przedstawienie dodatkowych materiałów. Komunikowanie się sądu z biegłym, kiedy ma miejsce poza posiedzeniem z jego udziałem, powinno odbywać się na piśmie. Tak postępując, biegły pozostaje w zgodzie z obowiązującymi w postępowaniu cywilnym zasadami równości i kontradyktoryjności, które w pewien specyficzny sposób wytyczają granice, w jakich może on prowadzić badania i sporządzać opinie [32].

W sporze cywilnym opinia biegłego znacząco wpływa na konsekwencje ekonomiczno-gospodarcze podmiotów będących stronami postępowania. To w głównej mierze na biegłym lekarzu spoczywa odpowiedzialność za stwierdzenie czy szkoda (uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia) miała w ogóle miejsce. Niejednokrotnie zdarzają się sytuacje, że szkoda, na której okoliczność wystąpienia i rozmiarów biegły ma ustalać związki przyczynowe ze zdarzeniem sprawczym, okazuje się jedynie subiektywnym odczuciem strony powodowej. Jeżeli nie ma szkody, to dalsze opiniowanie nie ma racji bytu, a spór powinien zostać zakończony znacznie wcześniej niż na etapie oceny skutków tej szkody przez biegłego. Dopiero po stwierdzeniu szkody można przystąpić do oceny jej następstw. Drugą niezwykle ważną kwestię stanowi ustalenie czy dana szkoda powstała w czasie zakreślonym pozwem. Ten aspekt również stanowi niejednokrotnie sporną kwestię, a zgromadzony w sprawie materiał nie zawsze umożliwia biegłemu udzielenie tej odpowiedzi w sposób kategoryczny. Mniejsza lub większa probabilistyczność opinii biegłego lekarza jest niezmiernie trudna do uniknięcia, a często wręcz niemożliwa, co wynika z charakteru samej sprawy (brak wszystkich okoliczności faktycznych, niepełny aktualny stan wiedzy medycznej). Związków przyczynowych między zdarzeniem sprawczym a szkodą, a dalej, między rokowaniem na przyszłość, w medycynie najczęściej nie da się sprowadzić do prostego wyniku jednego zjawiska z drugiego. Nierealne staje się wymaganie przez strony lub sąd od biegłego całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego [33]. Brak kategoryczności biegłego

jednak nie wynika przeważnie z jego braku wiedzy na temat określonych zjawisk z pogranicza przyrody, biologii, medycyny, a z olbrzymich ilości składowych mogących doprowadzać do określonego stanu. Ten aspekt opiniowania, w dziedzinie takiej jak medycyna, stanowi olbrzymią trudność dla prawnika, oczekującego od biegłego jednoznacznej odpowiedzi, w sytuacjach kiedy nie jest ona możliwa. Również, punktu widzenia biegłego, udostępniony materiał dowodowy często nie pozwala na kategoryczne formułowanie wniosków. Nie stoi to jednak w sprzeczności z podstawowym zadaniem biegłego, jakim jest wyjaśnienie pewnych spraw, co do których z natury rzeczy sąd i strony wiedzy wystarczającej nie mają, szczególnie, jeżeli jest on w stanie ustalić stopień prawdopodobieństwa.

Do klasycznych opinii lekarskich na potrzeby wydziałów cywilnych oraz pracy i ubezpieczeń społecznych należy zaliczyć ocenę stanu zdrowia, w tym stanu zdrowia psychicznego testatora w dacie sporządzenia testamentu, a także oceny stanu zdrowia osób ubiegających się o świadczenia rentowe, gdzie należy ocenić rodzaj i stopień zaawansowania schorzeń, nasilenia z nimi związanych dolegliwości, które będą determinować zdolność lub brak zdolności do wykonywania zatrudnienia. Ocenę uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, ich wpływ na życie powoda, ewentualne inwalidztwo, ocenia się w przypadkach związanych ze sporami toczonymi w związku z art. 444 i 445 KC. Praktycznie nie wykonuje się już opinii związanych z ustalaniem zdolności do pracy czy stanem zdrowia, które miałyby związek z działaniami wojennymi, lub pobytem w więzieniu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z przyczyn politycznych. Opinia biegłych sądowych lekarzy dostarcza sądowi specjalistycznej wiedzy o stanie zdrowia i sąd nie może, wbrew opinii, opierać ustaleń w tym zakresie na własnym przekonaniu [34].

1.5.1. Struktura opinii biegłego lekarza

Punktem wyjścia do dobrze sporządzonej opinii jest właściwe wydanie postanowienia dowodowego przez sąd (i każdy inny organ). Sąd powinien sformułować tezę dowodową w sposób jasny, przejrzysty i precyzyjny. Należy wskazać biegłemu zakres i kierunek opinii oraz, o ile jest taka możliwość, wskazać już ustalone fakty, na których biegły ma się oprzeć lub co do których ma złożyć wyjaśnienie. Wymienione okoliczności, co do których sąd ma wątpliwości i postawione biegłemu pytania, w celu ich wyjaśnienia, właściwie nakierowują biegłego co do zakresu i charakteru opinii [35]. Wskazane jest by dopuszczać dowód z opinii biegłego po wykorzystaniu innych środków dowodowych, tak aby miał on jak najpełniejszy wgląd do informacji, w oparciu o które będzie opiniował sporne kwestie, z wykorzystaniem swojej specjalistycznej wiedzy. Pytania stawiane biegłemu powinny być precyzyjne, należy unikać ogólnikowych stwierdzeń z pominięciem wskazania faktów, co usprawni i przyspieszy

proces wydawania opinii. W przypadku tzw. procesów lekarskich teza dowodowa może zmierzać, z pominięciem specjalistycznej terminologii, w stronę wyjaśnienia możliwych następstw określonych zdarzeń medycznych czy też zachowania lekarza. Biegłemu w tezie dowodowej nie należy jednak wskazywać metod, jakimi będzie badał sporną kwestię. Ustalenie metod badawczych jest kompetencją biegłego, który posiadając odpowiednie kwalifikacje, określa sposób i metody badawcze jakie zastosuje w celu odpowiedzi na pytania.

W sprawach o tzw. błąd medyczny postępowanie może przybrać charakter pozasądowy albo postępowania sądowego. Zgłoszenie roszczenia przez pacjenta może nastąpić w kilku wariantach, spośród których wymienić należy: skargę skierowaną bezpośrednio do udzielającego świadczenia zdrowotnego; skargę do rzecznika praw pacjenta, skargę do płatnika za świadczenie zdrowotne (Narodowy Fundusz Zdrowia, podmiot prywatny), zawezwanie do ugody, zgłoszenie do samorządu lekarskiego, zgłoszenie go organów ścigania (postępowanie karne) oraz wytoczenie powództwa przed sądem cywilnym [36].

W sprawach cywilnych o tzw. błąd medyczny to na pacjencie (powodzie) spoczywa obowiązek udowodnienia winy, czy to lekarzowi, czy podmiotowi udzielającemu świadczenia zdrowotnego. Z samej natury procesów biologicznych, choroby, braku możliwości wykazania w sposób jednoznaczny zjawisk w ciągu przyczynowym, wystarczające jest wykazanie braku staranności w udzielanych świadczeniach, które stanowiły zobowiązanie przeciwnej strony sporu. W tym celu lekarz – biegły do opiniowania posługiwać powinien się wytworzonym modelowym wzorcem „należytej staranności” i badać daną sprawę na jego podstawie z uwzględnieniem prawnych standardów wykonywania zawodu lekarza (obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta; zakaz stosowania środków farmaceutycznych i materiałów medycznych niedopuszczonych do obrotu w Polsce; zakaz sprzedawania przez lekarza środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych czy też środków pomocniczych; obowiązek zasięgnięcia konsultacji innego lekarza specjalisty lub w razie potrzeby zwołania konsylium; obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych), ale również w oparciu o prawa pacjenta (prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej; do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność do świadczeń zdrowotnych; informacji o swoim stanie zdrowia; wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy – po uzyskaniu odpowiedniej informacji; umierania w spokoju i godności). Wzorzec taki powinien opierać się dokładnie na indywidualnych możliwościach podmiotu lub lekarza udzielającego świadczeń. Dla przykładu można podać, że inaczej będzie wyglądał model należytej staranności lekarza dyżurnego oddziału chirurgii w szpitalu

powiatowym w sytuacji przyjęcia pacjenta w trybie nagłym z powodu rozwarstwiającego się tętniaka aorty brzusznej, a inaczej w warunkach oddziału klinicznego chirurgii naczyniowej przyjmującego pacjenta do planowej operacji tętniaka aorty brzusznej bez cech postępującego rozwarstwienia [37] [38].

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w sporach cywilnych jest próba rozstrzygnięcia kiedy i gdzie doszło do zakażenia pacjenta. Ponieważ najczęściej nie jest możliwe wykazanie wprost, jak doszło do zakażenia, w tego typu sporach decydujące bywają dowody pośrednie. Biegły ocenia zakres i rodzaje świadczeń udzielanych przez placówkę, czas wylegania się choroby, a czasami pomocne bywają wyniki badań laboratoryjnych oraz inne informacje wynikające z pobytu lub pobytów w danej placówce. W tego typu sprawach przeważanie do podania przez biegłego są informacje na temat rokowań na przyszłość, długotrwałości albo trwałości uszczerbku na zdrowiu, nasilenia cierpienia, możliwych dalszych powikłań lub konieczności kolejnych zabiegów.

W postępowaniach o unieważnienie małżeństwa opinie biegłych psychiatrów są sporządzane na okoliczność choroby psychicznej i ustalenia stanu zdrowia psychicznego współmałżonka w dacie związku [39].

Opiniowanie z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych należy rozdzielić z orzeczeniami wydawanymi na potrzeby tych postępowań, chociaż wielokrotnie obszary orzekania i opiniowania w tych obszarach są do siebie bardzo zbliżone. Dla każdej z tych form wykonywania zawodu lekarza ustawodawca przewidział stosowne regulacje. Orzeczenia lekarzy wydawane na potrzeby organu rentowego czy prywatnych podmiotów ubezpieczających są orzeczeniami zaskarżalnymi. W sytuacji braku uznania argumentów odwołującego, sprawy przekazywane są organowi procesowemu, dla którego, do rozstrzygnięcia sporu, niezbędne jest przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego. Powszechnie przyjętym jest, że orzeczenia i opinie te mają na celu ustalenie stanu zdrowia ubezpieczonego w kontekście jego zdolności do pracy. W opiniach tych dokonuje się oceny ilościowej utraty sprawności poszczególnych narządów lub układów z uwzględnieniem stałości tego stanu dysfunkcjonalności i wpływu tego stanu na zdolność do zarobkowania. Ukształtował się również pogląd, że w przypadku wielości schorzeń ubezpieczonego, nie jest wystarczające wydanie osobnych opinii lekarskich co do każdej z nich, lecz konieczne jest opiniowanie łączne, przez biegłych o specjalnościach stosownych do stanu zdrowia [40]. Opinie biegłych mają na celu pomóc sądowi weryfikować orzeczenia lekarzy orzeczników. Podstawowym dowodem w sprawach o rentę jest dowód z opinii biegłego [41]. Są to sprawy wymagające szczególnej uwagi, co jest związane z bezpośrednią presją ze strony badanego i często również pośrednią poprzez wydane w sprawie orzeczenia lekarskie.

Dalsze sprawy powiązane z opiniowaniem, przeważnie ze współudziałem neurologa lub psychiatry, to nieprocesowe i procesowe rozstrzygnięcia w sprawach o ubezwłasnowolnienie albo sprawy z zakresu prawa spadkowego, gdzie podważana jest zdolność testowania przez spadkodawcę w chwili wyrażenia woli. Rzadko spotykanym rodzajem opinii dla spraw prowadzonych w trybie nieprocesowym są sprawy wiążące stan zdrowia z władzą rodzicielską.

Zgodnie z art. 278 § 3 KPC to sąd decyduje czy opinia ma być sporządzona w formie pisemnej czy ustnej. W praktyce opinie lekarskie podstawowe są sporządzane wyłącznie w formie pisemnej, co wynika z charakteru i złożoności spraw poddanych opiniowaniu. Uzupełniając opinię składa się zarówno pisemnie jak i ustnie. Nie ma przy tym nakreślonych przez ustawodawcę zasad jej sporządzenia. Nie ma jednak wątpliwości, że opinia powinna posiadać pewne elementy, tj. opis metod i sposobu w jaki biegły przeprowadził badania oraz kolejności w jakiej je przeprowadził; należy wskazać argumenty oparte na stwierdzonych okolicznościach, które mają związek z badanymi faktami, a które podbudowane są fachowymi wyjaśnieniami biegłego [42]. Dokonane przez biegłego oceny faktów należy szczegółowo wyjaśnić w końcowych wnioskach, optymalnie, przy użyciu języka zrozumiałego dla uczestników postępowania, którzy nie posiadają specjalistycznej wiedzy z obszaru badań. Sporządzoną opinię należy uznać za dokument, tym samym powstaje obowiązek jego podpisania przez autora lub autorów. Przed właściwą treścią opinii należy odnotować jej podstawę prawną i jej zakres, wynikający z postanowienia o powołaniu biegłego. Najprościej opinię podzielić na wstęp, część sprawozdawczą oraz wnioski wraz z ich uzasadnieniem. Obowiązkiem biegłego jest ograniczenie wniosków do udzielenia profesjonalnej odpowiedzi co do spornych faktów, której udziela w oparciu o wykonane przez siebie badania, a które powinny wprost wynikać z tezy dowodowej zawartej w postanowieniu albo dopuszczonym wniosku dowodowym strony. Tym samym, kluczową umiejętnością, jaką powinien wykazać się biegły w trakcie sporządzania opinii, jest zdolność dostarczenia wiarygodnych i dokładnych informacji odnoszących się wprost do zagadnienia spornego, co do którego konieczne jest posiadanie wiadomości specjalnych [43].

1.5.2. Kontrola opinii biegłego lekarza

Charakter opinii biegłego, jej swoistość, specjalistyczna wiedza sporządzającego opinię biegłego, przy braku takiej wiedzy przez sąd, strony i ich pełnomocników, nie nakazuje bezkrytycznego przyjmowania opinii. Ponieważ stanowi ona jeden z dowodów w sprawie, podlega ona ocenie dowodów na podstawie art. 233 § 1 KPC. Dowody w polskim procesie cywilnym są równe, przepisy nie formułują żadnej kategorii dowodów uprzywilejowanych, mających nadaną z mocy prawa moc dowodową. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów

według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Jest to swobodna ocena sędziowska, której podlegają wszystkie dowody. Tym samym walor specjalistyczny opinii biegłego nie wiąże nią sądu, nie może decydować o jej bezkrytycznym przyjęciu [33]. Znajduje to uzasadnienie w tym, że gdyby przyjmować opinię biegłego, bez jej oceny, to biegły, a nie sąd mógłby rozstrzygać daną sprawę [44] [45]. Jednakże sąd dopuszczając dowód z opinii lekarzy specjalistów, nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłych, jeśli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym. W konsekwencji sąd nie może - wbrew opinii biegłych, dostarczających sądowi wiedzy specjalistycznej koniecznej do dokonania oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie rentowe, w tym rodzaju występujących schorzeń, stopnia ich zaawansowania i nasilenia związanych z nimi dolegliwości, stanowiących łącznie o zdolności do wykonywania zatrudnienia bądź braku takiej zdolności - oprzeć się na własnym przekonaniu, zasadach logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, które to kryteria ze zrozumiałych względów nie obejmują specjalistycznej wiedzy medycznej. Dowód z opinii lekarskiej w kategoriach spraw, które reprezentują, nie może być zastępowany innymi dowodami, np. zeznaniami świadków czy dowodem z oględzin. Można przyjąć, że jest to dowód koronny, analizujący i sumujący przeciwstawne oceny prezentowane przez strony [46] [47] [48].

Ocena dowodu z opinii biegłego podlega w głównej mierze na ocenie wartości rozumowania biegłego przez pryzmat fachowości, rzetelności i logiczności. Sąd, oceniając opinię biegłego, ma obowiązek wskazać czy dowód ten, ze względu na swoją treść, zakres, poziom merytoryczny, przyjętą przez biegłego metodologię, kompletność odniesienia się do zgromadzonego materiału dowodowego i zastosowane na jego podstawie założenia, jest dowodem przydatnym dla rozstrzygnięcia sprawy. Najważniejszy jest stopień, w jakim opinia biegłego przekonała sąd. Jeśli opinia nie wywołała u sądu i stron wątpliwości, może ona stanowić podstawę dla ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia [33] [49]. Taka modelowa sytuacja niejednokrotnie jest zaburzona przez działania jednej ze stron, dla której sporządzona opinia nie jest korzystna. Podnoszona krytyka opinii biegłego ma na celu zakwestionowanie jej jakości, a co za tym idzie, przekonanie sądu o jej niskiej wartości do ustalenia stanu faktycznego. Typowe przykłady krytyki czy też podnoszonych zarzutów do opinii biegłego są następujące: wnioski opinii są niepełne, nieudzielające odpowiedzi na zadane pytania; niejasne, niezrozumiałe dla strony, szczególnie w sposobie dojścia przez biegłego do wniosków; biegły wykroczył poza dziedzinę, w której jest ekspertem i wypowiadał się przekraczając swoje kompetencje, co czyni opinię nierzetelną; nie udokumentowano badań i wyników prowadzących biegłego do określonych wniosków; wnioski biegłego są niespójne, zawierają błędy logiczne albo są wewnętrznie sprzeczne; biegły nie korzystał z najnowszych

wyników badań w danej dziedzinie nauki; opinia biegłego jest niejednoznaczna, co dyskwalifikuje ją do dalszego użycia przez sąd; biegły nie uzasadnił swoich wniosków albo przedstawił je w sposób wykluczający ich dalszą ocenę.

Szczególny status ma opinia sądowa biegłego lekarza psychiatry, np. w sprawach o ubezwłasnowolnienie (art. 553 KPC), która może zostać zdezwuowana tylko przez przeciwną opinię równorzędną. Sąd nie posiada wiadomości specjalnych w omawianym przy tego rodzaju opiniach zagadnieniu, a jego obserwacja ogranicza się do krótkiego kontaktu podczas rozprawy, gdzie nie jest w stanie wyrobić sobie miarodajnego poglądu wobec osoby, mogącej sprawiać przez ten krótki okres czasu wrażenie zdrowej, chociaż w istocie jest ciężko chora [50].

Podobna sytuacja ma miejsce w sporach dotyczących odszkodowania za szkodę spowodowaną niewłaściwym postępowaniem w tzw. procesach lekarskich. Ustalenie związku zachowania personelu medycznego ze szkodą, prawidłowości postępowania lub zaniedbań, podanie alternatywnych pożądaných zachowań, zasad leczenia określonych schorzeń wymaga wiadomości specjalnych. Jeżeli taka opinia nie stoi w jawnej sprzeczności z resztą zebranego w sprawie materiału dowodowego, to sąd nie może rozstrzygać kwestii medycznych wbrew twierdzeniom w niej zawartym. Odmienne rozstrzygnięcie niż wnioski płynące z opinii może zapaść jedynie, kiedy jest ono poparte również wiedzą specjalistyczną, czyli w oparciu o odmienną opinię. Ponadto w tego typu sprawach obowiązuje zalecenie, aby opinie w takich sprawach wydawał biegły lekarz lub instytut z innego terenu, niż zdarzenie będące przyczyną sporu, co ma na celu zminimalizowanie podejrzeń o brak obiektywizmu [51] [52].

Kontroli przez organ procesowy podlega nie tylko sama opinia, ale również osoba biegłego, który ją wydawał. Jego zachowanie, sposób w jaki broni przedstawionych przez siebie racji, również podlega ocenie sądu oraz bywa wykorzystywane przez stronę sporu, dla której opinia jest niekorzystna. Za przykład może posłużyć fragment uzasadnienia wyroku wydanego przez Sąd Okręgowy w Tarnowie w sprawie I C 1255/17, z którego wynika m.in., że *„Sądowi nie umknął fakt, że biegły wdawał się z pełnomocnikiem pozwanego w słowną polemikę, która być może w części wykraczała poza dobry obyczaj sądowy, tym niemniej nie miało to w ocenie Sądu wpływu na merytoryczną wartość opinii, zaś zaciętrzewienie w polemice było w istocie obustronne”*. Z dalszej treści uzasadnienia wynika jednoznacznie, że opisane zaciętrzewienie biegłego nie wpłynęło negatywnie na ocenę wartości merytorycznej wydanej przez niego opinii i nie doprowadziło do wyłączenia biegłego ani powołania innego biegłego [53]. Opisana sytuacja ma jednak na celu uświadomienie często pomijanego aspektu pracy i oceny biegłego, jakim jest jego zachowanie w warunkach krytyki jego opinii w realiach rozprawy na sali sądowej, co może budować albo podważać zaufanie sądu do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. To właśnie biegły każdorazowo wydając

opinię, niezależnie jak bardzo sam jest usatysfakcjonowany wykonaną pracą, musi zakładać, że jego opinia będzie dezawuowana i to przez stronę postępowania, osobę, która nie ma wiedzy specjalistycznej z przedmiotu, z którego wartość opinii umniejsza. Przeciwnikiem, z którym trzeba będzie toczyć dyskusję, może być jednak również lekarz lub zespół lekarski, będący w relacji zawodowej z np. pozwanym towarzystwem ubezpieczeniowym [54].

1.5.3. Opinia dodatkowa

Jeżeli opinia nie wytrzymuje krytycznej oceny przez sąd z urzędu lub pod wpływem zastrzeżeń zgłoszonych przez strony, może on zobowiązać biegłego do wydania opinii uzupełniającej lub złożenia ustnych wyjaśnień na rozprawie lub powołać innego biegłego. Nie stanowi przesłanki do zasięgnięcia kolejnej opinii samo spostrzeżenie, że jest ona niekorzystna dla jednej ze stron, co do zasady ma miejsce w sprawach, w których wypowiada się w sprawie doznanego uszczerbku na zdrowiu.

Jak już zostało nadmienione, samo niezadowolenie strony z oceny, którą przedstawił biegły, w żadnym stopniu nie uzasadnia potrzeby dopuszczania kolejnego dowodu z opinii biegłego na tę samo okoliczność albo powoływania kolejnych biegłych. Skuteczne wykazanie przez stronę wadliwości, sprzeczności w opinii prowadzących do jej dyskwalifikacji, mogą uzasadniać powołanie kolejnych opinii przez sąd. Jeżeli w sprawie są dwie opinie biegłych, wzajemnie się wykluczające, to wskazane jest by sąd powołał kolejnego biegłego, który rozstrzygnie spór między dwoma zawodowcami [55] [56] [57].

2. Cele pracy

Głównym celem opracowania była analiza doznanych uszczerbków na zdrowiu w sporze cywilnym na podstawie spraw opiniowanych przez biegłych sądowych KiZMS UMP w latach 2009-2018.

Przyjęto następujące cele szczegółowe:

1. Analiza ilościowa i jakościowa uszczerbku na zdrowiu stwierdzanego przez biegłych KiZMS.
2. Analiza ilościowa i jakościowa opinii uzupełniających wydawanych przez biegłych KiZMS.
3. Analiza zdarzeń prowadzących do uszczerbku na zdrowiu.
4. Charakterystyka powoda w sporze cywilnym, w którym biegli lekarze oceniają uszczerbek na zdrowiu.
5. Analiza porównawcza uszczerbku na zdrowiu ocenianego przez biegłych KiZMS i ZUS.
6. Analiza ilościowa i jakościowa zespołu biegłych wydającego opinię sądowo-lekarską związaną z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu.
7. Analiza uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku komunikacyjnego.
8. Ocena Tabeli procentowej oceny uszczerbku na zdrowiu ZUS jako narzędzia pracy biegłego.

3. Materiał i metody

3.1. Przedmiot badań

Przedmiotem badań w niniejszym opracowaniu były oceny uszczerbku na zdrowiu w opiniach sądowo-lekarskich KiZMS UMP w sprawach cywilnych, w których zastosowano tabelę procentowej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu w korelacji z danymi ZUS.

3.2. Materiał badawczy

Badanie zostało przeprowadzone w KiZMS w okresie od lutego 2019 do grudnia 2020 roku. W archiwum znajdują się wszystkie wydane przez KiZMS opinie z podziałem na roczniki. Każdy dokument ma nadany indywidualny, niepowtarzalny numer, na który składają się: liczba kolejna wpływu materiałów do KiZMS oraz rok, w którym to nastąpiło. Materiał obejmował opinie wydawane przez KiZMS, do spraw, które były opracowywane na potrzeby postępowań w sprawach karnych (kwalifikacje medyczno-karne obrażeń ciała, oceny stanu zdrowia, medyczne rekonstrukcje wypadków komunikacyjnych, zagadnienia tanatologiczne, ocena postępowania lekarskiego w sprawach o tzw. „błąd medyczny”) oraz cywilnych (zdolność to skutecznego testowania, ustalanie ojcostwa, ocena skutków zdrowotnych w sprawach o naprawienie szkody w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia).

Drugim źródłem analizowanego materiału badawczego były dane statystyczne ZUS, obejmujące analogiczny przedział czasu, publikowane przez Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3.3. Metody badawcze

Zastosowane metody obejmowały analizę treści, oraz adekwatne testy statystyczne. Dokonano selekcji ocenianego materiału poprzez systematyczną analizę archiwalnych roczników ekspertyz KiZMS w Poznaniu, które stanowiły zbiór wszystkich opinii z okresu 10 lat. Szczegółowej analizie poddano 18735 opinii sądowo-lekarskich z KiZMS w Poznaniu, sporządzanych na zlecenie organów dochodzeniowo-śledczych oraz sądów i zarejestrowanych w rocznikach archiwalnych do opiniowania w latach 2009-2018. Analizowane sprawy były opiniowane w latach 2009-2020, co wynika z czasu niezbędnego na sporządzenie opinii. Spośród tych wszystkich opinii sądowo-lekarskich wyselekcjonowano 558 opinii głównych, w których dokonano procentowej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z tezą dowodową postanowienia organu zlecającego. Stanowiły one materiał poddany szczegółowej analizie treści i badaniu statystycznemu. Do powyższych opinii

podstawowych wydano 139 opinii uzupełniających. Łączna liczba opinii wynosiła 697, co stanowiło badaną populację.

Kolejnym etapem pracy było przygotowanie danych do przeprowadzenia analizy statystycznej. W tym celu uszeregowano każdą opinię z okresu objętego badaniem w oddzielnych kolumnach kalkulacyjnych, w których zawarto następujące informacje (parametry):

- Rok zarejestrowania sprawy
- Nr sprawy
- Zleceniodawca sprawy
- Rok badania powoda
- Skład biegłych sporządzających opinię z podziałem na posiadane specjalizacje
- Płeć powoda
- Wiek powoda
- Wykształcenie powoda
- Okoliczności będące przyczyną zgłoszenia roszczeń (wypadek komunikacyjny, wypadek w pracy, roszczenie medyczne, choroba zawodowa)
- Pozwany
- Doznany uszczerbek na zdrowiu trwały i długotrwały z podziałem przyjętym w Tabeli ZUS (tj. głowa, twarz, narząd wzroku, narząd słuchu, szyja, krtąń, tchawica, przełyk, klatka piersiowa, narządy moczowo płciowe, ostre zatrucie, kręgosłup, miednica, kończyny górne, śródrezcze i palce, kończyny dolne, porażenie, niedowład nerwów obwodowych, choroba zawodowa)
- Uszczerbek mieszczący się w zakresie Tabeli ZUS
- Uszczerbek nie mieszczący się w zakresie Tabeli ZUS
- Specjalizacje lekarskie lekarzy opiniujących
- Sporządzenie opinii uzupełniającej

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione parametry, sporządzono tabelę z danymi, które posłużyły do obliczeń statystycznych. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.0.3. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>. Przeprowadzone badania obejmowały:

- Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią (M), odchylenie standardowe (SD), medianę (Me) oraz kwartyle (Q).
- Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości.
- Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane.
- Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a.
- Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana.
- Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch powtarzanych pomiarach wykonano za pomocą testu Wilcoxa dla par wiązanych.

Wyniki prowadzonych analiz zaprezentowano podając liczbę (n) oraz częstość występowania (%). W analizie przyjęto poziom istotności (p)=0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

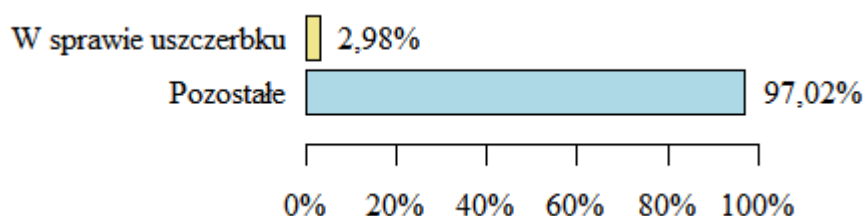
4. Wyniki badań

4.1. Opinie sądowo-lekarskie dotyczące oceny uszczerbku na zdrowiu w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2009-2018

Spośród 18735 opinii sądowo-lekarskich wydanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu wyselekcjonowano 558 opinii głównych, które dotyczyły spraw oceny doznanego procentowego uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 1. Liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich przez KiZMS UMP w latach 2009-2018

Podział opinii	n	%
W sprawie uszczerbku	558	2,98%
Pozostałe	18177	97,02%



Rycina 1. Liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich przez KiZMS UMP w latach 2009-2018

W analizowanym okresie 558 opinii dotyczących uszczerbku na zdrowiu stanowiło 2,98% spośród 18735 (100%) wydanych w 2009-2018 wszystkich opinii.

Tabela 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich, w których oceniano uszczerbek na zdrowiu w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

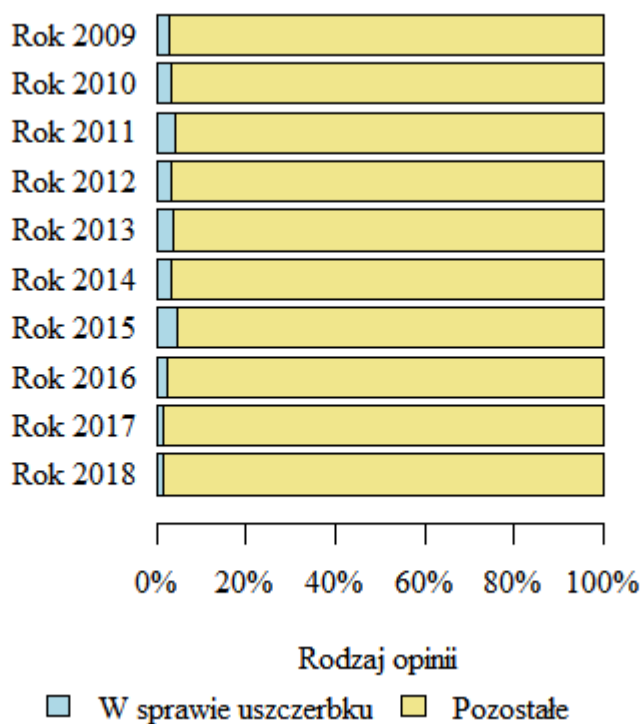
Rok	Liczba podstawowych opinii w sprawie uszczerbku	Liczba sporządzonych opinii
Rok 2009	50	1711
Rok 2010	53	1717
Rok 2011	72	1654
Rok 2012	52	1714
Rok 2013	67	1843
Rok 2014	58	1791
Rok 2015	84	1878
Rok 2016	50	1962
Rok 2017	38	2338
Rok 2018	34	2127
Łącznie	558	18735

W latach 2009-2018 średnia roczna liczba opinii sądowo-lekarskich, w których analizowano doznany uszczerbek na zdrowiu wynosiła około 50. Najmniej opinii wydano w roku 2018 (34), a najwięcej w 2015 r. (84). Na przestrzeni badanego okresu obserwuje się spadek wydawanych opinii po 2015 r.

Tabela 3. Liczba opinii sądowo-lekarskich w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Podział opinii	Rok										p
	2009 (N=1711)	2010 (N=1717)	2011 (N=1654)	2012 (N=1714)	2013 (N=1843)	2014 (N=1791)	2015 (N=1878)	2016 (N=1962)	2017 (N=2338)	2018 (N=2127)	
W sprawie uszczerbku	50 (2,92%)	53 (3,09%)	72 (4,35%)	52 (3,03%)	67 (3,64%)	58 (3,24%)	84 (4,47%)	50 (2,55%)	38 (1,63%)	34 (1,60%)	p<0,001
Pozostałe	1661 (97,08%)	1664 (96,91%)	1582 (95,65%)	1662 (96,97%)	1776 (96,36%)	1733 (96,76%)	1794 (95,53%)	1912 (97,45%)	2300 (98,37%)	2093 (98,40%)	

p – test chi-kwadrat.



Rycina 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Udział opinii w sprawie ustalenia doznanego uszczerbku na zdrowiu zmieniał się w czasie. Była to zmiana istotna statystycznie ($p<0,05$). W latach 2009-2015 wynosił 3-4%, by w roku 2016 zmaleć do około 2,5%, a w kolejnych latach do około 1,6%.

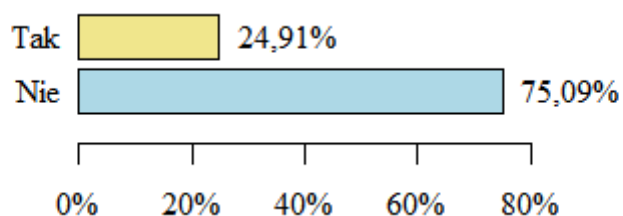
4.2. Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające

W celu zobrazowania liczby opinii, jakie wydają biegli, w poszczególnych latach do poniższej analizy włączono liczbę opinii uzupełniających wydawanych przez biegłych w analizowanym okresie.

Treść wniosków opinii uzupełniających nie wpływała na wnioski zawarte w opiniach zasadniczych, zawarta w nich była dodatkowa argumentacja stanowiska biegłych wyrażonego w opinii zasadniczej.

Tabela 4. Liczba wydawanych opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Opinie uzupełniające	n	%
Tak	139	24,91%
Nie	419	75,09%



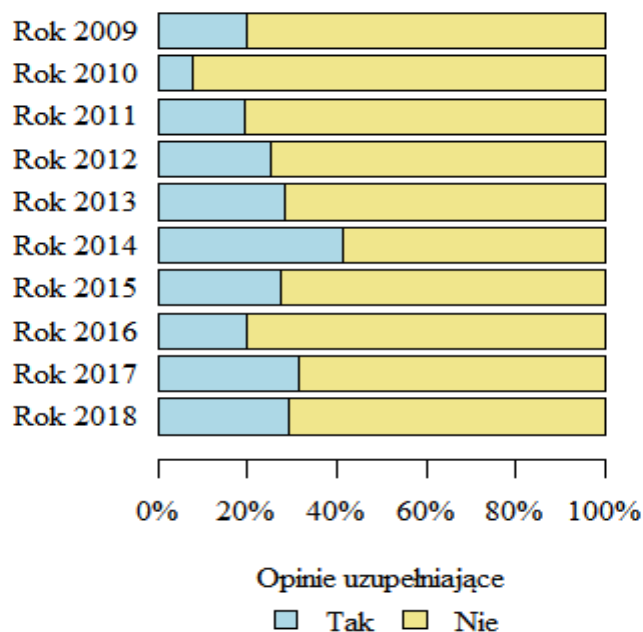
Rycina 3. Liczba wydawanych opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza procentowa wydanych opinii uzupełniających zmieniała się w czasie. Nie odnotowano jednak wyraźnego trendu wzrostowego ani spadkowego, a raczej wahania. W latach 2010-2014 odsetek ten rósł, by w roku 2014 osiągnąć najwyższą w analizowanym okresie wartość ponad 40%, a następnie w latach 2014-2016 spadał, by potem ponownie wzrosnąć. Stwierdzono, że jest to zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 5. Zmiany częstości sporządzania opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Opinie uzupełniające	Rok										P
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Tak	10 (20,00%)	4 (7,55%)	14 (19,44%)	13 (25,00%)	19 (28,36%)	24 (41,38%)	23 (27,38%)	10 (20,00%)	12 (31,58%)	10 (29,41%)	p=0,011
Nie	40 (80,00%)	49 (92,45%)	58 (80,56%)	39 (75,00%)	48 (71,64%)	34 (58,62%)	61 (72,62%)	40 (80,00%)	26 (68,42%)	24 (70,59%)	

p – test chi-kwadrat

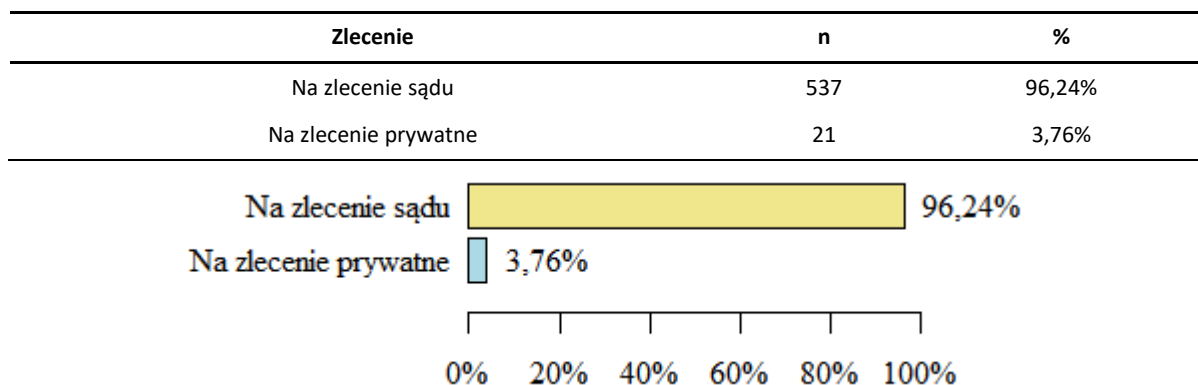


Rycina 4. Zmiany częstości sporządzania opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

4.3. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich

Opiniowanie w postępowaniach cywilnych, w których ocenia się procentowy uszczerbek na zdrowiu sprowadza się do wykonywania opinii na zlecenie wydziałów cywilnych sądu. Wynika to z charakterystyki tego sporu. Jednak zdarzają się sytuacje, w których towarzystwa ubezpieczeniowe nie ustalają procentowego uszczerbku na zdrowiu przy udziale współpracujących lekarzy orzeczników tego towarzystwa, a takie zlecenie przekazują do KiZMS. W dalszej analizie statystycznej uwzględniono opinie wydawane na zlecenia prywatne, ponieważ analiza treści wykazała, że poza zleceniodawcą, nie odbiegały one od opinii sporządzanych na zlecenia sądów.

Tabela 6. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018

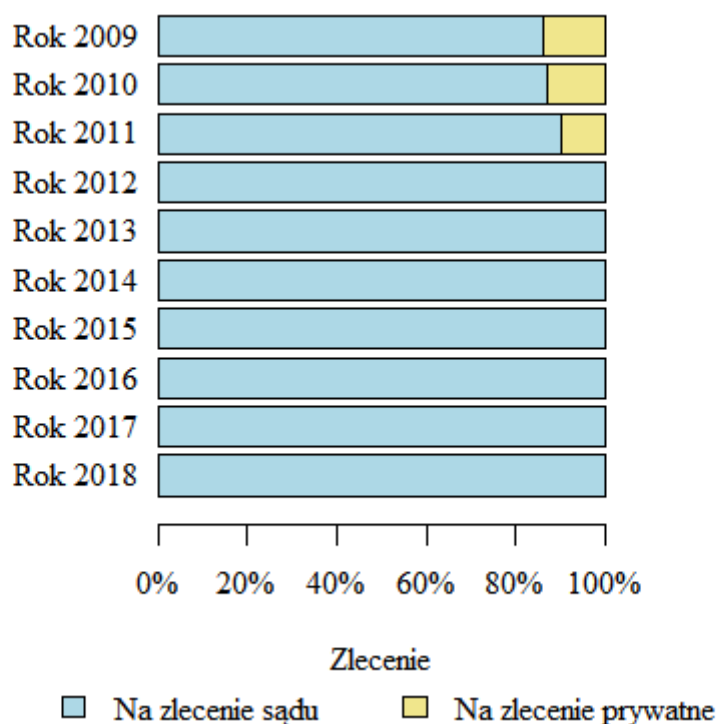


Rycina 5. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018

Tabela 7. Instytucje zlecające opinie sądowo-lekarskie KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Zlecenie	Rok										p
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Na zlecenie sądu	43 (86,00%)	46 (86,79%)	65 (90,28%)	52 (100%)	67 (100%)	58 (100%)	84 (100%)	50 (100%)	38 (100%)	34 (100%)	p<0,001
Na zlecenie prywatne	7 (14,00%)	7 (13,21%)	7 (9,72%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

P – dokładny test Fishera



Rycina 6. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UMP w latach 2009-2018

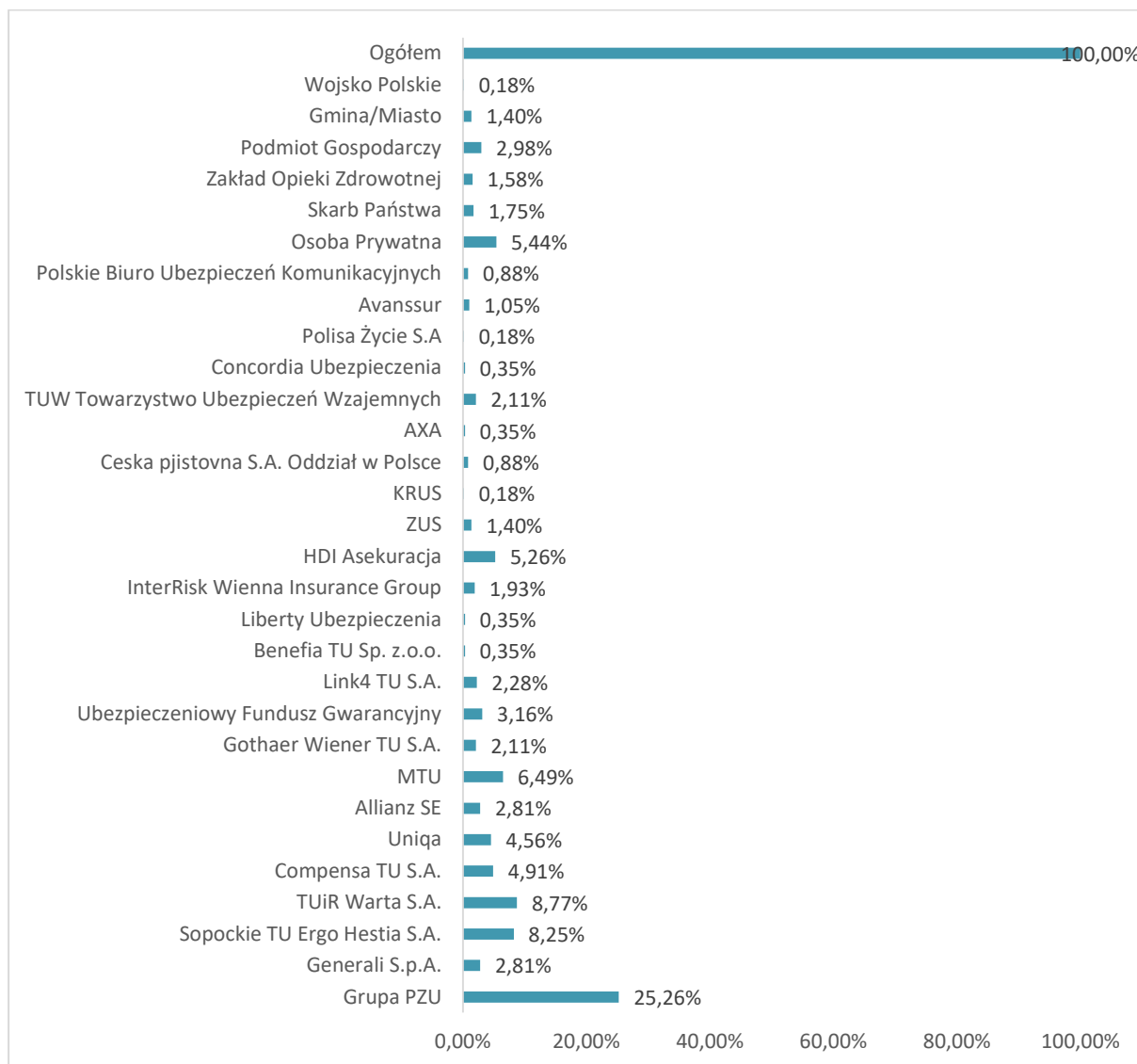
W analizowanym okresie w latach 2009-2011 głównym, a następnie od roku 2012 jedynym organem zlecającym opinie sądowo-lekarskie KiZMS UMP były sądy. Zmiany w kolejnych latach były istotne statystycznie ($p<0,05$). Opinie na zlecenie prywatne były sporządzane tylko w latach 2009-2011.

4.4. Pozwany w sporze sądowym, w którym wydawano opinię sądowo-lekarską.

Zbadano, kto jest pozwanym w sporze sądowym, w którym biegli dokonują procentowej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu. Zbadano opinie główne wraz z opiniami uzupełniającymi. Liczba pozwanych w jednym sporze może wynosić więcej niż jeden. Łączna liczba pozwanych wynosiła 570.

Tabela 8. Pozwany w opiniach sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018

Pozwany	n	%
Grupa PZU	144	25,26%
Generali S.p.A.	16	2,81%
Sopockie TU Ergo Hestia S.A.	47	8,25%
TUiR Warta S.A.	50	8,77%
Compensa TU S.A.	28	4,91%
Uniqa	26	4,56%
Allianz SE	16	2,81%
MTU	37	6,49%
Gothaer Wiener TU S.A.	12	2,11%
Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny	18	3,16%
Link4 TU S.A.	13	2,28%
Benefia TU Sp. z o.o.	2	0,35%
Liberty Ubezpieczenia	2	0,35%
InterRisk Vienna Insurance Group	11	1,93%
HDI Asekuracja	30	5,26%
ZUS	8	1,40%
KRUS	1	0,18%
Ceska pojistovna S.A. Oddział w Polsce	5	0,88%
AXA	2	0,35%
TUW Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych	12	2,11%
Concordia Ubezpieczenia	2	0,35%
Polisa Życie S.A	1	0,18%
Avanssur	6	1,05%
Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych	5	0,88%
Osoba Prywatna	31	5,44%
Skarb Państwa	10	1,75%
Zakład Opieki Zdrowotnej	9	1,58%
Podmiot Gospodarczy	17	2,98%
Gmina/Miasto	8	1,40%
Wojsko Polskie	1	0,18%
Ogółem	570	100,00%



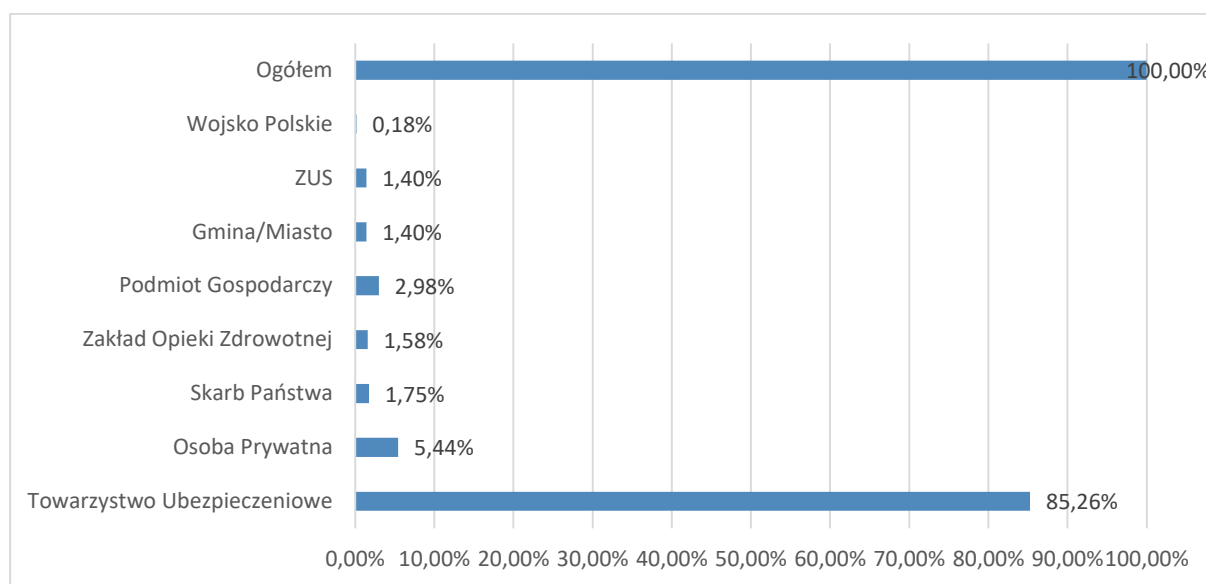
Rycina 7. Pozwany w opiniach sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że pozwanym w sporze, w toku którego zasięgnięto opinii biegłych KiZMS były towarzystwa ubezpieczeniowe, miasta lub gminy, podmioty gospodarcze, osoby prywatne, ZUS, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Skarb Państwa, zakłady opieki zdrowotnej oraz Wojsko Polskie.

Z powyższej analizy wynika, że głównym pozwanym była Grupa Kapitałowa Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń (PZU), a towarzystwa ubezpieczeniowe stanowią większość pozwanych.

Tabela 9. Pozwany w opiniach KiZMS UMP w Poznaniu w latach 2009-2018

Pozwany	n	%
Towarzystwo Ubezpieczeniowe	486	85,26%
Osoba Prywatna	31	5,44%
Skarb Państwa	10	1,75%
Zakład Opieki Zdrowotnej	9	1,58%
Podmiot Gospodarczy	17	2,98%
Gmina/Miasto	8	1,40%
ZUS	8	1,40%
Wojsko Polskie	1	0,18%
łącznie	570	100,00%



Rycina 8. Pozwany w opiniach KiZMS UMP w Poznaniu w latach 2009-2018

Towarzystwa ubezpieczeniowe stanowią głównego pozwanego w opiniach biegłych KiZMS z częstotliwością 85,26%. ZUS stanowi jedynie 1,40%, a częściej pozwanym była osoba prywatna (5,44%), podmioty gospodarcze (2,98%), Skarb Państwa (1,75%) oraz zakłady opieki zdrowotnej (1,58%).

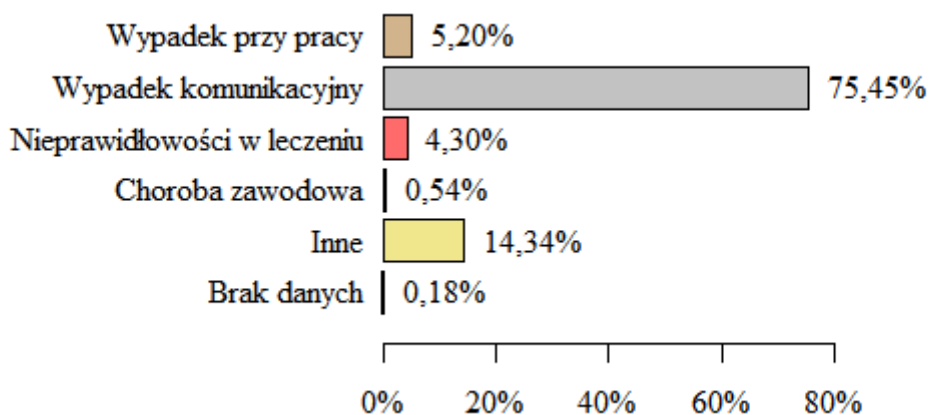
4.5. Przyczyny powstania uszczerbku na zdrowiu.

Dla celów tej pracy podzielono zdarzenia, będące przyczyną uszczerbku na zdrowiu na: wypadek przy pracy, wypadek komunikacyjny, nieprawidłowości w leczeniu, chorobę zawodową oraz inne okoliczności. W jednym przypadku nie udało się ustalić z jakiego powodu doszło do uszczerbku na zdrowiu. Wśród innych przyczyn, stanowiących łącznie około 14% wszystkich uszczerbków na zdrowiu były zdarzenia losowe (np. upadki w sklepie, w szkole, na chodniku, cmentarzu czy pływalni), stwierdzano również wypadki z udziałem zwierząt (np. upadek z konia czy szarpnięcie lejcy, przewrócenie przez cielaka, pogryzienie przez psa), następstwa zdrowotne mające mieć związek z pozbawieniem wolności (np. pobyt

w zakładzie karnym, internowanie w latach 80. XX w.), obrażenia doznane podczas uprawiania sportu (np. podczas gry w tenisa, zderzenie na stoku narciarskim, sporty siłowe). Kolejnymi zdarzeniami ujętymi w kategorii innych okoliczności były pobicia (w tym przez pozwanego), zaburzenia psychiczne w przebiegu służby wojskowej.

Tabela 10. Przyczyny uszczerbków na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Przyczyna uszczerbku na zdrowiu	n	%
Wypadek przy pracy	29	5,20%
Wypadek komunikacyjny	421	75,45%
Nieprawidłowości w leczeniu	24	4,30%
Choroba zawodowa	3	0,54%
Inne	80	14,34%
Brak danych	1	0,18%
łącznie	558	100%



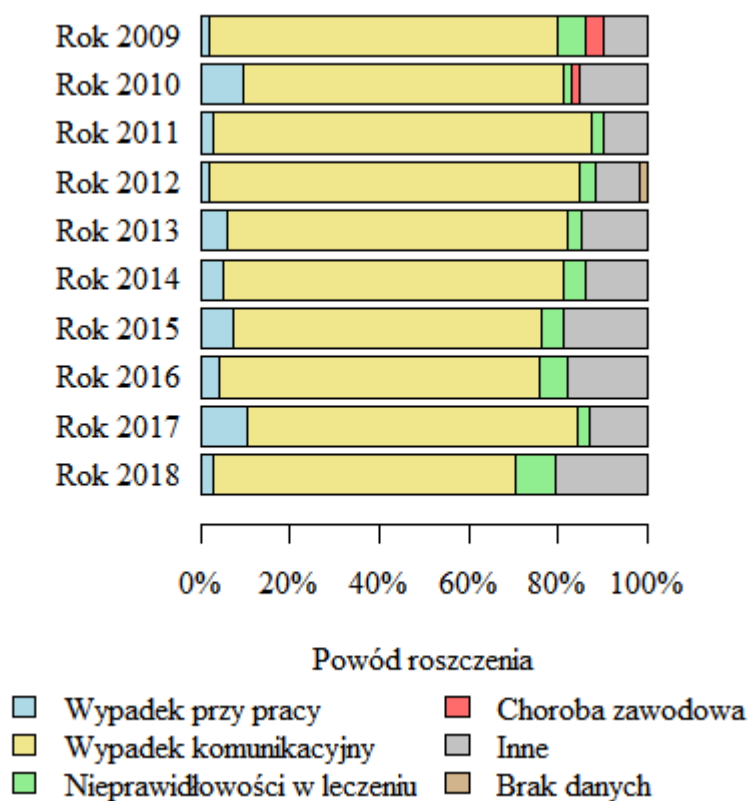
Rycina 9. Przyczyny uszczerbków na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Jak wynika z powyższej analizy spośród 558 uszczerbków na zdrowiu, pozostających do oceny sądu 421 dotyczyło wypadków komunikacyjnych(75,45%), , 29 uszczerbków (5,20%) dotyczyło wypadków przy pracy, 24 uszczerbki (4,30%) były związane z nieprawidłowościami w leczeniu, 3 uszczerbki (0,54%) były następstwem chorób zawodowych, 80 uszczerbków (14,34%) dotyczyło spraw „innych”, a w 1 przypadku (0,18%) brak jest danych o zdarzeniu, które doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 11. Przyczyny uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Przyczyna uszczerbku	Rok										p
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Wypadek przy pracy	1 (2,00%)	5 (9,43%)	2 (2,78%)	1 (1,92%)	4 (5,97%)	3 (5,17%)	6 (7,14%)	2 (4,00%)	4 (10,53%)	1 (2,94%)	p=0,524
Wypadek komunikacyjny	39 (78,00%)	38 (71,70%)	61 (84,72%)	43 (82,69%)	51 (76,12%)	44 (75,86%)	58 (69,05%)	36 (72,00%)	28 (73,68%)	23 (67,65%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	3 (6,00%)	1 (1,89%)	2 (2,78%)	2 (3,85%)	2 (2,99%)	3 (5,17%)	4 (4,76%)	3 (6,00%)	1 (2,63%)	3 (8,82%)	
Choroba zawodowa	2 (4,00%)	1 (1,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Inne	5 (10,00%)	8 (15,09%)	7 (9,72%)	5 (9,62%)	10 (14,93%)	8 (13,79%)	16 (19,05%)	9 (18,00%)	5 (13,16%)	7 (20,59%)	
Brak danych	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,92%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 10. Przyczyny uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Zdarzenia prowadzące do powstania uszczerbku na zdrowiu nie zmieniały się w na przestrzeni badanych lat. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).

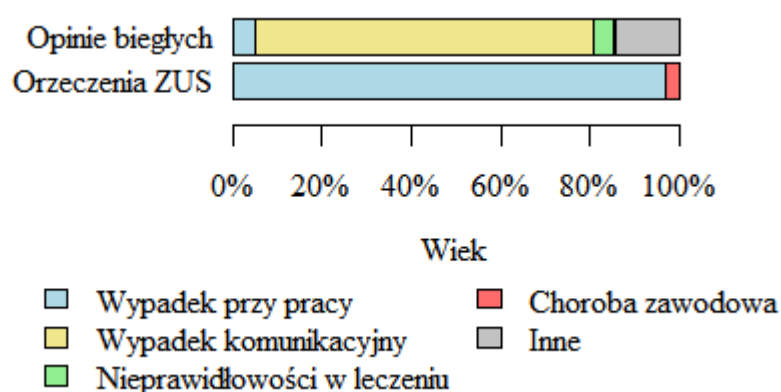
Uzyskane wyniki dotyczące przyczyn, które prowadziły do powstania uszczerbku na zdrowiu, a wobec których do wyliczenia uszczerbku na zdrowiu stosowano ocenę procentowej oceny stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie

szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Tabela) skonfrontowano z danymi zawartymi w corocznych analizach statystycznych publikowanych przez ZUS. Tabela jest narzędziem pracy dedykowanym lekarzom orzecznikom ZUS.

Tabela 12. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w latach 2009-2018

Przyczyna uszczerbku na zdrowiu	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=557)	Orzeczenia ZUS (N=704192)	
Wypadek przy pracy	29 (5,21%)	683335 (97,04%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	421 (75,58%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	24 (4,31%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	3 (0,54%)	20857 (2,96%)	
Inne	80 (14,36%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 11. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w latach 2009-2018

Z powyższej analizy wynika, że opinie biegłych dotyczyły w większości wypadków komunikacyjnych, a orzeczenia ZUS są związane z wypadkami przy pracy. Zależność jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). Przeprowadzono badanie dla kolejnych lat badanego okresu.

Tabela 13. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2009

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=50)	Orzeczenia ZUS (N=76510)	
Wypadek przy pracy	1 (2,00%)	74082 (96,83%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	39 (78,00%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	3 (6,00%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	2 (4,00%)	2428 (3,17%)	
Inne	5 (10,00%)	0 (0,00%)	

p - dokładny test Fishera

Tabela 14. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2010

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=53)	Orzeczenia ZUS (N=76543)	
Wypadek przy pracy	5 (9,43%)	74177 (96,91%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	38 (71,70%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	1 (1,89%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	1 (1,89%)	2366 (3,09%)	
Inne	8 (15,09%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 15. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2011

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=72)	Orzeczenia ZUS (N=77750)	
Wypadek przy pracy	2 (2,78%)	75721 (97,39%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	61 (84,72%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	2 (2,78%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	2029 (2,61%)	
Inne	7 (9,72%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 16. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2012

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=51)	Orzeczenia ZUS (N=76011)	
Wypadek przy pracy	1 (1,96%)	73780 (97,06%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	43 (84,31%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	2 (3,92%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	2231 (2,94%)	
Inne	5 (9,80%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 17. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2013

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=67)	Orzeczenia ZUS (N=70987)	
Wypadek przy pracy	4 (5,97%)	68899 (97,06%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	51 (76,12%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	2 (2,99%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	2088 (2,94%)	
Inne	10 (14,93%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 18. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2014

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=58)	Orzeczenia ZUS (N=69095)	
Wypadek przy pracy	3 (5,17%)	66893 (96,81%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	44 (75,86%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	3 (5,17%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	2202 (3,19%)	
Inne	8 (13,79%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 19. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2015

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=84)	Orzeczenia ZUS (N=66175)	
Wypadek przy pracy	6 (7,14%)	64209 (97,03%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	58 (69,05%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	4 (4,76%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	1966 (2,97%)	
Inne	16 (19,05%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 20. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2016

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=50)	Orzeczenia ZUS (N=65032)	
Wypadek przy pracy	2 (4,00%)	63025 (96,91%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	36 (72,00%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	3 (6,00%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	2007 (3,09%)	
Inne	9 (18,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 21. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2017

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=38)	Orzeczenia ZUS (N=64509)	
Wypadek przy pracy	4 (10,53%)	62836 (97,41%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	28 (73,68%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	1 (2,63%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	1673 (2,59%)	
Inne	5 (13,16%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 22. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2018

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=34)	Orzeczenia ZUS (N=61580)	
Wypadek przy pracy	1 (2,94%)	59713 (96,97%)	p<0,001
Wypadek komunikacyjny	23 (67,65%)	0 (0,00%)	
Nieprawidłowości w leczeniu	3 (8,82%)	0 (0,00%)	
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	1867 (3,03%)	
Inne	7 (20,59%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

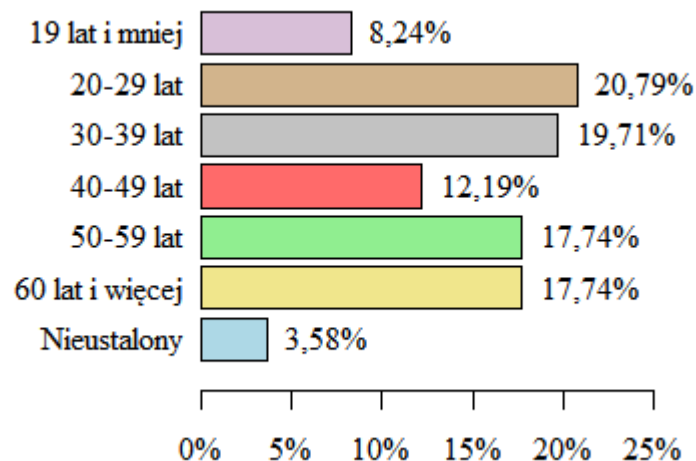
Przeprowadzona kolejno analiza dla kolejnych lat badanego okresu, wykazała zbliżone wartości w każdym kolejnym roku, tj. każdorazowo zależność była istotna statystycznie i w każdym roku w opinie wydawane przez biegłych dotyczyły głównie wypadków komunikacyjnych, a orzeczenia ZUS wypadków przy pracy. Zwraca uwagę olbrzymia dysproporcja źródła danych, tj. 557 opinie biegłych w których znany był rodzaj zdarzenia prowadzący do uszczerbku (nie uwzględniono w obliczeniach jednej opinii, gdzie nie był ustalony rodzaj zdarzenia) w konfrontacji z 704192 orzeczeniami ZUS. Nakreślony jest jednak wyraźny trend zarówno charakteryzujący opinie biegłych jak i pracę lekarzy orzeczników ZUS.

4.6. Charakterystyka powoda w sprawie cywilnej, w której biegli wydawali opinię.

Dla celów tej pracy podzielono badaną grupę powodów na kobiety i mężczyzn. Zastosowano podział wieku grupy badanej zgodny z podziałem stosowanym w ZUS. Wyodrębniono 6 grup wiekowych oraz grupę, w której nie udało się ustalić wieku w oparciu o dane z treści opinii.

Tabela 23. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Wiek powoda	N= 558	%
19 lat i mniej	46	8,24%
20-29 lat	116	20,79%
30-39 lat	110	19,71%
40-49 lat	68	12,19%
50-59 lat	99	17,74%
60 lat i więcej	99	17,74%
Nieustalony	20	3,58%



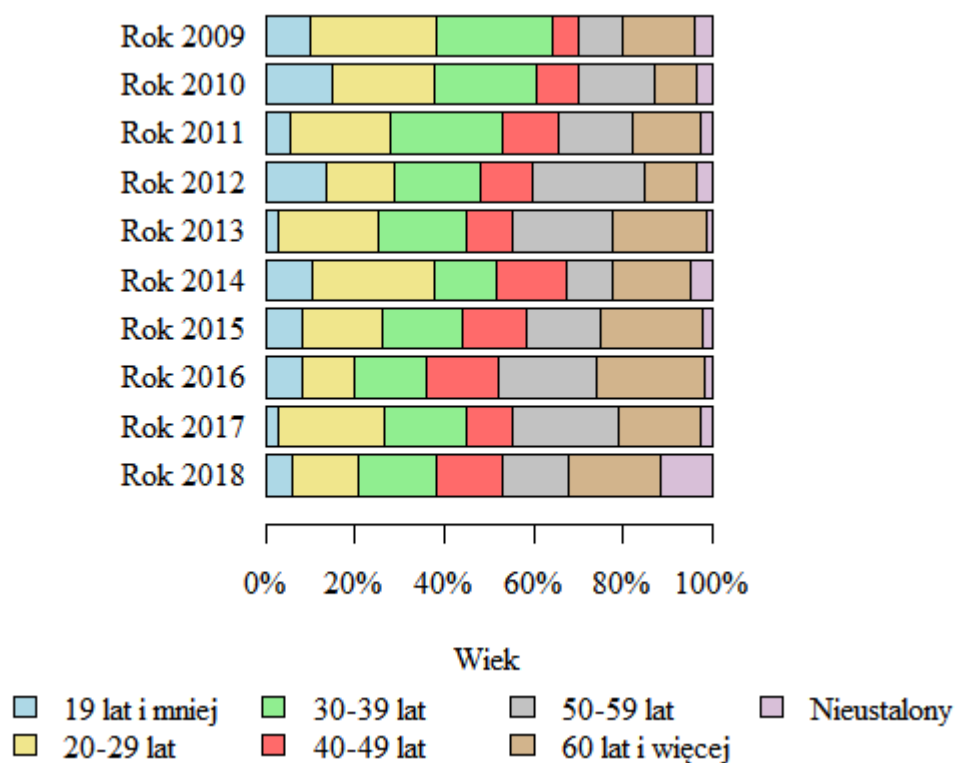
Rycina 12. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że 226 spośród 558 powodów (40,50%) miało 20-29 lat, 99 powodów (17,74%) 50-59 lat, również 99 powodów (17,74%) 60 lat i więcej, 68 powodów (12,19%) 40-49 lat, 46 powodów (8,24%) 19 lat i mniej, a 20 powodów (3,58%) było w nieustalonym wieku.

Tabela 24. Wiek powoda w kolejnych latach w opiniach KiZMS UMP w okresie 2009-2018

Wiek powoda	Rok										P
	Rok 2009 (N=50)	Rok 2010 (N=53)	Rok 2011 (N=72)	Rok 2012 (N=52)	Rok 2013 (N=67)	Rok 2014 (N=58)	Rok 2015 (N=84)	Rok 2016 (N=50)	Rok 2017 (N=38)	Rok 2018 (N=34)	
19 lat i mniej	5 (10,00%)	8 (15,09%)	4 (5,56%)	7 (13,46%)	2 (2,99%)	6 (10,34%)	7 (8,33%)	4 (8,00%)	1 (2,63%)	2 (5,88%)	p=0,766
20-29 lat	14 (28,00%)	12 (22,64%)	16 (22,22%)	8 (15,38%)	15 (22,39%)	16 (27,59%)	15 (17,86%)	6 (12,00%)	9 (23,68%)	5 (14,71%)	
30-39 lat	13 (26,00%)	12 (22,64%)	18 (25,00%)	10 (19,23%)	13 (19,40%)	8 (13,79%)	15 (17,86%)	8 (16,00%)	7 (18,42%)	6 (17,65%)	
40-49 lat	3 (6,00%)	5 (9,43%)	9 (12,50%)	6 (11,54%)	7 (10,45%)	9 (15,52%)	12 (14,29%)	8 (16,00%)	4 (10,53%)	5 (14,71%)	
50-59 lat	5 (10,00%)	9 (16,98%)	12 (16,67%)	13 (25,00%)	15 (22,39%)	6 (10,34%)	14 (16,67%)	11 (22,00%)	9 (23,68%)	5 (14,71%)	
60 lat i więcej	8 (16,00%)	5 (9,43%)	11 (15,28%)	6 (11,54%)	14 (20,90%)	10 (17,24%)	19 (22,62%)	12 (24,00%)	7 (18,42%)	7 (20,59%)	
Nieustalony	2 (4,00%)	2 (3,77%)	2 (2,78%)	2 (3,85%)	1 (1,49%)	3 (5,17%)	2 (2,38%)	1 (2,00%)	1 (2,63%)	4 (11,76%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 13. Wiek powoda w kolejnych latach w opiniach KiZMS UMP w okresie 2008-2019

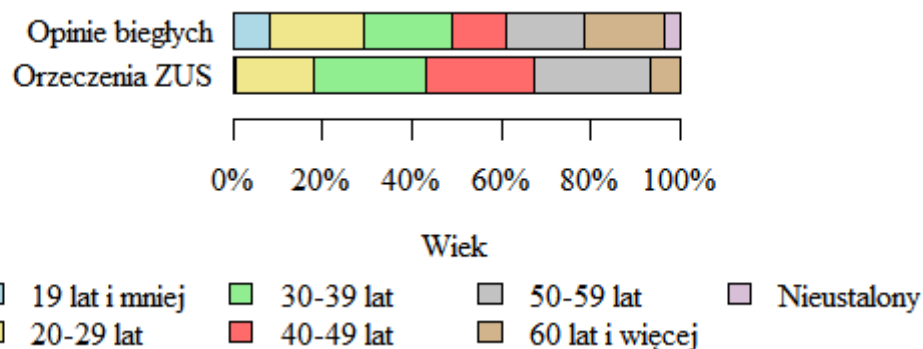
Wiek powodów nie zmieniał się w analizowanym okresie. Stwierdzona zależność statystyczna była nieistotna ($p > 0,05$).

Uzyskaną charakterystykę wieku porównano z danymi wynikającymi z analizy statystycznej prowadzonej przez ZUS.

Tabela 25. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP i wiek badanego w ZUS w latach 2009-2018

Wiek	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=558)	Orzeczenia ZUS (N=704192)	
19 lat i mniej	46 (8,24%)	4260 (0,60%)	p<0,001
20-29 lat	116 (20,79%)	121317 (17,23%)	
30-39 lat	110 (19,71%)	176362 (25,04%)	
40-49 lat	68 (12,19%)	171345 (24,33%)	
50-59 lat	99 (17,74%)	183644 (26,08%)	
60 lat i więcej	99 (17,74%)	47146 (6,70%)	
Nieustalony	20 (3,58%)	118 (0,02%)	

p – dokładny test Fishera



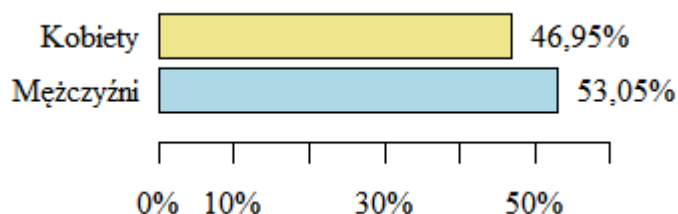
Rycina 14. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP i wiek badanego w ZUS w latach 2009-2018

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$). Orzeczenia ZUS w 0,60% dotyczą osób w wieku 19 lat i mniej, w 6,70% w wieku 60 i więcej lat, a 75,45% wydanych zostało osobom w wieku 30-59 lat (531351 orzeczeń).

Analizie poddano również płeć osób wnoszących powództwo związane z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu.

Tabela 26. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Płeć	N= 558	%
Kobiety	262	46,95%
Mężczyźni	296	53,05%



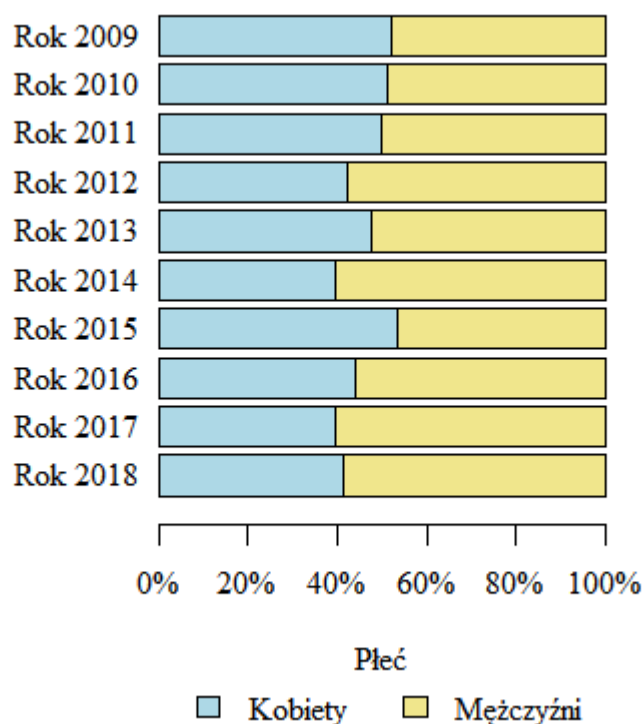
Rycina 15. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Stwierdzono, że 296 spośród 558 badanych (53,05%) było płci męskiej, a 262 (46,95%) żeńskiej.

Tabela 27. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Płeć	Rok										p
	Rok 2009 (N=50)	Rok 2010 (N=53)	Rok 2011 (N=72)	Rok 2012 (N=52)	Rok 2013 (N=67)	Rok 2014 (N=58)	Rok 2015 (N=84)	Rok 2016 (N=50)	Rok 2017 (N=38)	Rok 2018 (N=34)	
Kobiety	26 (52,00%)	27 (50,94%)	36 (50,00%)	22 (42,31%)	32 (47,76%)	23 (39,66%)	45 (53,57%)	22 (44,00%)	15 (39,47%)	14 (41,18%)	p=0,761
Mężczyźni	24 (48,00%)	26 (49,06%)	36 (50,00%)	30 (57,69%)	35 (52,24%)	35 (60,34%)	39 (46,43%)	28 (56,00%)	23 (60,53%)	20 (58,82%)	

p – test chi-kwadrat



Rycina 16. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

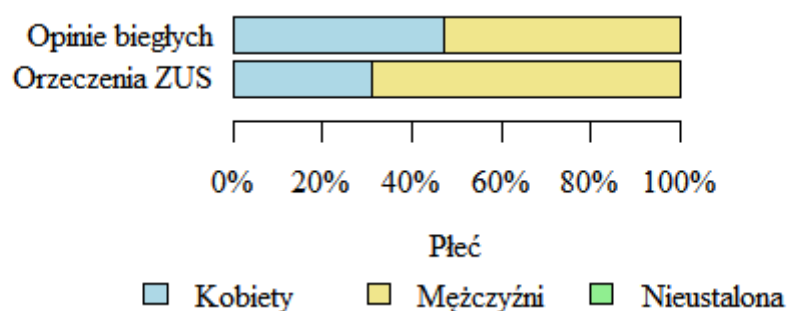
Struktura płci badanych nie zmieniała się na przestrzeni kolejnych lat, tj. zmiany nie stanowiły zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).

Jednocześnie analiza wykazała istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) w korelacji z danymi odnośnie osób, wobec których orzekano uszczerbek na zdrowiu w warunkach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Opinie biegłych częściej niż orzeczenia ZUS dotyczyły kobiet. Badane kobiety w KiZMS stanowiły około 47%, w ZUS jedynie około 31%.

Tabela 28. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w latach 2009-2018

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=558)	Orzeczenia ZUS (N=704192)	
Kobiety	262 (46,95%)	217653 (30,91%)	p<0,001
Mężczyźni	296 (53,05%)	486257 (69,05%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	282 (0,04%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 17. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w latach 2009-2018

Przeprowadzono badanie dla kolejnych lat badanego okresu.

Tabela 29. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2009

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=50)	Orzeczenia ZUS (N=76510)	
Kobiety	26 (52,00%)	22213 (29,03%)	p=0,001
Mężczyźni	24 (48,00%)	54297 (70,97%)	

p – test chi-kwadrat

Tabela 30. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2010

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=53)	Orzeczenia ZUS (N=76543)	
Kobiety	27 (50,94%)	22740 (29,71%)	p=0,001
Mężczyźni	26 (49,06%)	53803 (70,29%)	

p – test chi-kwadrat

Tabela 31. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2011

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=72)	Orzeczenia ZUS (N=77750)	
Kobiety	36 (50,00%)	23410 (30,11%)	p=0,002
Mężczyźni	36 (50,00%)	54245 (69,77%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	95 (0,12%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 32. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2012

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=52)	Orzeczenia ZUS (N=76011)	
Kobiety	22 (42,31%)	22761 (29,94%)	p=0,092
Mężczyźni	30 (57,69%)	53211 (70,00%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	39 (0,05%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 33. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2013

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=67)	Orzeczenia ZUS (N=70987)	
Kobiety	32 (47,76%)	22212 (31,29%)	p=0,015
Mężczyźni	35 (52,24%)	48739 (68,66%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	36 (0,05%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 34. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2014

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=58)	Orzeczenia ZUS (N=69095)	
Kobiety	23 (39,66%)	21599 (31,26%)	p=0,221
Mężczyźni	35 (60,34%)	47466 (68,70%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	30 (0,04%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 35. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2015

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=84)	Orzeczenia ZUS (N=66175)	
Kobiety	45 (53,57%)	20967 (31,68%)	p<0,001
Mężczyźni	39 (46,43%)	45174 (68,26%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	34 (0,05%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 36. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2016

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=50)	Orzeczenia ZUS (N=65032)	
Kobiety	22 (44,00%)	20973 (32,25%)	p=0,113
Mężczyźni	28 (56,00%)	44032 (67,71%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	27 (0,04%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 37. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2017

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=38)	Orzeczenia ZUS (N=64509)	
Kobiety	15 (39,47%)	21018 (32,58%)	p=0,39
Mężczyźni	23 (60,53%)	43485 (67,41%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	6 (0,01%)	

p – dokładny test Fishera

Tabela 38. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2018

Płeć	Źródło danych		p
	Opinie biegłych (N=38)	Orzeczenia ZUS (N=64509)	
Kobiety	15 (39,47%)	21018 (32,58%)	p=0,39
Mężczyźni	23 (60,53%)	43485 (67,41%)	
Nie ustalono	0 (0,00%)	6 (0,01%)	

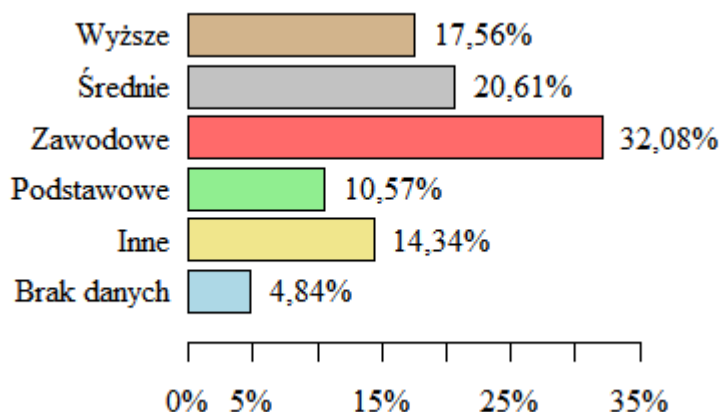
p – dokładny test Fishera

Analiza wykonana dla każdego roku nie wykazała stałego istotnego statystycznie charakteru, tj. w latach 2009, 2010, 2011, 2013, 2015 opinie częściej niż orzeczenia ZUS dotyczyły kobiet, w pozostałych zależność nie była istotna statystycznie ($p>0,05$).

Zbadano wykształcenie badanych osób, decydujących się na spór sądowy, w którym dokonywano oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 39. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Wykształcenie	n	%
Wyższe	98	17,56%
Średnie	115	20,61%
Zawodowe	179	32,08%
Podstawowe	59	10,57%
Inne	80	14,34%
Brak danych	27	4,84%



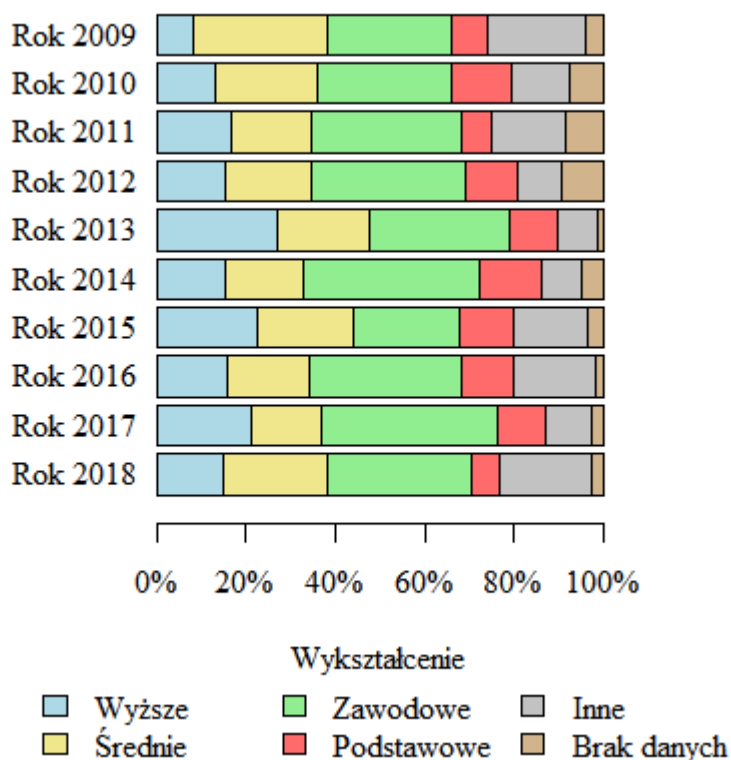
Rycina 18. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Najwięcej – 32,1% badanych miało wykształcenie zawodowe (179 osób), 20,6% średnie (115 osób), 17,6% wykształcenie wyższe, 10,6% wykształcenie podstawowe (59 osób), 14,3% badanych zostało zakwalifikowanych jako posiadające wykształcenie „inne” (80 osób), a w 4,8% badający nie zawarli w opinii sądowo-lekarskiej informacji o wykształceniu badanej osoby. Wykształcenie określone jako „inne” dotyczy przede wszystkim małoletnich uczniów w trakcie nauki, nie posiadających jeszcze jakiegokolwiek ukończonej szkoły.

Tabela 40. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018

Wykształcenie	Rok										p
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Wyższe	4 (8,00%)	7 (13,21%)	12 (16,67%)	8 (15,38%)	18 (26,87%)	9 (15,52%)	19 (22,62%)	8 (16,00%)	8 (21,05%)	5 (14,71%)	p=0,875
Średnie	15 (30,00%)	12 (22,64%)	13 (18,06%)	10 (19,23%)	14 (20,90%)	10 (17,24%)	18 (21,43%)	9 (18,00%)	6 (15,79%)	8 (23,53%)	
Zawodowe	14 (28,00%)	16 (30,19%)	24 (33,33%)	18 (34,62%)	21 (31,34%)	23 (39,66%)	20 (23,81%)	17 (34,00%)	15 (39,47%)	11 (32,35%)	
Podstawowe	4 (8,00%)	7 (13,21%)	5 (6,94%)	6 (11,54%)	7 (10,45%)	8 (13,79%)	10 (11,90%)	6 (12,00%)	4 (10,53%)	2 (5,88%)	
Inne	11 (22,00%)	7 (13,21%)	12 (16,67%)	5 (9,62%)	6 (8,96%)	5 (8,62%)	14 (16,67%)	9 (18,00%)	4 (10,53%)	7 (20,59%)	
Brak danych	2 (4,00%)	4 (7,55%)	6 (8,33%)	5 (9,62%)	1 (1,49%)	3 (5,17%)	3 (3,57%)	1 (2,00%)	1 (2,63%)	1 (2,94%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 19. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018

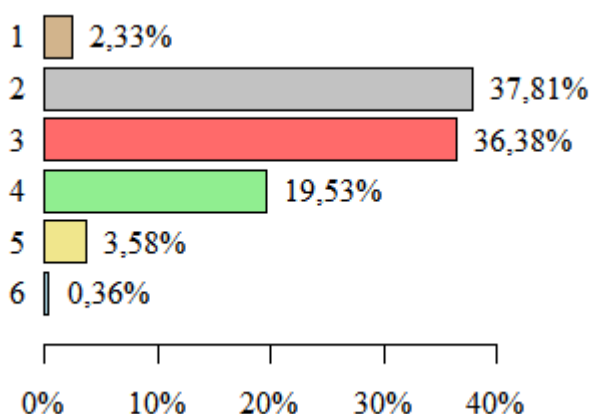
Zbadano czy struktura wykształcenia badanych zmienia się w okresie objętym badaniem, nie stwierdzając zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$), tj. struktura wykształcenia nie zmieniała się w czasie.

4.7. Charakterystyka zespołu wydającego opinię sądowo-lekarską w sprawie, gdzie oceniano uszczerbek na zdrowiu w sporze cywilnym.

Zbadano skład zespołu biegłych, a także specjalizacje lekarzy, wydających w ramach KiZMS opinie w sprawach, w których oceniano doznany uszczerbek na zdrowiu w sporze cywilnym. Z uwagi na charakter szkolenia specjalizacyjnego w opiniowaniu brali udział również lekarze rezydenci, tj. w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Do badań nie uwzględniano ich udziału, z uwagi na to, że odpowiedzialność przed organem zlecającym ponosi kierownik specjalizacji, zawsze specjalista medycyny sądowej, a będący każdorazowo współautorem opinii. W opiniowaniu brał udział i zawsze był jednym z autorów opinii specjalista medycyny sądowej.

Tabela 41. Skład zespołu opiniującego w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Liczba biegłych	N= 558	%
1	13	2,33%
2	211	37,81%
3	203	36,38%
4	109	19,53%
5	20	3,58%
6	2	0,36%



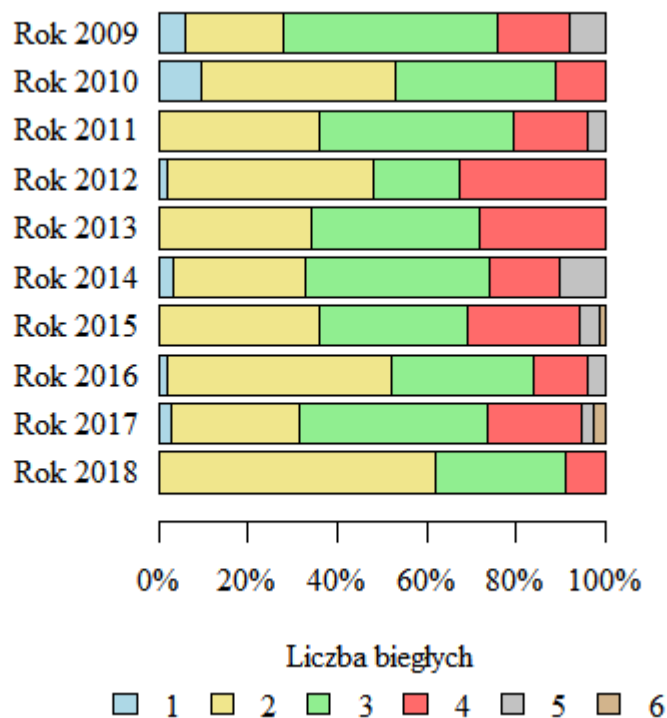
Rycina 20. Skład zespołu opiniującego w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że biegli analizują głównie sprawy zespołach 2-4 osobowych. W takich zespołach powstało 93,72% wydawanych opinii sądowo-lekarskich, a w ponad połowie (55,91%) przypadków zespół liczył 3-4 lekarzy odrębnych specjalizacji.

Tabela 42. Skład zespołu opiniującego w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Liczba biegłych	Rok										p
	Rok 2009 (N=50)	Rok 2010 (N=53)	Rok 2011 (N=72)	Rok 2012 (N=52)	Rok 2013 (N=67)	Rok 2014 (N=58)	Rok 2015 (N=84)	Rok 2016 (N=50)	Rok 2017 (N=38)	Rok 2018 (N=34)	
1	3 (6,00%)	5 (9,43%)	0 (0,00%)	1 (1,92%)	0 (0,00%)	2 (3,45%)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	p<0,001
2	11 (22,00%)	23 (43,40%)	26 (36,11%)	24 (46,15%)	23 (34,33%)	17 (29,31%)	30 (35,71%)	25 (50,00%)	11 (28,95%)	21 (61,76%)	
3	24 (48,00%)	19 (35,85%)	31 (43,06%)	10 (19,23%)	25 (37,31%)	24 (41,38%)	28 (33,33%)	16 (32,00%)	16 (42,11%)	10 (29,41%)	
4	8 (16,00%)	6 (11,32%)	12 (16,67%)	17 (32,69%)	19 (28,36%)	9 (15,52%)	21 (25,00%)	6 (12,00%)	8 (21,05%)	3 (8,82%)	
5	4 (8,00%)	0 (0,00%)	3 (4,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (10,34%)	4 (4,76%)	2 (4,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	
6	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,19%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 21. Skład zespołu opiniującego w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

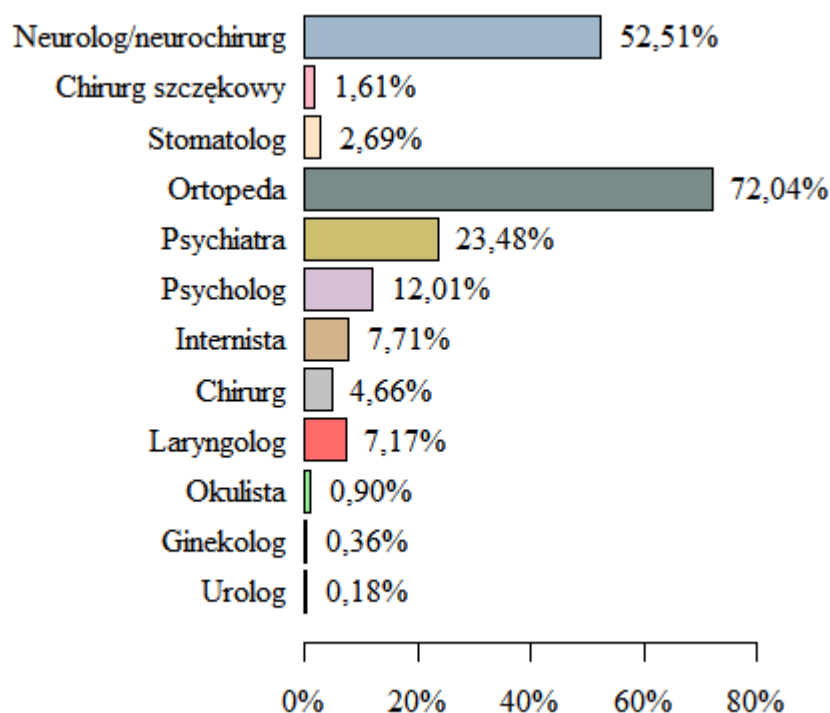
Stwierdzono istotną statystycznie zależność ($p<0,05$). Liczba zaangażowanych do sporządzenia opinii biegłych zmieniała się w czasie. W latach 2014 i 2015 była wyższa, a w latach 2010, 2012, 2013 i 2018 niższa niż przeciętnie.

Przeanalizowano jakich specjalności lekarze wydawali opinie w przedmiotowych sprawach wraz z biegłym specjalistą medycyny sądowej.

Tabela 43. Rodzaj specjalizacji lekarzy wydających opinie w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Specjaliści	n	% *
Neurolog/neurochirurg	293	52,51%
Chirurg szczękowy	9	1,61%
Stomatolog	15	2,69%
Ortopeda	402	72,04%
Psychiatra	131	23,48%
Psycholog	67	12,01%
Internista	43	7,71%
Chirurg	26	4,66%
Laryngolog	40	7,17%
Okulista	5	0,90%
Ginekolog	2	0,36%
Urolog	1	0,18%

* odsetki nie sumują się, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru



Rycina 22. Rodzaj specjalizacji lekarzy wydających opinie w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że 402 spośród 558 opinii (72,04%) uczestniczył ortopeda, w 293 opiniach (52,51%) neurolog/neurochirurg, w 131 opiniach (23,48%) psychiatra, w 67 opiniach (12,01%) psycholog, w 43 opiniach (7,71%) internista, w 40 opiniach (7,17%) laryngolog, w 26 opiniach (4,66%) chirurg, w 15 opiniach (2,69%) stomatolog, w 9 opiniach

(1,61%) chirurg szczękowy, w 5 opiniach (0,90%) okulista, w 2 opiniach (0,36%) ginekolog, a w 1 opinii (0,18%) urolog.

Tabela 44. Zmiany w składzie opiniującym w kolejnych latach w opiniach KiZMS UMP

Specjaliści	Rok										p
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Neurolog /neurochirurg	29 (58,00%)	31 (58,49%)	40 (55,56%)	28 (53,85%)	34 (50,75%)	34 (58,62%)	46 (54,76%)	22 (44,00%)	20 (52,63%)	9 (26,47%)	p=0,142
Chirurg szczękowy	3 (6,00%)	0 (0,00%)	2 (2,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,72%)	1 (1,19%)	2 (4,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,224
Stomatolog	2 (4,00%)	1 (1,89%)	4 (5,56%)	1 (1,92%)	1 (1,49%)	1 (1,72%)	2 (2,38%)	2 (4,00%)	0 (0,00%)	1 (2,94%)	p=0,909
Ortopeda	29 (58,00%)	22 (41,51%)	48 (66,67%)	41 (78,85%)	59 (88,06%)	43 (74,14%)	67 (79,76%)	35 (70,00%)	33 (86,84%)	25 (73,53%)	p<0,001 *
Psychiatra	24 (48,00%)	9 (16,98%)	14 (19,44%)	12 (23,08%)	15 (22,39%)	11 (18,97%)	22 (26,19%)	10 (20,00%)	8 (21,05%)	6 (17,65%)	p=0,014 *
Psycholog	5 (10,00%)	6 (11,32%)	14 (19,44%)	11 (21,15%)	8 (11,94%)	13 (22,41%)	8 (9,52%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	1 (2,94%)	p=0,001 *
Internista	5 (10,00%)	2 (3,77%)	3 (4,17%)	1 (1,92%)	8 (11,94%)	4 (6,90%)	11 (13,10%)	3 (6,00%)	5 (13,16%)	1 (2,94%)	p=0,15
Chirurg	2 (4,00%)	3 (5,66%)	2 (2,78%)	0 (0,00%)	1 (1,49%)	4 (6,90%)	4 (4,76%)	5 (10,00%)	2 (5,26%)	3 (8,82%)	p=0,349
Laryngolog	1 (2,00%)	4 (7,55%)	8 (11,11%)	2 (3,85%)	4 (5,97%)	4 (6,90%)	4 (4,76%)	4 (8,00%)	5 (13,16%)	4 (11,76%)	p=0,473
Okulista	1 (2,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (3,57%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	p=0,21
Ginekolog	1 (2,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,72%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,434
Urolog	0 (0,00%)	1 (1,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,496

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera, * zależność istotna statystycznie

Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy latami, w których wydawano opinie ($p < 0,05$). W roku 2009 psychiatrzy uczestniczyli w opiniach ponad 2x częściej niż w pozostałych latach. W latach 2009-2010 ortopedzi uczestniczyli w opiniach rzadziej niż w kolejnych latach. Od roku 2016 psychologowie w zasadzie przestali uczestniczyć w opiniach (wcześniej uczestniczyli w 10-20% z nich).

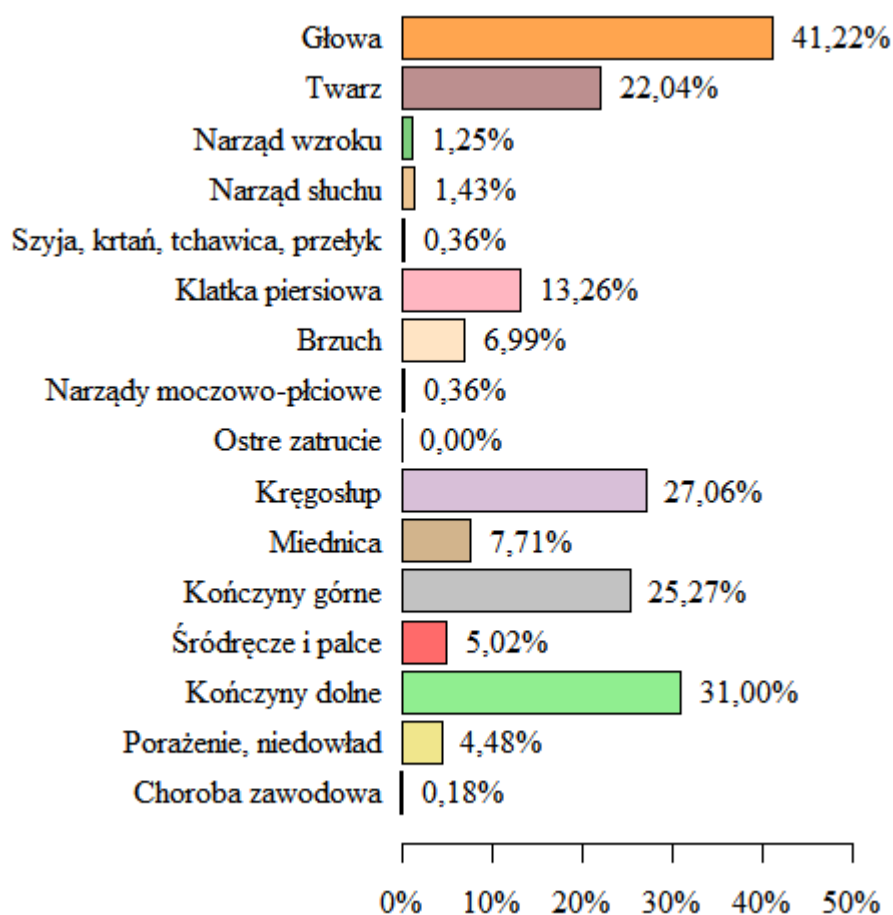
4.8. Charakterystyka doznanego uszczerbku na zdrowiu

Dokonano analizy lokalizacji (okolic ciała, narządów, chorób), w których stwierdzano uszczerbek na zdrowiu. Zastosowano podział lokalizacji zgodny z podziałem przedstawionym w Tabeli. Zdaniem autora powyższe znajduje uzasadnienie z uwagi na to, że to właśnie w oparciu o Tabelę biegli dokonywali oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 45. Lokalizacja uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Lokalizacja	n	% *
Głowa	230	41,22%
Twarz	123	22,04%
Narząd wzroku	7	1,25%
Narząd słuchu	8	1,43%
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	2	0,36%
Klatka piersiowa	74	13,26%
Brzuch	39	6,99%
Narządy moczowo-płciowe	2	0,36%
Ostre zatrucie	0	0,00%
Kręgosłup	151	27,06%
Miednica	43	7,71%
Kończyny górne	141	25,27%
Śródreście i palce	28	5,02%
Kończyny dolne	173	31,00%
Porażenie, niedowład n. obwodowych	25	4,48%
Choroba zawodowa	1	0,18%

*odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru



Rycina 23. Lokalizacja uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Przeprowadzona analiza wykazała, że uszczerbki na zdrowiu były stwierdzane najczęściej w następstwie obrażeń w okolicy głowy (u ponad 40% badanych), kończyn dolnych (ponad 30%) oraz kręgosłupa (27%). Często były też uszczerbki po obrażeniach twarzy i kończyn górnych. Biegli rzadko opiniowali w przypadkach następstw obrażeń brzucha, miednicy, porażen lub niedowładów nerwów obwodowych oraz śródreźcza i palców.

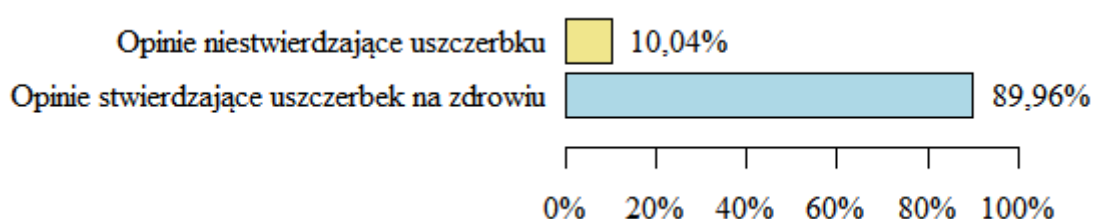
Tabela 46. Lokalizacja uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Lokalizacja	Rok										p
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Głowa	32 (64,00%)	27 (50,94%)	42 (58,33%)	29 (55,77%)	22 (32,84%)	24 (41,38%)	29 (34,52%)	5 (10,00%)	14 (36,84%)	6 (17,65%)	p<0,001 *
Twarz	10 (20,00%)	15 (28,30%)	19 (26,39%)	16 (30,77%)	9 (13,43%)	14 (24,14%)	13 (15,48%)	8 (16,00%)	13 (34,21%)	6 (17,65%)	p=0,112
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (3,45%)	3 (3,57%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	p=0,393
Narząd słuchu	1 (2,00%)	1 (1,89%)	1 (1,39%)	1 (1,92%)	0 (0,00%)	1 (1,72%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	2 (5,88%)	p=0,31
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,92%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	p=0,155
Klatka piersiowa	9 (18,00%)	5 (9,43%)	13 (18,06%)	7 (13,46%)	9 (13,43%)	9 (15,52%)	12 (14,29%)	2 (4,00%)	5 (13,16%)	3 (8,82%)	p=0,561
Brzuch	8 (16,00%)	6 (11,32%)	1 (1,39%)	2 (3,85%)	2 (2,99%)	4 (6,90%)	9 (10,71%)	2 (4,00%)	3 (7,89%)	2 (5,88%)	p=0,061
Narządy moczowo- płciowe	0 (0,00%)	1 (1,89%)	0 (0,00%)	1 (1,92%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,379
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	7 (14,00%)	11 (20,75%)	20 (27,78%)	13 (25,00%)	21 (31,34%)	16 (27,59%)	24 (28,57%)	13 (26,00%)	15 (39,47%)	11 (32,35%)	p=0,373
Miednica	3 (6,00%)	6 (11,32%)	9 (12,50%)	4 (7,69%)	3 (4,48%)	0 (0,00%)	9 (10,71%)	2 (4,00%)	4 (10,53%)	3 (8,82%)	p=0,222
Kończyny górne	13 (26,00%)	8 (15,09%)	21 (29,17%)	18 (34,62%)	14 (20,90%)	15 (25,86%)	26 (30,95%)	11 (22,00%)	10 (26,32%)	5 (14,71%)	p=0,323
Śródreźcze i palce	2 (4,00%)	1 (1,89%)	8 (11,11%)	4 (7,69%)	4 (5,97%)	2 (3,45%)	2 (2,38%)	2 (4,00%)	2 (5,26%)	1 (2,94%)	p=0,379
Kończyny dolne	19 (38,00%)	14 (26,42%)	29 (40,28%)	21 (40,38%)	19 (28,36%)	14 (24,14%)	27 (32,14%)	12 (24,00%)	7 (18,42%)	11 (32,35%)	p=0,2
Porażenie, niedowład n. obwodowych	5 (10,00%)	6 (11,32%)	3 (4,17%)	2 (3,85%)	2 (2,99%)	2 (3,45%)	2 (2,38%)	2 (4,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	p=0,176
Choroba zawodowa	1 (2,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,308

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera; *zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Analizując powyższe w kolejnych objętych badaniem latach stwierdzono, że odsetek badanych z uszczerbkiem w zakresie głowy miał tendencję do spadku w czasie. Dla pozostałych urazów te zmiany nie były istotne ($p>0,05$). Nie wykonano porównania uzyskanych wyników z danymi z ZUS, ponieważ w raportach ZUS każdy badany ma tylko jedną okolicę ciała objętą uszczerbkiem na zdrowiu, a w rezultacie badania przez zespół biegłych stwierdzano uszczerbki na zdrowiu w jednej i więcej okolicy ciała.

W części wydawanych opinii, po badaniu powoda i analizie dokumentacji medycznej nie stwierdzono uszczerbku na zdrowiu stałego ani długotrwałego, co miało miejsce w 56 z 558 opinii (10,04%).

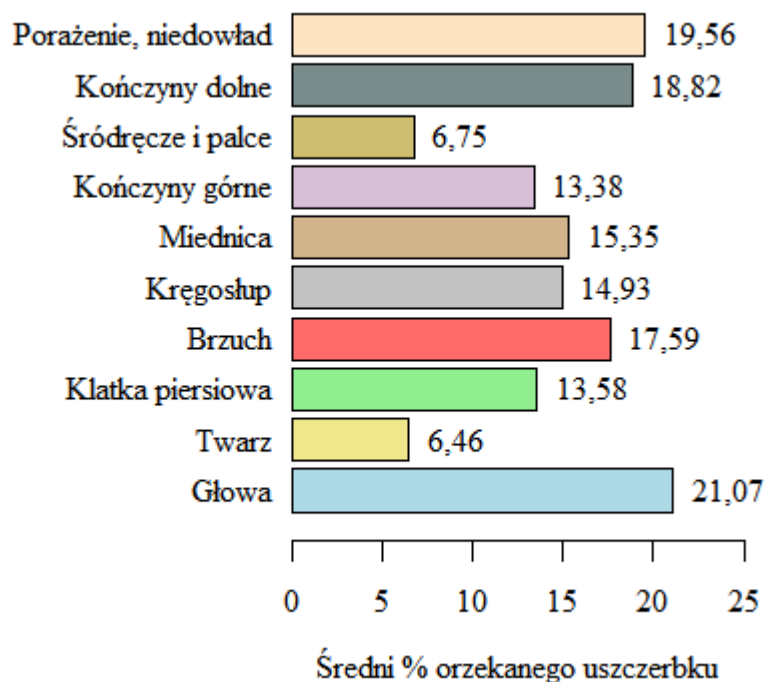


Rycina 24. Odsetek opinii KiZMS UMP, w których nie stwierdzono uszczerbku na zdrowiu w latach 2009-2018

Dokonano analizy wysokości ustalanego przez biegłych uszczerbku na zdrowiu oraz weryfikowano czy istnieją określone tendencje w kolejnych latach objętych badaniem. Pominięto okolice i rodzaje uszkodzeń występujące bardzo rzadko (narząd wzroku, narząd, słuchu, szyję, krtań, tchawicę, przełyk, narządy moczowo-płciowe, ostre zatrucia, choroby zawodowe).

Tabela 47. Wielkość uszczerbku na zdrowiu w poszczególnych lokalizacjach w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

% uszczerbku	N	Brak	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Głowa	230	328	21,07	28,97	8	2	115	5	17
Twarz	123	435	6,46	7,02	5	1	43	2	7
Klatka piersiowa	74	484	13,58	9,08	10	5	50	10	17,25
Brzuch	39	519	17,59	9,83	15	3	40	11	25
Kręgosłup	151	407	14,93	22,1	7	3	100	5	15
Miednica	43	515	15,35	11,25	10	5	45	5	20
Kończyny górne	141	417	13,38	12,42	8	2	80	5	20
Śródręcze i palce	28	530	6,75	5,75	4,5	1	22	2,75	8,25
Kończyny dolne	173	385	18,82	18,57	13	1	110	7	23
Porażenie, niedowład n. obwodowych	25	533	19,56	17,44	15	1	70	10	20

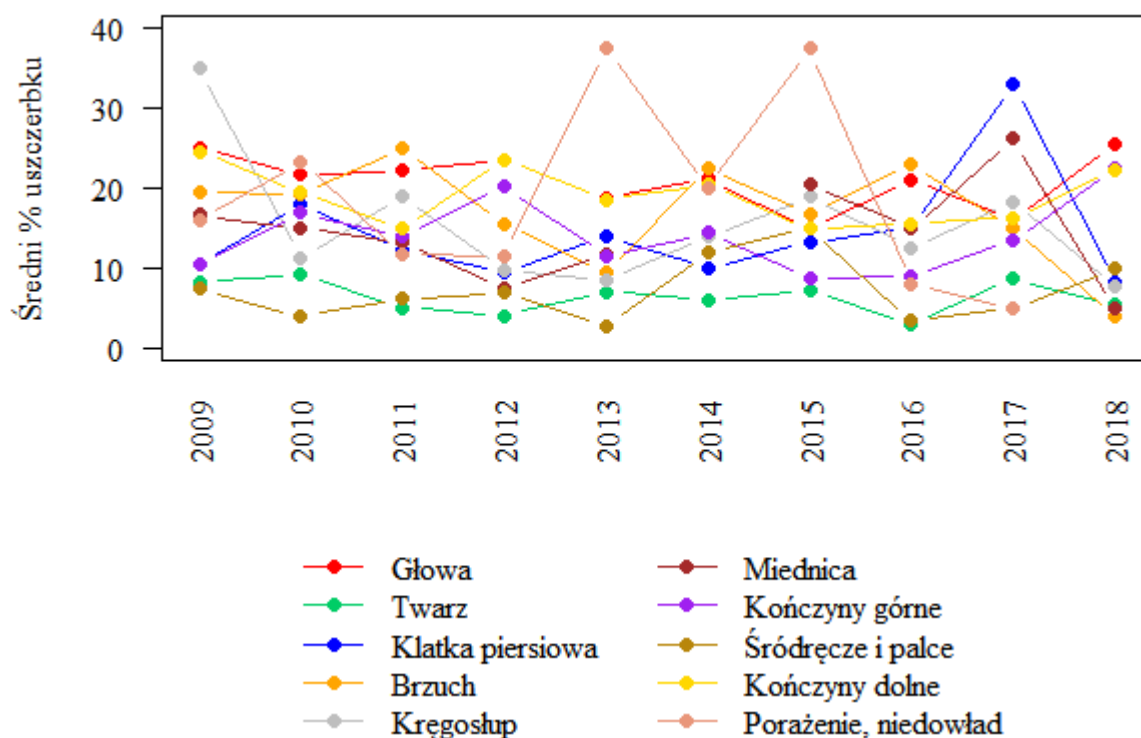


Rycina 25. Wielkość uszczerbku na zdrowiu w poszczególnych lokalizacjach w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że jeżeli był stwierdzany uszczerbek na zdrowiu, to do najwyższych wartości dochodziło w następstwie obrażeń głowy (średnia=21,07%), porażen i niedowładów nerwów obwodowych (średnia=19,56%) oraz obrażeń kończyn dolnych (średnia=18,82%). Najmniejsze uszczerbki na zdrowiu występowały w następstwie obrażeń twarzy (średnia=6,46%), śródrecza i palców (średnia=6,75%) oraz kończyn górnych (średnia=13,38%).

Tabela 48. Średnia wielkość uszczerbku na zdrowiu w opiniach biegłych KiZMS UMP w poszczególnych lokalizacjach w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Rok	Średni % uszczerbku									
	Głowa	Twarz	Klatka piersiowa	Brzuch	Kregosłup	Miednica	Kończyny górne	Śródrecze i palce	Kończyny dolne	Porażenie, niedowład n. obwodowych
2009	25,1	8,3	10,6	19,6	35	16,7	10,4	7,5	24,6	16
2010	21,7	9,2	18	19,2	11,3	15	16,9	4	19,5	23,3
2011	22,2	5,1	12,2	25	19	13,3	14,1	6,2	15	11,7
2012	23,6	4,1	9,4	15,5	9,8	7,5	20,2	7	23,6	11,5
2013	18,7	7,1	14	9,5	8,5	11,7	11,6	2,8	18,6	37,5
2014	21,2	6,1	10	22,5	13,9	Brak	14,4	12	20,4	20
2015	14,9	7,2	13,3	16,7	18,9	20,6	8,8	15	14,9	37,5
2016	21	3,1	15	23	12,6	15	9,1	3,5	15,6	8
2017	16,2	8,7	33	15	18,2	26,2	13,5	5	16,3	5
2018	25,5	5,5	8,3	4	7,8	5	22,4	10	22,3	Brak



Rycina 26. Średnia wielkość uszczerbku na zdrowiu w opiniach biegłych KiZMS UMP w poszczególnych lokalizacjach w kolejnych latach w okresie 2009-2018

Poddano analizie ustalane uszczerbki na zdrowiu na przestrzeni całego okresu oraz kolejnych lat objętych badaniem i uzyskano następujące wyniki. Dla większej przejrzystości, w tabeli nr 27 ograniczono wyniki do podania wartości procentowych do jednego miejsca po przecinku.

W następstwie obrażeń głowy średni orzekany uszczerbek w latach 2009-2018 wynosił 15-25%.

W następstwie obrażeń twarzy średni orzekany uszczerbek w latach 2009-2018 wynosił 5-10%. Wyjątkiem może być rok 2016 ze średnią 3,1%.

W następstwie obrażeń klatki piersiowej średni orzekany uszczerbek w latach 2009-2018 wynosił 10-20% . Wyjątkiem może być rok 2017 ze średnią 33%.

W następstwie obrażeń brzucha średni orzekany uszczerbek w latach 2009-2018 wynosił 10-20% . Wyjątkiem może być rok 2018 ze średnią 4%.

W następstwie uszkodzeń kręgosłupa średni orzekany uszczerbek w latach 2009-2018 wynosił 10-20% . Wyjątkiem może być rok 2009 ze średnią 35%.

W następstwie obrażeń miednicy średni orzekany uszczerbek był w bardzo szerokich granicach od 5 do ponad 25%. Nie wykazywał przy tym żadnego konkretnego trendu (rosnącego ani malejącego).

W następstwie obrażeń kończyn górnych średni orzekany uszczerbek wynosił w latach 2009-2018 około 10-20%.

W następstwie obrażeń śródrećza i palców średni orzekany uszczerbek wynosił w latach 2009-2018 około 5-10%. Wyjątkiem może być rok 2015 ze średnią 15%.

W następstwie obrażeń kończyn dolnych średni orzekany uszczerbek był w latach 2009-2018 na poziomie 11-25%.

Na skutek porażen i niedowładów nerwów obwodowych średni orzekany uszczerbek był w bardzo szerokich granicach od 5 do ponad 35%. Nie wykazywał przy tym żadnego konkretnego trendu (rosnącego ani malejącego).

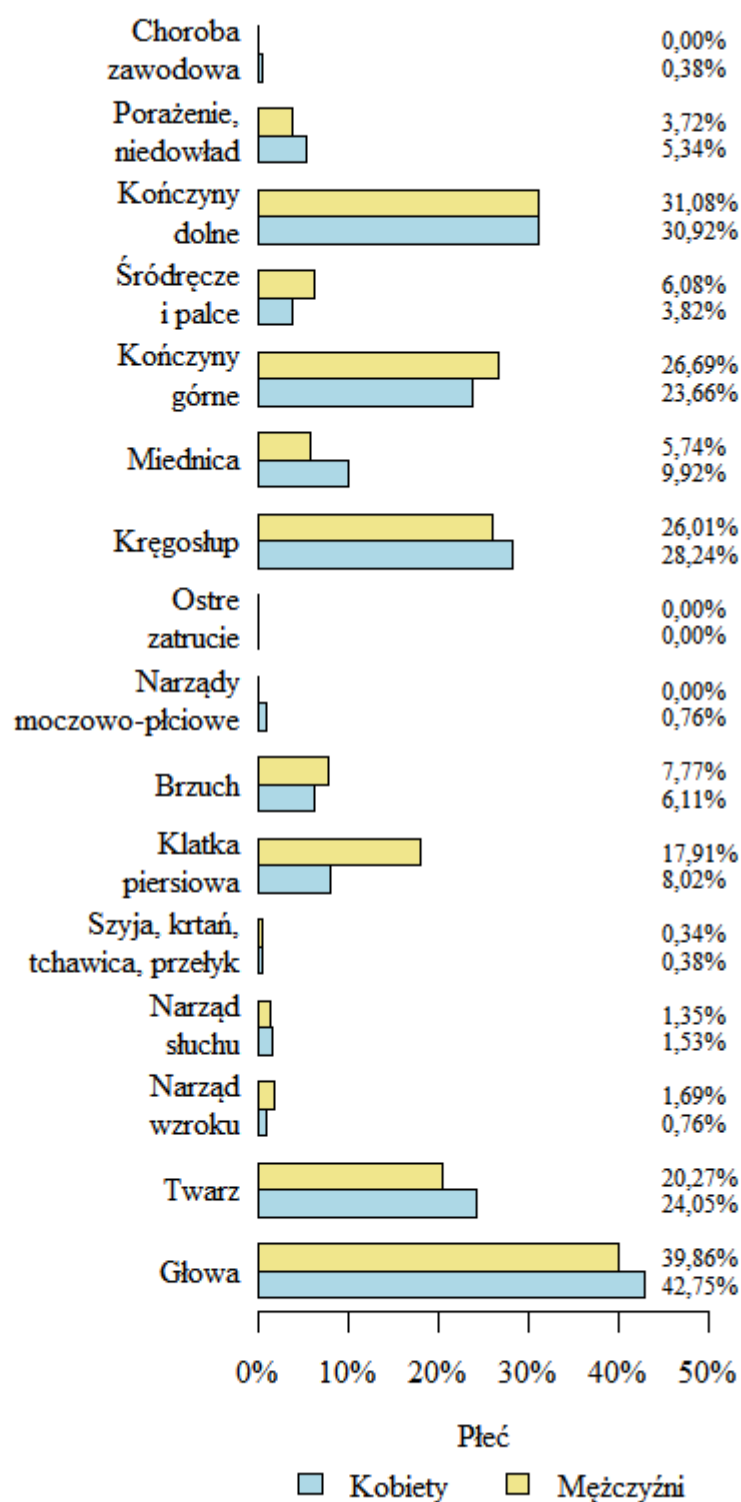
W kolejnych latach najwyższe stwierdzane uszczerbki dotyczyły: w roku 2009 kręgosłupa, w roku 2010 porażen i niedowładów nerwów obwodowych, w roku 2011 brzucha, w roku 2012 głowy oraz kończyn dolnych, w roku 2013 ponownie porażen i niedowładów nerwów obwodowych, w roku 2014 znów brzucha, w roku 2015 po raz kolejny porażen i niedowładów nerwów obwodowych, w roku 2016 ponownie brzucha, w roku 2017 klatki piersiowej, w roku 2018 głowy.

Zbadano opinie według lokalizacji uszczerbku na zdrowiu oraz płci badanych.

Tabela 49. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Lokalizacja	Płeć		p
	Kobiety (N=262)	Mężczyźni (N=296)	
Głowa	112 (42,75%)	118 (39,86%)	p=0,546
Twarz	63 (24,05%)	60 (20,27%)	p=0,331
Narząd wzroku	2 (0,76%)	5 (1,69%)	p=0,456
Narząd słuchu	4 (1,53%)	4 (1,35%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	1 (0,38%)	1 (0,34%)	p=1
Klatka piersiowa	21 (8,02%)	53 (17,91%)	p=0,001 *
Brzuch	16 (6,11%)	23 (7,77%)	p=0,547
Narządy moczowo-płciowe	2 (0,76%)	0 (0,00%)	p=0,22
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	74 (28,24%)	77 (26,01%)	p=0,62
Miednica	26 (9,92%)	17 (5,74%)	p=0,091
Kończyny górne	62 (23,66%)	79 (26,69%)	p=0,47
Śródrećze i palce	10 (3,82%)	18 (6,08%)	p=0,304
Kończyny dolne	81 (30,92%)	92 (31,08%)	p=1
Porażenie, niedowład n. obwodowych	14 (5,34%)	11 (3,72%)	p=0,47
Choroba zawodowa	1 (0,38%)	0 (0,00%)	p=0,47

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera; * zależność istotna statystycznie (p<0,05)



Rycina 27. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że obrażenia klatki piersiowej w analizowanym okresie czasu były częstsze u mężczyzn (stwierdzono w 53 przypadkach, co stanowiło ok 18%) niż u kobiet (stwierdzono w 21 przypadkach, co stanowiło 8%). Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Zbadano zależności dla kolejnych lat okresu objętego badaniem.

Tabela 50. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2009

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=26)	Mężczyźni (N=24)	
Głowa	16 (61,54%)	16 (66,67%)	p=0,934
Twarz	6 (23,08%)	4 (16,67%)	p=0,728
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Narząd słuchu	1 (3,85%)	0 (0,00%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	3 (11,54%)	6 (25,00%)	p=0,281
Brzuch	4 (15,38%)	4 (16,67%)	p=1
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	4 (15,38%)	3 (12,50%)	p=1
Miednica	2 (7,69%)	1 (4,17%)	p=1
Kończyny górne	5 (19,23%)	8 (33,33%)	p=0,416
Śródręcze i palce	1 (3,85%)	1 (4,17%)	p=1
Kończyny dolne	8 (30,77%)	11 (45,83%)	p=0,421
Porażenie, niedowład n. obwodowych	2 (7,69%)	3 (12,50%)	p=0,661
Choroba zawodowa	1 (3,85%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 51. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2010

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=27)	Mężczyźni (N=26)	
Głowa	16 (59,26%)	11 (42,31%)	p=0,337
Twarz	9 (33,33%)	6 (23,08%)	p=0,601
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Narząd słuchu	0 (0,00%)	1 (3,85%)	p=0,491
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	1 (3,70%)	4 (15,38%)	p=0,192
Brzuch	2 (7,41%)	4 (15,38%)	p=0,42
Narządy moczowo-płciowe	1 (3,70%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	8 (29,63%)	3 (11,54%)	p=0,199
Miednica	5 (18,52%)	1 (3,85%)	p=0,192
Kończyny górne	6 (22,22%)	2 (7,69%)	p=0,25
Śródręcze i palce	0 (0,00%)	1 (3,85%)	p=0,491
Kończyny dolne	7 (25,93%)	7 (26,92%)	p=1
Porażenie, niedowład n. obwodowych	3 (11,11%)	3 (11,54%)	p=1
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 52. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2011

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=36)	Mężczyźni (N=36)	
Głowa	22 (61,11%)	20 (55,56%)	p=0,811
Twarz	12 (33,33%)	7 (19,44%)	p=0,285
Narząd wzroku	0 (0,00%)	1 (2,78%)	p=1
Narząd słuchu	0 (0,00%)	1 (2,78%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	7 (19,44%)	6 (16,67%)	p=1
Brzuch	0 (0,00%)	1 (2,78%)	p=1
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	10 (27,78%)	10 (27,78%)	p=1
Miednica	7 (19,44%)	2 (5,56%)	p=0,151
Kończyny górne	13 (36,11%)	8 (22,22%)	p=0,3
Śródręcze i palce	5 (13,89%)	3 (8,33%)	p=0,71
Kończyny dolne	16 (44,44%)	13 (36,11%)	p=0,631
Porażenie, niedowład n. obwodowych	3 (8,33%)	0 (0,00%)	p=0,239
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 53. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2012

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=22)	Mężczyźni (N=30)	
Głowa	12 (54,55%)	17 (56,67%)	p=1
Twarz	7 (31,82%)	9 (30,00%)	p=1
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Narząd słuchu	0 (0,00%)	1 (3,33%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	1 (4,55%)	0 (0,00%)	p=0,423
Klatka piersiowa	2 (9,09%)	5 (16,67%)	p=0,685
Brzuch	1 (4,55%)	1 (3,33%)	p=1
Narządy moczowo-płciowe	1 (4,55%)	0 (0,00%)	p=0,423
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	7 (31,82%)	6 (20,00%)	p=0,517
Miednica	2 (9,09%)	2 (6,67%)	p=1
Kończyny górne	8 (36,36%)	10 (33,33%)	p=1
Śródręcze i palce	0 (0,00%)	4 (13,33%)	p=0,128
Kończyny dolne	9 (40,91%)	12 (40,00%)	p=1
Porażenie, niedowład n. obwodowych	1 (4,55%)	1 (3,33%)	p=1
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 54. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2013

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=32)	Mężczyźni (N=35)	
Głowa	10 (31,25%)	12 (34,29%)	p=0,997
Twarz	4 (12,50%)	5 (14,29%)	p=1
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Narząd słuchu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	2 (6,25%)	7 (20,00%)	p=0,153
Brzuch	2 (6,25%)	0 (0,00%)	p=0,224
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	12 (37,50%)	9 (25,71%)	p=0,438
Miednica	3 (9,38%)	0 (0,00%)	p=0,104
Kończyny górne	6 (18,75%)	8 (22,86%)	p=0,911
Śródręcze i palce	1 (3,12%)	3 (8,57%)	p=0,615
Kończyny dolne	10 (31,25%)	9 (25,71%)	p=0,817
Porażenie, niedowład n. obwodowych	2 (6,25%)	0 (0,00%)	p=0,224
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 55. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2014

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=23)	Mężczyźni (N=35)	
Głowa	11 (47,83%)	13 (37,14%)	p=0,592
Twarz	7 (30,43%)	7 (20,00%)	p=0,552
Narząd wzroku	0 (0,00%)	2 (5,71%)	p=0,513
Narząd słuchu	0 (0,00%)	1 (2,86%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	2 (8,70%)	7 (20,00%)	p=0,295
Brzuch	2 (8,70%)	2 (5,71%)	p=1
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	3 (13,04%)	13 (37,14%)	p=0,088
Miednica	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kończyny górne	6 (26,09%)	9 (25,71%)	p=1
Śródręcze i palce	1 (4,35%)	1 (2,86%)	p=1
Kończyny dolne	4 (17,39%)	10 (28,57%)	p=0,509
Porażenie, niedowład n. obwodowych	1 (4,35%)	1 (2,86%)	p=1
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 56. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2015

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=45)	Mężczyźni (N=39)	
Głowa	13 (28,89%)	16 (41,03%)	p=0,349
Twarz	7 (15,56%)	6 (15,38%)	p=1
Narząd wzroku	1 (2,22%)	2 (5,13%)	p=0,595
Narząd słuchu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	4 (8,89%)	8 (20,51%)	p=0,228
Brzuch	3 (6,67%)	6 (15,38%)	p=0,292
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	11 (24,44%)	13 (33,33%)	p=0,511
Miednica	2 (4,44%)	7 (17,95%)	p=0,075
Kończyny górne	10 (22,22%)	16 (41,03%)	p=0,105
Śródręcze i palce	1 (2,22%)	1 (2,56%)	p=1
Kończyny dolne	13 (28,89%)	14 (35,90%)	p=0,651
Porażenie, niedowład n. obwodowych	1 (2,22%)	1 (2,56%)	p=1
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 57. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2016

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=22)	Mężczyźni (N=28)	
Głowa	2 (9,09%)	3 (10,71%)	p=1
Twarz	5 (22,73%)	3 (10,71%)	p=0,277
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Narząd słuchu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	0 (0,00%)	2 (7,14%)	p=0,497
Brzuch	1 (4,55%)	1 (3,57%)	p=1
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	7 (31,82%)	6 (21,43%)	p=0,612
Miednica	0 (0,00%)	2 (7,14%)	p=0,497
Kończyny górne	2 (9,09%)	9 (32,14%)	p=0,085
Śródręcze i palce	0 (0,00%)	2 (7,14%)	p=0,497
Kończyny dolne	6 (27,27%)	6 (21,43%)	p=0,883
Porażenie, niedowład n. obwodowych	0 (0,00%)	2 (7,14%)	p=0,497
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 58. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2017

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=15)	Mężczyźni (N=23)	
Głowa	7 (46,67%)	7 (30,43%)	p=0,503
Twarz	4 (26,67%)	9 (39,13%)	p=0,659
Narząd wzroku	1 (6,67%)	0 (0,00%)	p=0,395
Narząd słuchu	1 (6,67%)	0 (0,00%)	p=0,395
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	1 (4,35%)	p=1
Klatka piersiowa	0 (0,00%)	5 (21,74%)	p=0,136
Brzuch	0 (0,00%)	3 (13,04%)	p=0,264
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	7 (46,67%)	8 (34,78%)	p=0,694
Miednica	3 (20,00%)	1 (4,35%)	p=0,28
Kończyny górne	4 (26,67%)	6 (26,09%)	p=1
Śródręcze i palce	0 (0,00%)	2 (8,70%)	p=0,509
Kończyny dolne	4 (26,67%)	3 (13,04%)	p=0,401
Porażenie, niedowład n. obwodowych	1 (6,67%)	0 (0,00%)	p=0,395
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Tabela 59. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2018

Rodzaj urazu	Płeć		p
	Kobiety (N=14)	Mężczyźni (N=20)	
Głowa	3 (21,43%)	3 (15,00%)	p=0,672
Twarz	2 (14,29%)	4 (20,00%)	p=1
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Narząd słuchu	2 (14,29%)	0 (0,00%)	p=0,162
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Klatka piersiowa	0 (0,00%)	3 (15,00%)	p=0,251
Brzuch	1 (7,14%)	1 (5,00%)	p=1
Narządy moczowo-płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	5 (35,71%)	6 (30,00%)	p=1
Miednica	2 (14,29%)	1 (5,00%)	p=0,555
Kończyny górne	2 (14,29%)	3 (15,00%)	p=1
Śródręcze i palce	1 (7,14%)	0 (0,00%)	p=0,412
Kończyny dolne	4 (28,57%)	7 (35,00%)	p=1
Porażenie, niedowład n. obwodowych	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Przeprowadzone badanie dla poszczególnych lat nie wykazało istotnych różnic uszczerbków danych lokalizacji zależnych od płci (wszystkie $p > 0,05$).

Zbadano wielkość procentowego uszczerbku na zdrowiu dla każdej płci osobno.

Tabela 60. Wielkość uszczerbku na zdrowiu u kobiet w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018

Lokalizacja	Rok										P
	2009 (N=26)	2010 (N=27)	2011 (N=36)	2012 (N=22)	2013 (N=32)	2014 (N=23)	2015 (N=45)	2016 (N=22)	2017 (N=15)	2018 (N=14)	
Głowa	16 (61,54%)	16 (59,26%)	22 (61,11%)	12 (54,55%)	10 (31,25%)	11 (47,83%)	13 (28,89%)	2 (9,09%)	7 (46,67%)	3 (21,43%)	$p < 0,001$ *
Twarz	6 (23,08%)	9 (33,33%)	12 (33,33%)	7 (31,82%)	4 (12,50%)	7 (30,43%)	7 (15,56%)	5 (22,73%)	4 (26,67%)	2 (14,29%)	$p = 0,424$
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,22%)	0 (0,00%)	1 (6,67%)	0 (0,00%)	$p = 0,431$
Narząd słuchu	1 (3,85%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (6,67%)	2 (14,29%)	$p = 0,005$ *
Szyja, krtani, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p = 0,279$
Klatka piersiowa	3 (11,54%)	1 (3,70%)	7 (19,44%)	2 (9,09%)	2 (6,25%)	2 (8,70%)	4 (8,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p = 0,204$
Brzuch	4 (15,38%)	2 (7,41%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	2 (6,25%)	2 (8,70%)	3 (6,67%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	$p = 0,518$
Narządy moczowo- płciowe	0 (0,00%)	1 (3,70%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p = 0,338$
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p = 1$
Kręgosłup	4 (15,38%)	8 (29,63%)	10 (27,78%)	7 (31,82%)	12 (37,50%)	3 (13,04%)	11 (24,44%)	7 (31,82%)	7 (46,67%)	5 (35,71%)	$p = 0,382$
Miednica	2 (7,69%)	5 (18,52%)	7 (19,44%)	2 (9,09%)	3 (9,38%)	0 (0,00%)	2 (4,44%)	0 (0,00%)	3 (20,00%)	2 (14,29%)	$p = 0,105$
Kończyny górne	5 (19,23%)	6 (22,22%)	13 (36,11%)	8 (36,36%)	6 (18,75%)	6 (26,09%)	10 (22,22%)	2 (9,09%)	4 (26,67%)	2 (14,29%)	$p = 0,413$
Śródreżce i palce	1 (3,85%)	0 (0,00%)	5 (13,89%)	0 (0,00%)	1 (3,12%)	1 (4,35%)	1 (2,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	$p = 0,203$
Kończyny dolne	8 (30,77%)	7 (25,93%)	16 (44,44%)	9 (40,91%)	10 (31,25%)	4 (17,39%)	13 (28,89%)	6 (27,27%)	4 (26,67%)	4 (28,57%)	$p = 0,659$
Porażenie, niedowład n. obwodowych	2 (7,69%)	3 (11,11%)	3 (8,33%)	1 (4,55%)	2 (6,25%)	1 (4,35%)	1 (2,22%)	0 (0,00%)	1 (6,67%)	0 (0,00%)	$p = 0,785$
Choroba zawodowa	1 (3,85%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p = 0,466$

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera; * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Analiza wykazała, że u kobiet w analizowanym okresie 10-ciu lat spadał procent orzeczeń dotyczący uszczerbków na zdrowiu związanych z głową, poza dwoma zwyżkami („pikami”) w latach 2014 i 2017. Uszczerbki na zdrowiu dotyczące narządu słuchu

stwierdzano jedynie w latach 2009, 2017 i 2018, gdzie w ostatnim roku stanowiło one niemal 15% wszystkich stwierdzanych uszczerbków na zdrowiu.

Tabela 61. Wielkość uszczerbku na zdrowiu u mężczyzn w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018

Lokalizacja	Rok										P
	2009 (N=24)	2010 (N=26)	2011 (N=36)	2012 (N=30)	2013 (N=35)	2014 (N=35)	2015 (N=39)	2016 (N=28)	2017 (N=23)	2018 (N=20)	
Głowa	16 (66,67%)	11 (42,31%)	20 (55,56%)	17 (56,67%)	12 (34,29%)	13 (37,14%)	16 (41,03%)	3 (10,71%)	7 (30,43%)	3 (15,00%)	p<0,001 *
Twarz	4 (16,67%)	6 (23,08%)	7 (19,44%)	9 (30,00%)	5 (14,29%)	7 (20,00%)	6 (15,38%)	3 (10,71%)	9 (39,13%)	4 (20,00%)	p=0,343
Narząd wzroku	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)	2 (5,13%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,588
Narząd słuchu	0 (0,00%)	1 (3,85%)	1 (2,78%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,871
Szyja, krtani, tchawica, przełyk	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)	0 (0,00%)	p=0,145
Klatka piersiowa	6 (25,00%)	4 (15,38%)	6 (16,67%)	5 (16,67%)	7 (20,00%)	7 (20,00%)	8 (20,51%)	2 (7,14%) (21,74%)	5 (21,74%)	3 (15,00%)	p=0,915
Brzuch	4 (16,67%)	4 (15,38%)	1 (2,78%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)	6 (15,38%)	1 (3,57%) (13,04%)	3 (13,04%)	1 (5,00%)	p=0,093
Narządy moczowo- płciowe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Ostre zatrucie	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1
Kręgosłup	3 (12,50%)	3 (11,54%)	10 (27,78%)	6 (20,00%)	9 (25,71%)	13 (37,14%)	13 (33,33%)	6 (21,43%)	8 (34,78%)	6 (30,00%)	p=0,315
Miednica	1 (4,17%)	1 (3,85%)	2 (5,56%)	2 (6,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (17,95%)	2 (7,14%)	1 (4,35%)	1 (5,00%)	p=0,077
Kończyny górne	8 (33,33%)	2 (7,69%) (22,22%)	8 (22,22%)	10 (33,33%)	8 (22,86%)	9 (25,71%)	16 (41,03%)	9 (32,14%)	6 (26,09%)	3 (15,00%)	p=0,182
Śródreżce i palce	1 (4,17%)	1 (3,85%)	3 (8,33%)	4 (13,33%)	3 (8,57%)	1 (2,86%)	1 (2,56%)	2 (7,14%)	2 (8,70%)	0 (0,00%)	p=0,701
Kończyny dolne	11 (45,83%)	7 (26,92%)	13 (36,11%)	12 (40,00%)	9 (25,71%)	10 (28,57%)	14 (35,90%)	6 (21,43%)	3 (13,04%)	7 (35,00%)	p=0,347
Porażenie, niedowład n. obwodowych	3 (12,50%)	3 (11,54%)	0 (0,00%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)	1 (2,56%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,071
Choroba zawodowa	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=1

p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera; * zależność istotna statystycznie (p<0,05)

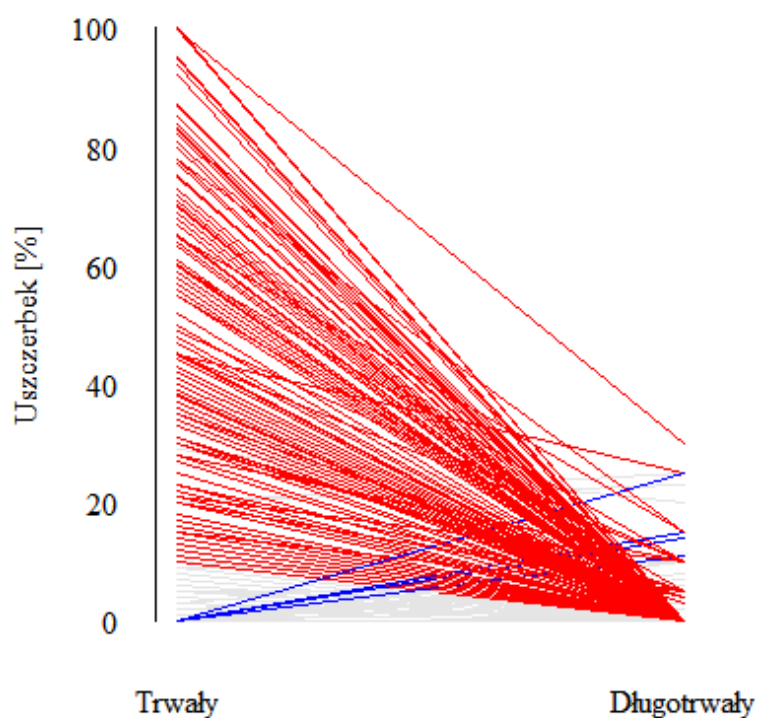
Analiza wykazała malejący procent uszczerbku na zdrowiu w następstwie obrażeń głowy, który w analizowanym okresie spadał, poza wzrostem w roku 2017. Ponadto nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w czasie.

Zbadano wielkość stałego i długotrwałego procentowego uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 62. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018

Uszczerbek [%]	Stąły	Długotrwały	p
śr±SD	26,18±28,96	1,24±3,73	p<0,001
mediana	15	0	
kwartyle	5 - 36,75	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par wiązanych



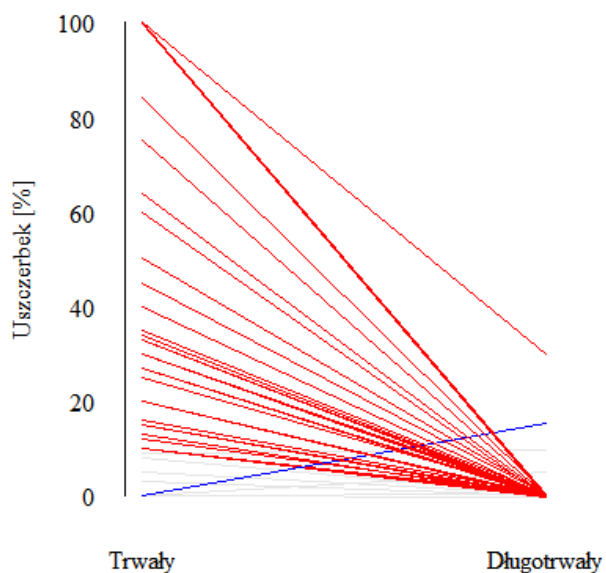
Rycina 28. Wielkość uszczerbku trwałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018 (wykres parallel coordinates plot)

Analiza wykazała, że w ustaleniach następstw zdrowotnych procent uszczerbku stałego (stosowano równolegle określenie trwały) był statystycznie istotnie większy ($p<0,05$) od uszczerbku długotrwałego na przestrzeni analizowanego 10-lecia.

Tabela 63. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2009

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	36,76±33,21	1,2±4,9	p<0,001
mediana	25	0	
kwartyle	12,25 - 48,75	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par wiązanych

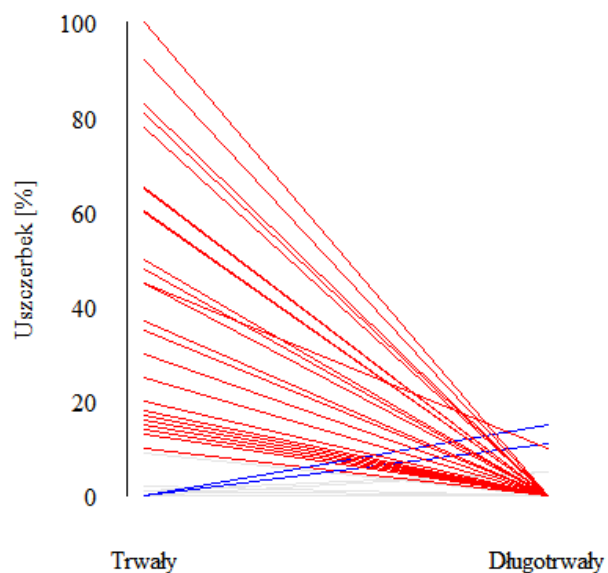


Rycina 29. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2009

Tabela 64. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2010

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	30,02±28,36	0,96±3,01	p<0,001
mediana	20	0	
kwartyle	10 - 45	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par wiązanych

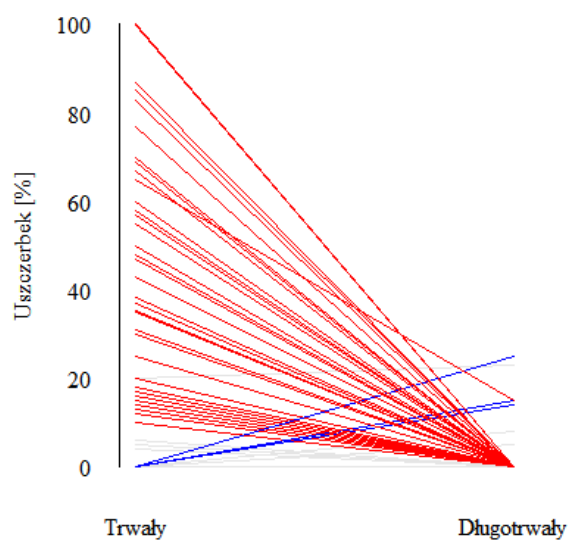


Rycina 30. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2010

Tabela 65. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2011

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	32,6±31,35	1,81±5,21	p<0,001
mediana	22,5	0	
kwartyle	5 - 51,25	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

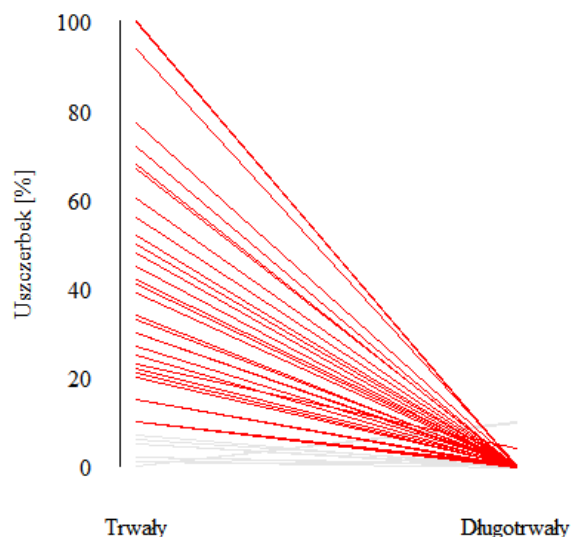


Rycina 31. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2011

Tabela 66. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2012

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	34,71±31,17	0,46±2	p<0,001
mediana	24	0	
kwartyle	10 - 50,5	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

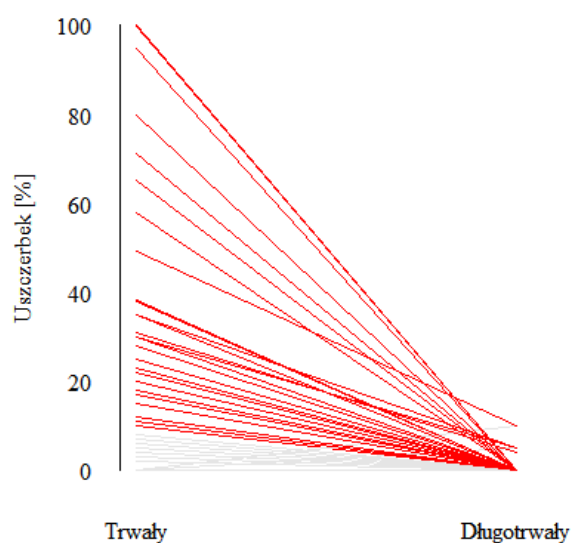


Rycina 32. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2012

Tabela 67. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2013

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	20,27±24,61	1,03±2,67	p<0,001
mediana	12	0	
kwartyle	4,5 - 28	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

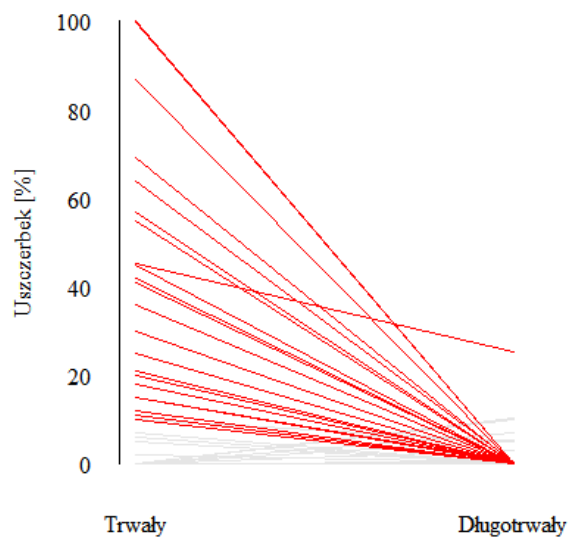


Rycina 33. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2013

Tabela 68. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2014

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	24,79±28,55	1,12±3,88	p<0,001
mediana	15	0	
kwartyle	5 - 34,5	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

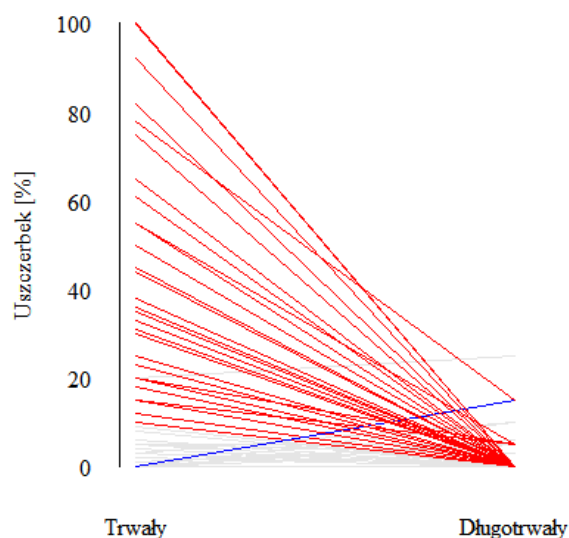


Rycina 34. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2014

Tabela 69. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2015

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	23,39±27,25	1,7±4,14	p<0,001
mediana	15	0	
kwartyle	3,75 - 33,5	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

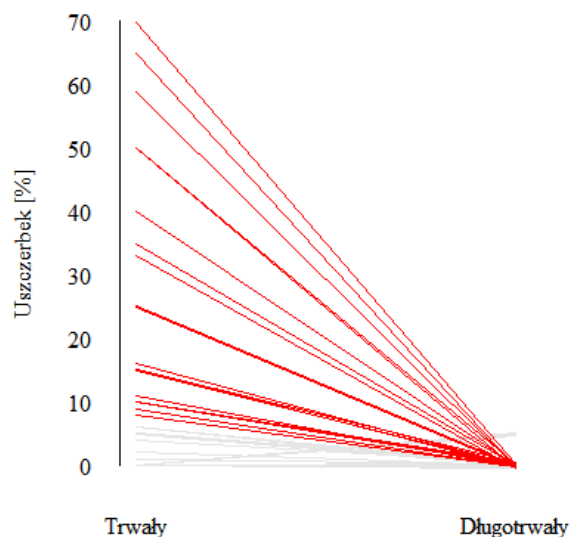


Rycina 35. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2015

Tabela 70. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2016

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	13,5±18,25	0,5±1,52	p<0,001
mediana	6	0	
kwartyle	0 - 15	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

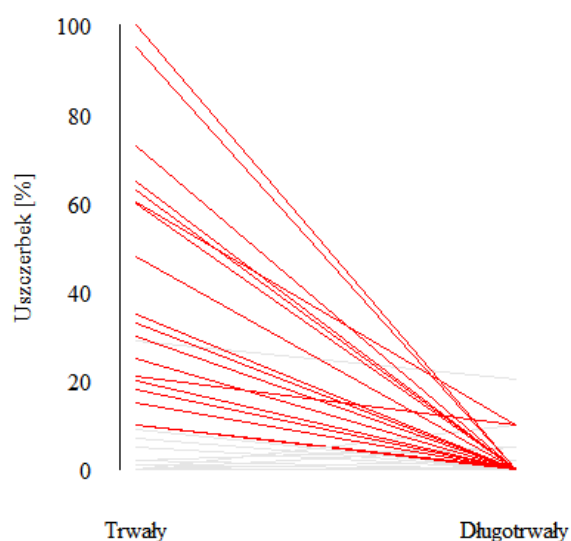


Rycina 36. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2016

Tabela 71. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2017

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	25,08±30,63	1,89±4,25	p<0,001
mediana	10	0	
kwartyle	1,25 - 34,5	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych

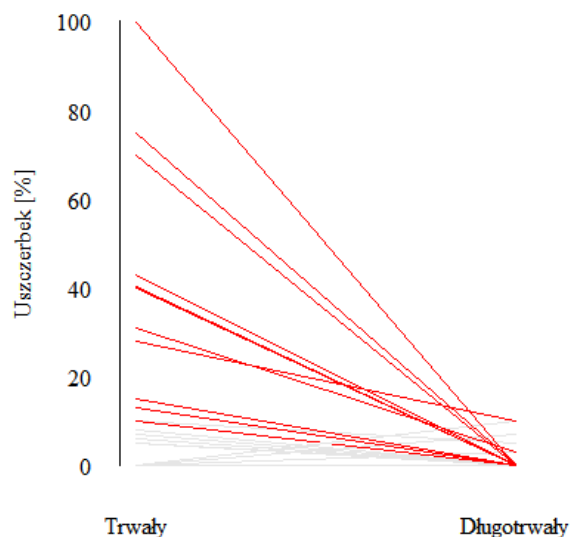


Rycina 37. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2017

Tabela 72. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2018

Uszczerbek [%]	Trwały	Długotrwały	p
śr±SD	18,71±28,37	1,5±3,14	p<0,001
mediana	6,5	0	
kwartyle	0 - 24,75	0 - 0	

p – test Wilcoxona dla par związanych



Rycina 38. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2018

Przebadano powyższą zależność dla każdego roku i każdorazowo uzyskano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$), tj. że procent uszczerbku stałego był istotnie większy niż długotrwałego.

Przeanalizowano średni wiek badanych z podziałem na płeć i lokalizację uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 73. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i lokalizację uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Lokalizacja uszczerbku	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	Łącznie
Głowa	38,5	38,2	38,4
Twarz	34,2	35,9	35
Narząd wzroku	62	43,4	48,7
Narząd słuchu	33	52,5	42,8
Szyja, krtań, tchawica, przełyk	13	20	16,5
Klatka piersiowa	48,8	45,5	46,4
Brzuch	29,7	37,4	34,2
Narządy moczowo-płciowe	49,5	Brak	49,5
Ostre zatrucie	Brak	Brak	Brak
Kręgosłup	39,9	43,1	41,5
Miednica	41,3	42,3	41,7
Kończyny górne	46,9	43,7	45,1
Śródręcze i palce	39,3	34,6	36,1
Kończyny dolne	45,6	41,2	43,3
Porażenie, niedowład n. obwodowych	31,4	38,4	34,4
Choroba zawodowa	54	Brak	54

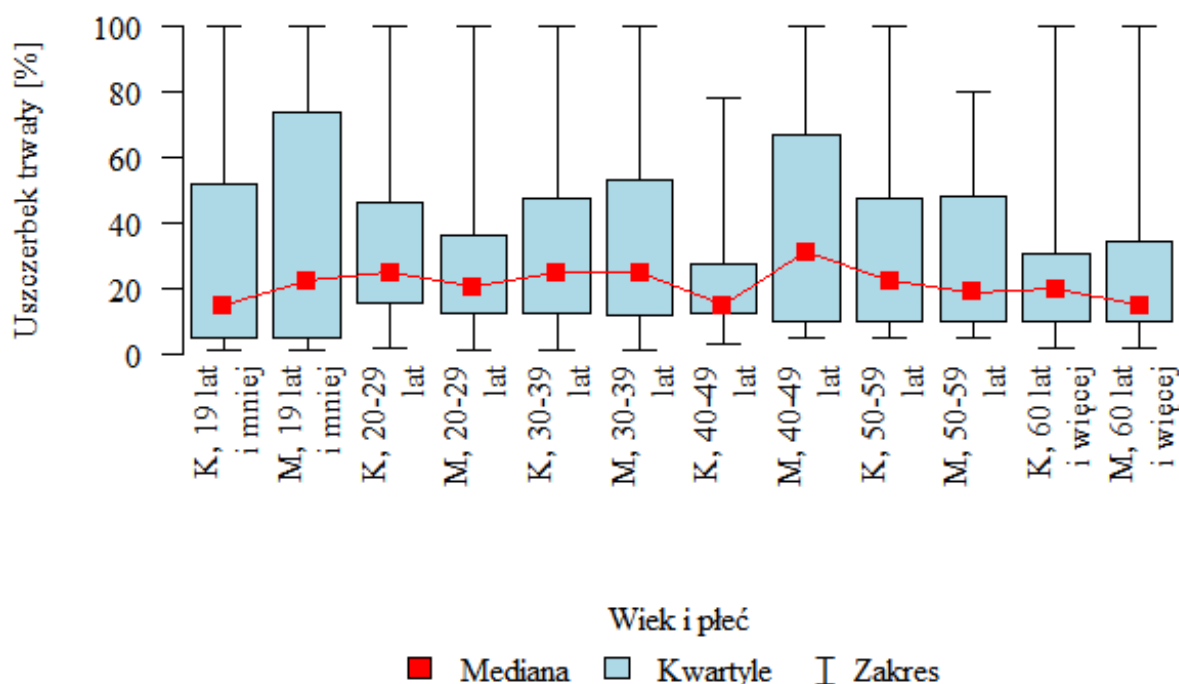
W analizowanym 10-leciu średnia wieku badanych, zarówno kobiet jak i mężczyzn wynosi około 40 lat niezależnie od okolicy ciała, narządu w których stwierdzano uszczerbek na zdrowiu. Przeprowadzone analizy dla poszczególnych lat nie wykazały szczególnych zmian w tym zakresie ani szczególnych trendów.

W kolejnym etapie dokonano analizy czy dana grupa wiekowa, z uwzględnieniem płci miała ustalane większe uszczerbki na zdrowiu, niż pozostałe.

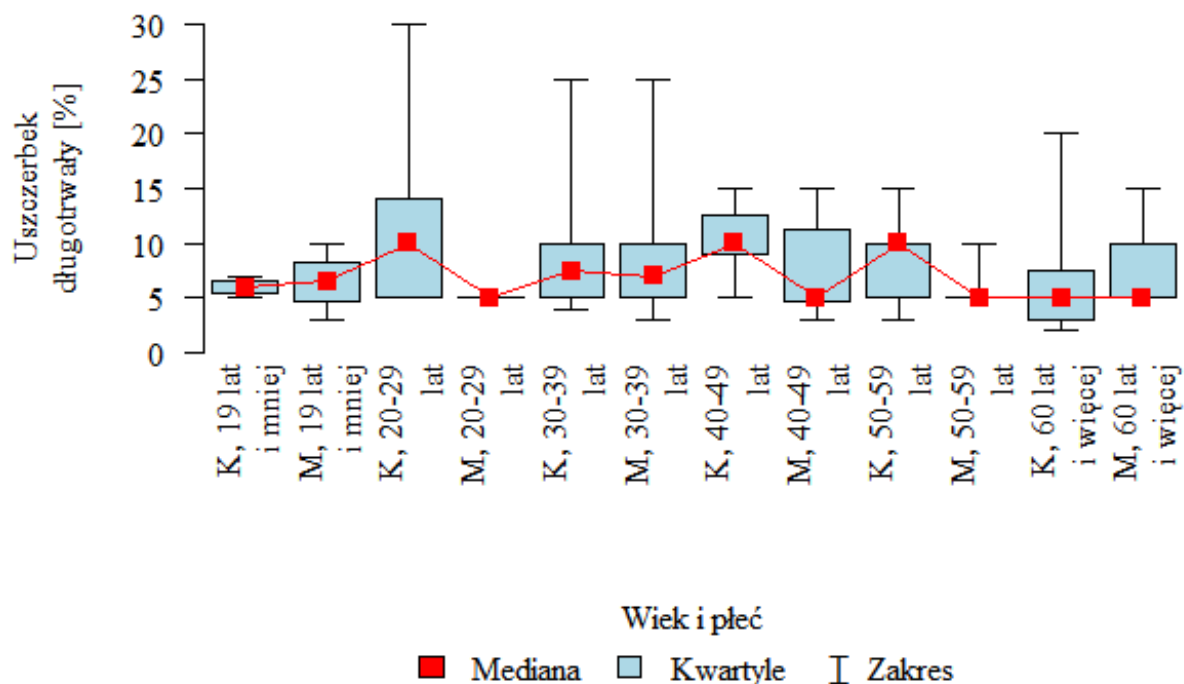
Tabela 74. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018

Parametr	Wiek i płeć												p
	K, 19 lat i mniej	M, 19 lat i mniej	K, 20-29 lat	M, 20-29 lat	K, 30-39 lat	M, 30-39 lat	K, 40-49 lat	M, 40-49 lat	K, 50-59 lat	M, 50-59 lat	K, 60 lat i więcej	M, 60 lat i więcej	
Uszczerbek stały [%]													p=0,541
śr±SD	34,5±36,5	38,8±40,5	38±31,1	31,1±26,6	33,4±28,7	35,5±30,8	24,6±21,1	43,5±35,5	32,6±30,2	29,3±22,2	24,8±20,0	27,2±28,5	
mediana	15	22,5	25	20,5	25	25	15	31	22,5	19	20	15	
kwartyle	5 - 51,8	5 - 73,8	15,5 - 46,5	12,8 - 36,2	12,5 - 47,5	12 - 53,2	12,5 - 27,5	10 - 66,8	10 - 47,8	10 - 48,2	10 - 30,8	10 - 34,5	
Uszczerbek długi-trwały [%]													p=0,424
śr±SD	6±1,4	6,5±4,9	11,1±7,8	5±0	9±6,3	10,6±8,5	10,4±3,6	7,8±4,9	8,6±4,7	6,1±2,2	6,9±6,4	8±4,5	
mediana	6	6,5	10	5	7,5	7	10	5	10	5	5	5	
kwartyle	5,5 - 6,5	4,8 - 8,2	5 - 14	5 - 5	5 - 10	5 - 10	9 - 12,5	4,8 - 11,2	5 - 10	5 - 5	3 - 7,5	5 - 10	

p – test Kruskala-Wallisa; K- kobiety, M- mężczyźni



Rycina 39. Wysokość ustalonego stałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018

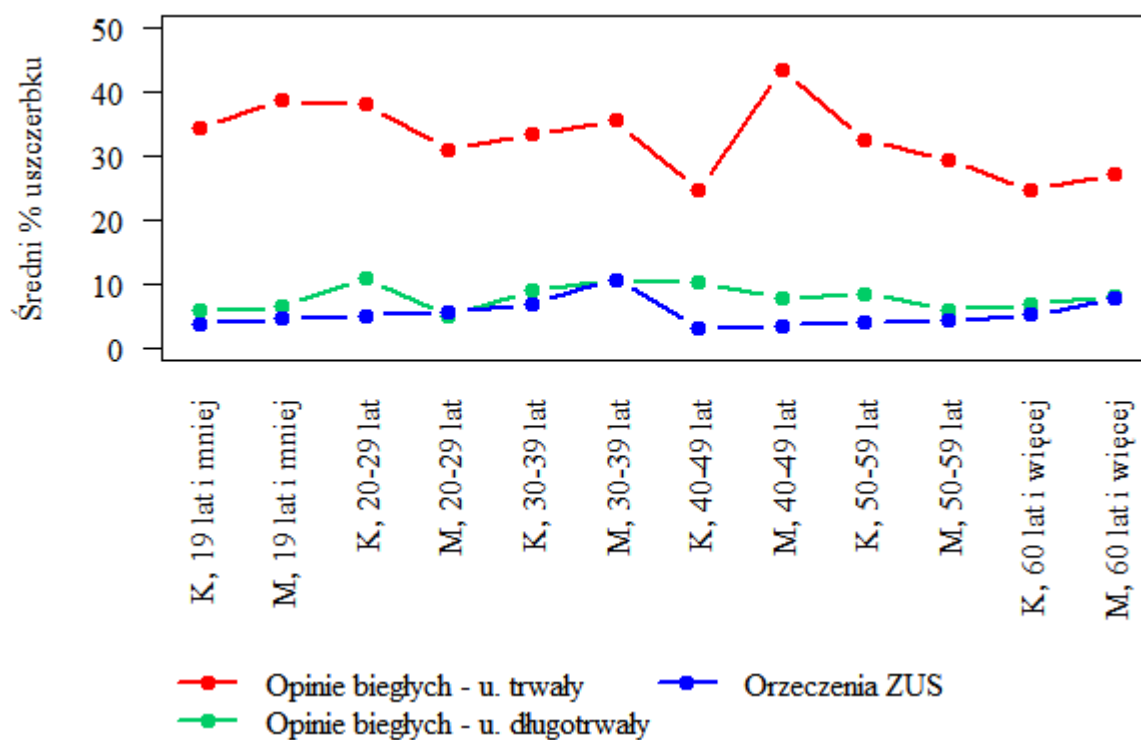


Rycina 40. Wysokość ustalonego długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że w przypadku ustalenia uszczerbku na zdrowiu żadna z grup nie wyróżniała się wielkością uszczerbku na zdrowiu. Zależności były nieistotne (wszystkie $p > 0,05$). Przy podziale na wiek i płeć ZUS udostępnia dane średniego uszczerbku, nie podaje go w rozbiciu na 10-procentowe podziały, co wyklucza możliwość wykonania formalnego testu statystycznego. Można jednak zobrazować te średnie w porównaniu do średnich z bazy opinii sądowo-lekarskich.

Tabela 75. Średni procent uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP oraz ZUS w latach 2009-2018

Grupa	Średni % uszczerbku		
	Opinie biegłych - u. stały	Opinie biegłych - u. długotrwały	Orzeczenia ZUS
K, 19 lat i mniej	34,5	6,0	3,8
M, 19 lat i mniej	38,8	6,5	4,6
K, 20-29 lat	38,0	11,1	5,1
M, 20-29 lat	31,1	5,0	5,8
K, 30-39 lat	33,4	9,0	6,9
M, 30-39 lat	35,5	10,6	10,8
K, 40-49 lat	24,6	10,4	3,1
M, 40-49 lat	43,5	7,8	3,6
K, 50-59 lat	32,6	8,6	4,0
M, 50-59 lat	29,3	6,1	4,3
K, 60 lat i więcej	24,8	6,9	5,2
M, 60 lat i więcej	27,2	8,0	7,9



Rycina 41. Średni procent uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP oraz ZUS w latach 2009-2018

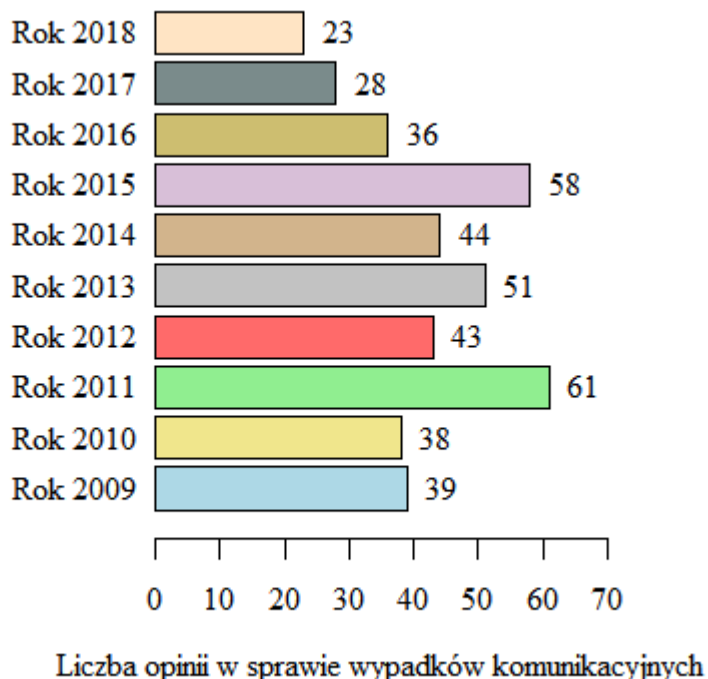
Analiza porównawcza wykazała, że uszczerbki ustalane w toku opiniowania sądowo-lekarskiego przez biegłych są na poziomie wielokrotnie wyższym niż uszczerbki orzekane w ZUS.

4.9. Uszczerbek na zdrowiu w sprawie cywilnej, będący następstwem wypadku komunikacyjnego

Konsekwencje zdrowotne wypadków komunikacyjnych stanowiły podstawę 421 sporów sądowych, w których biegli mieli za zadanie wydać opinię sądowo-lekarską z ustaleniem stopnia uszczerbku na zdrowiu. Wypadek komunikacyjny był w analizowanym 10-leciu w 75 % powodem przeprowadzenia badania sądowo-lekarskiego.

Tabela 76. Liczba opinii ustalających procentowy uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku wypadków komunikacyjnych w latach 2009-2018

Rok	Liczba opinii w sprawie wypadków komunikacyjnych	Liczba opinii z oceną uszczerbku
Rok 2009	39	50
Rok 2010	38	53
Rok 2011	61	72
Rok 2012	43	52
Rok 2013	51	67
Rok 2014	44	58
Rok 2015	58	84
Rok 2016	36	50
Rok 2017	28	38
Rok 2018	23	34
Łącznie	421	558



Rycina 42. Liczba opinii ustalających procentowy uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku wypadków komunikacyjnych w latach 2009-2018

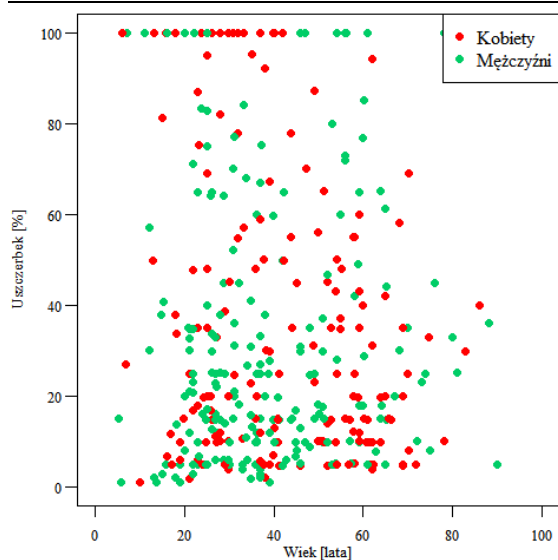
Określono średni wiek badanych z podziałem na płeć i stwierdzonym procentem uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 77. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	39,9	43,1	41,6
11-20 %	38	42,4	40,5
21-30 %	42,1	37,8	40,2
31-40 %	42,4	41,7	42
41-50 %	41	45,9	43,9
51-60 %	41,4	44,6	43,5
61-70 %	49,6	35,7	41,8
71-80 %	36,2	42	39,9
81-90 %	21,8	42,5	32,1
91-100 %	33,9	32,7	33,2

Tabela 78. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	0,001	p=0,985
Mężczyźni	-0,079	p=0,262
łącznie	-0,039	p=0,453



Rycina 43. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Analiza wykazała, że stwierdzone korelacje pomiędzy wiekiem, a wielkością doznanego uszczerbku na zdrowiu były nieistotne statycznie (wszystkie $p > 0,05$; nieuporządkowany układ na rycinie) w całym okresie objętym badaniem.

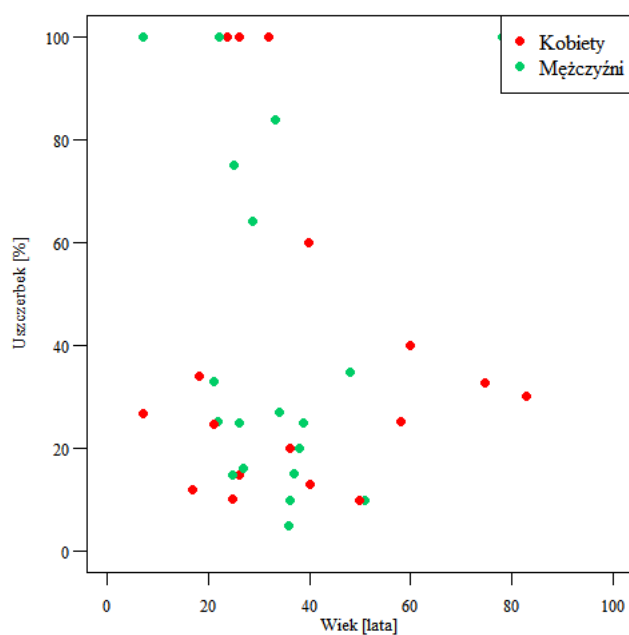
Powyższe analizy przeprowadzono dla każdego roku.

Tabela 79. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2009

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	37,5	41	39,6
11-20 %	29,8	31,8	30,8
21-30 %	42,2	30,2	36,2
31-40 %	51	34,5	44,4
41-50 %	Brak	Brak	Brak
51-60 %	Brak	40	40
61-70 %	Brak	29	29
71-80 %	Brak	25	25
81-90 %	Brak	33	33
91-100 %	36,4	14,5	30,1

Tabela 80. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2009

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	0,09	p=0,723
Mężczyźni	-0,416	p=0,076
łącznie	-0,166	p=0,325



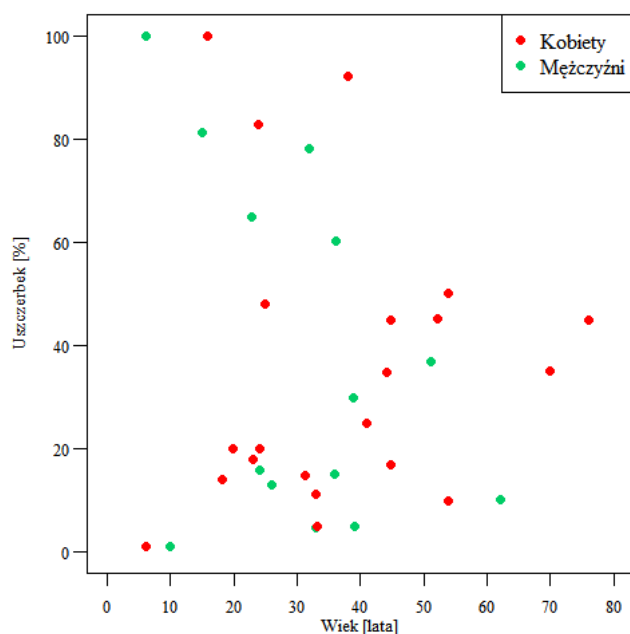
Rycina 44. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2009

Tabela 81. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2010

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	36	33	33,9
11-20 %	28,1	27,5	28
21-30 %	41	39	40
31-40 %	57	51	55
41-50 %	60,7	35	50,4
51-60 %	36	Brak	36
61-70 %	Brak	23	23
71-80 %	Brak	32	32
81-90 %	19,5	Brak	19,5
91-100 %	11	38	20

Tabela 82. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2010

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	-0,119	p=0,606
Mężczyźni	0,143	p=0,625
łącznie	-0,024	p=0,891



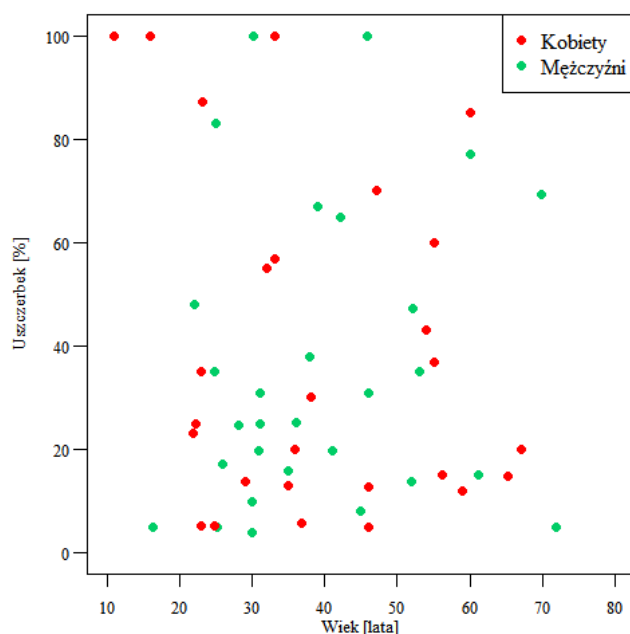
Rycina 45. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2010

Tabela 83. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2011

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	40,8	29	34,9
11-20 %	39	52,3	45,6
21-30 %	29,5	Brak	29,5
31-40 %	40	38,2	38,7
41-50 %	37	54	42,7
51-60 %	32	44	40
61-70 %	49,5	Brak	49,5
71-80 %	Brak	60	60
81-90 %	24	60	36
91-100 %	Brak	27,2	27,2

Tabela 84. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2011

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	-0,038	p=0,843
Mężczyźni	-0,016	p=0,936
łącznie	-0,008	p=0,955



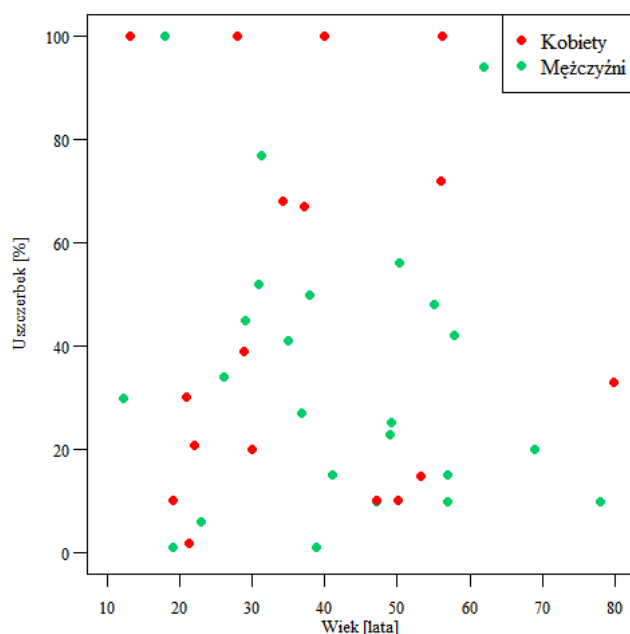
Rycina 46. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2011

Tabela 85. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2012

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	39	41,5	40
11-20 %	55	46,7	50
21-30 %	Brak	31,7	31,7
31-40 %	29	53	45
41-50 %	33,5	49,3	43
51-60 %	Brak	40,5	40,5
61-70 %	34	37	35,5
71-80 %	56	31	43,5
81-90 %	Brak	Brak	Brak
91-100 %	32,3	40	36,2

Tabela 86. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2012

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	0,053	p=0,846
Mężczyźni	-0,027	p=0,897
łącznie	-0,032	p=0,841



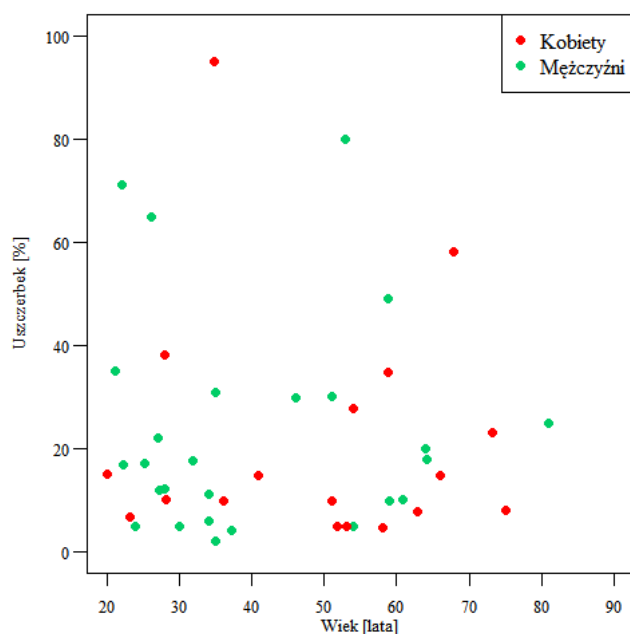
Rycina 47. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2012

Tabela 87. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2013

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	44	46,5	45,5
11-20 %	49,2	32,3	38,5
21-30 %	62	52	55,3
31-40 %	31,5	40	35,8
41-50 %	Brak	59	59
51-60 %	68	Brak	68
61-70 %	Brak	26	26
71-80 %	22	53	37,5
81-90 %	Brak	Brak	Brak
91-100 %	35	Brak	35

Tabela 88. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2013

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	0,071	p=0,781
Mężczyźni	-0,042	p=0,838
łącznie	-0,008	p=0,958



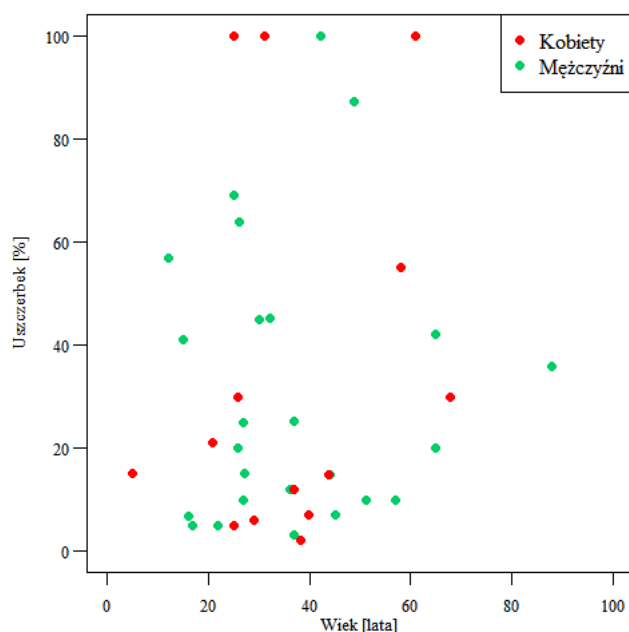
Rycina 48. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2013

Tabela 89. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2014

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	27,5	39,8	33,7
11-20 %	24,5	39,2	35,5
21-30 %	42	26,5	35,8
31-40 %	88	Brak	88
41-50 %	32	36,7	35,5
51-60 %	12	58	35
61-70 %	Brak	25,5	25,5
71-80 %	Brak	Brak	Brak
81-90 %	Brak	49	49
91-100 %	Brak	39,8	39,8

Tabela 90. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2014

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	0,11	p=0,707
Mężczyźni	-0,02	p=0,923
łącznie	0,099	p=0,551



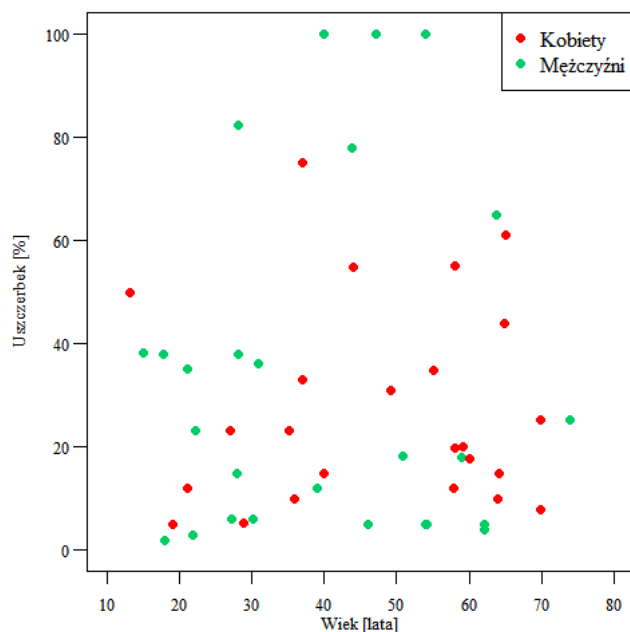
Rycina 49. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2014

Tabela 91. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2015

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	42,6	42	42,4
11-20 %	51,7	47,8	48,8
21-30 %	41	52,5	45,6
31-40 %	26	37,5	31,8
41-50 %	13	65	39
51-60 %	Brak	51	51
61-70 %	64	65	64,5
71-80 %	44	37	40,5
81-90 %	Brak	28	28
91-100 %	54	43,5	47

Tabela 92. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2015

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	-0,065	p=0,77
Mężczyźni	0,057	p=0,777
łącznie	0,033	p=0,82



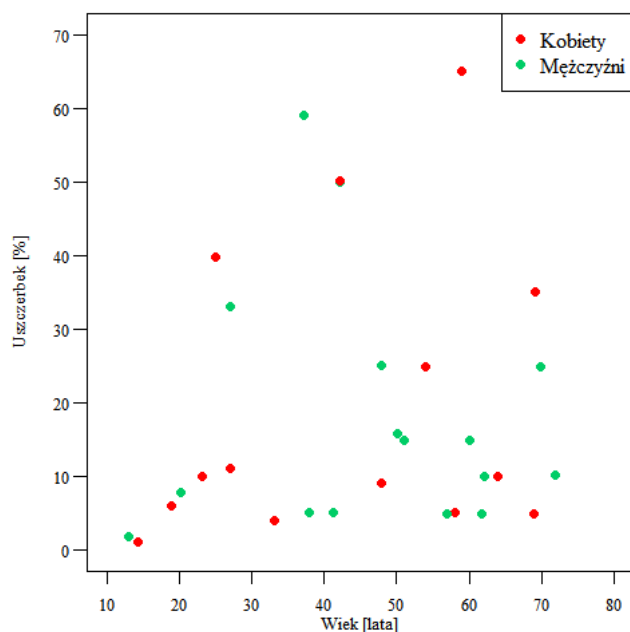
Rycina 50. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2015

Tabela 93. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2016

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	38,5	48,1	43,3
11-20 %	27	53,7	47
21-30 %	57,3	Brak	57,3
31-40 %	27	47	40,3
41-50 %	42	42	42
51-60 %	Brak	37	37
61-70 %	Brak	59	59
71-80 %	Brak	Brak	Brak
81-90 %	Brak	Brak	Brak
91-100 %	Brak	Brak	Brak

Tabela 94. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2016

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	0,357	p=0,21
Mężczyźni	-0,061	p=0,823
łącznie	0,186	p=0,324



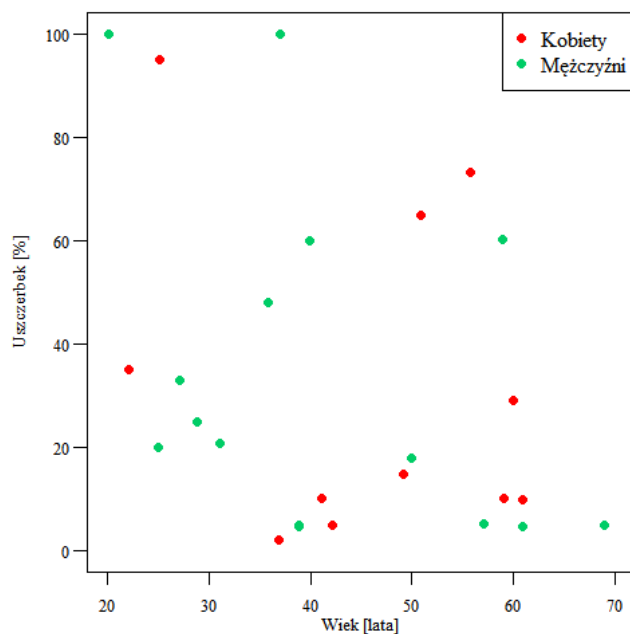
Rycina 51. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2016

Tabela 95. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2017

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	50,5	50,5	50,5
11-20 %	49,5	25	41,3
21-30 %	40	Brak	40
31-40 %	Brak	24,5	24,5
41-50 %	Brak	36	36
51-60 %	59	40	49,5
61-70 %	51	Brak	51
71-80 %	Brak	56	56
81-90 %	Brak	Brak	Brak
91-100 %	31	20	27,3

Tabela 96. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2017

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	-0,182	p=0,592
Mężczyźni	-0,44	p=0,1
łącznie	-0,382	p=0,054



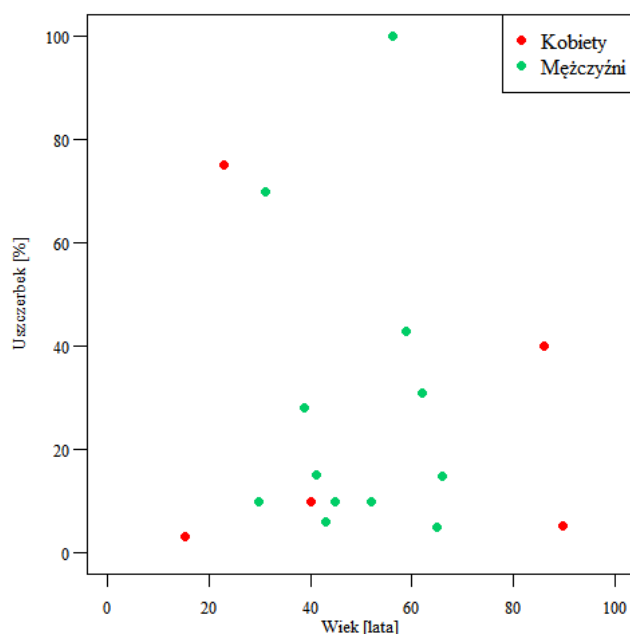
Rycina 52. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2017

Tabela 97. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2018

Uszczerbek	Średni wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	łącznie
1-10 %	45,8	49,2	47,5
11-20 %	Brak	53,5	53,5
21-30 %	Brak	39	39
31-40 %	62	86	74
41-50 %	Brak	59	59
51-60 %	Brak	Brak	Brak
61-70 %	Brak	31	31
71-80 %	23	Brak	23
81-90 %	Brak	Brak	Brak
91-100 %	56	Brak	56

Tabela 98. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2018

Płeć	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Kobiety	-0,252	p=0,585
Mężczyźni	0,012	p=0,973
łącznie	-0,023	p=0,929



Rycina 53. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2018

Analiza wykazała każdorazowo, tj. dla każdego roku, brak istotnej korelacji pomiędzy wiekiem, a wielkością uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym ($p > 0,05$; nieporządkowany układ badanych na rycinach).

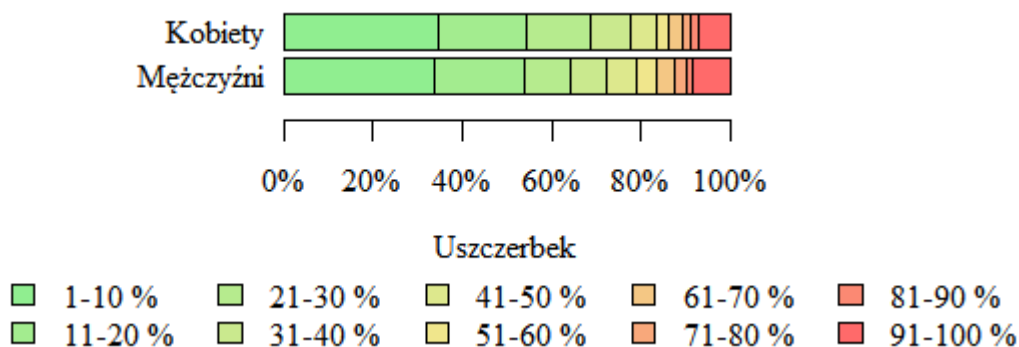
Reasumując w całym okresie objętym badaniem wysokość doznanego uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego była niezależna od wieku. Stwierdzono bardzo młody wiek badanych, u których stwierdzano najwyższe uszczerbki na zdrowiu ok 32 lata dla uszczerbków wysokości 81-90% oraz 33 lata dla uszczerbków wysokości 91-100% przy ogólnej średniej wieku około 40 lat dla wszystkich łżejszych uszczerbków.

Zbadano wysokość ustalanej przez biegłych uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku wypadków komunikacyjnych według jego wysokości oraz płci.

Tabela 99. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=234)	Mężczyźni (N=268)	łącznie (N=502)	
1-10 %	81 (34,62%)	90 (33,58%)	171 (34,06%)	p=0,912
11-20 %	46 (19,66%)	54 (20,15%)	100 (19,92%)	
21-30 %	34 (14,53%)	28 (10,45%)	62 (12,35%)	
31-40 %	20 (8,55%)	22 (8,21%)	42 (8,37%)	
41-50 %	14 (5,98%)	17 (6,34%)	31 (6,18%)	
51-60 %	6 (2,56%)	12 (4,48%)	18 (3,59%)	
61-70 %	8 (3,42%)	11 (4,10%)	19 (3,78%)	
71-80 %	4 (1,71%)	7 (2,61%)	11 (2,19%)	
81-90 %	4 (1,71%)	4 (1,49%)	8 (1,59%)	
91-100 %	17 (7,26%)	23 (8,58%)	40 (7,97%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 54. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

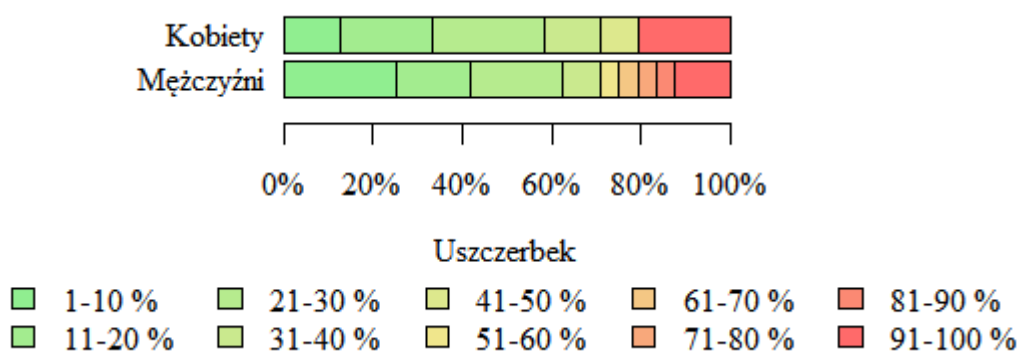
Analiza wykazała, że na skutek wypadków komunikacyjnych stwierdzany uszczerbek na zdrowiu w okresie całego 10-lecia objętego badaniem jest zbliżony do siebie w grupie kobiet i mężczyzn, a różnice nie są istotne ($p>0,05$).

Przeprowadzono analizę dla każdego kolejnego roku objętego badaniem.

Tabela 100. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2009

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=24)	Mężczyźni (N=24)	Łącznie (N=48)	
1-10 %	3 (12,50%)	6 (25,00%)	9 (18,75%)	p=0,687
11-20 %	5 (20,83%)	4 (16,67%)	9 (18,75%)	
21-30 %	6 (25,00%)	5 (20,83%)	11 (22,92%)	
31-40 %	3 (12,50%)	2 (8,33%)	5 (10,42%)	
41-50 %	2 (8,33%)	0 (0,00%)	2 (4,17%)	
51-60 %	0 (0,00%)	1 (4,17%)	1 (2,08%)	
61-70 %	0 (0,00%)	1 (4,17%)	1 (2,08%)	
71-80 %	0 (0,00%)	1 (4,17%)	1 (2,08%)	
81-90 %	0 (0,00%)	1 (4,17%)	1 (2,08%)	
91-100 %	5 (20,83%)	3 (12,50%)	8 (16,67%)	

p – dokładny test Fishera

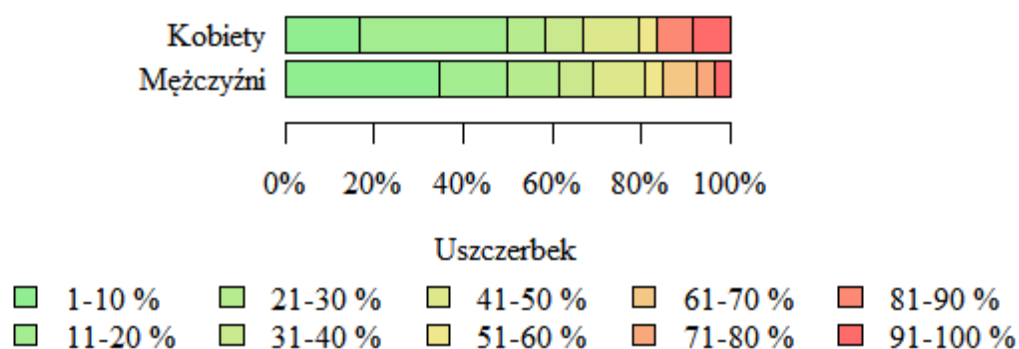


Rycina 55. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2009

Tabela 101. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2010

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=24)	Mężczyźni (N=26)	Łącznie (N=50)	
1-10 %	4 (16,67%)	9 (34,62%)	13 (26,00%)	p=0,521
11-20 %	8 (33,33%)	4 (15,38%)	12 (24,00%)	
21-30 %	2 (8,33%)	3 (11,54%)	5 (10,00%)	
31-40 %	2 (8,33%)	2 (7,69%)	4 (8,00%)	
41-50 %	3 (12,50%)	3 (11,54%)	6 (12,00%)	
51-60 %	1 (4,17%)	1 (3,85%)	2 (4,00%)	
61-70 %	0 (0,00%)	2 (7,69%)	2 (4,00%)	
71-80 %	0 (0,00%)	1 (3,85%)	1 (2,00%)	
81-90 %	2 (8,33%)	0 (0,00%)	2 (4,00%)	
91-100 %	2 (8,33%)	1 (3,85%)	3 (6,00%)	

p – dokładny test Fishera

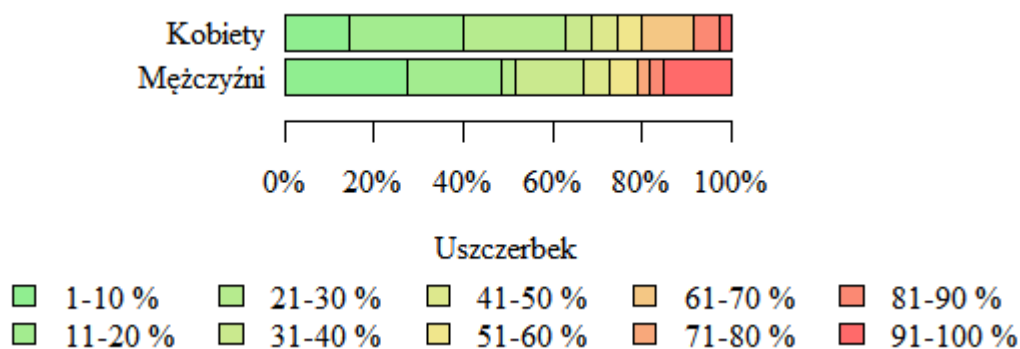


Rycina 56. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2010

Tabela 102. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2011

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=35)	Mężczyźni (N=33)	Łącznie (N=68)	
1-10 %	5 (14,29%)	9 (27,27%)	14 (20,59%)	p=0,042
11-20 %	9 (25,71%)	7 (21,21%)	16 (23,53%)	
21-30 %	8 (22,86%)	1 (3,03%)	9 (13,24%)	
31-40 %	2 (5,71%)	5 (15,15%)	7 (10,29%)	
41-50 %	2 (5,71%)	2 (6,06%)	4 (5,88%)	
51-60 %	2 (5,71%)	2 (6,06%)	4 (5,88%)	
61-70 %	4 (11,43%)	0 (0,00%)	4 (5,88%)	
71-80 %	0 (0,00%)	1 (3,03%)	1 (1,47%)	
81-90 %	2 (5,71%)	1 (3,03%)	3 (4,41%)	
91-100 %	1 (2,86%)	5 (15,15%)	6 (8,82%)	

p – dokładny test Fishera

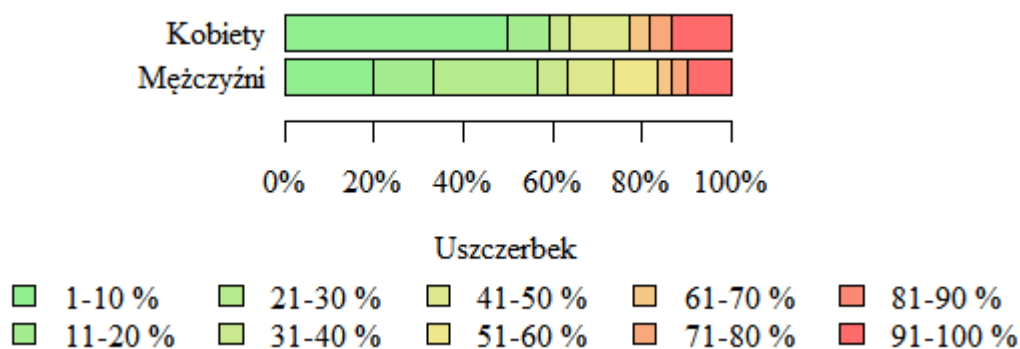


Rycina 57. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2011

Tabela 103. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2012

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=22)	Mężczyźni (N=30)	Łącznie (N=52)	
1-10 %	11 (50,00%)	6 (20,00%)	17 (32,69%)	p=0,101
11-20 %	2 (9,09%)	4 (13,33%)	6 (11,54%)	
21-30 %	0 (0,00%)	7 (23,33%)	7 (13,46%)	
31-40 %	1 (4,55%)	2 (6,67%)	3 (5,77%)	
41-50 %	3 (13,64%)	3 (10,00%)	6 (11,54%)	
51-60 %	0 (0,00%)	3 (10,00%)	3 (5,77%)	
61-70 %	1 (4,55%)	1 (3,33%)	2 (3,85%)	
71-80 %	1 (4,55%)	1 (3,33%)	2 (3,85%)	
81-90 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
91-100 %	3 (13,64%)	3 (10,00%)	6 (11,54%)	

p – dokładny test Fishera

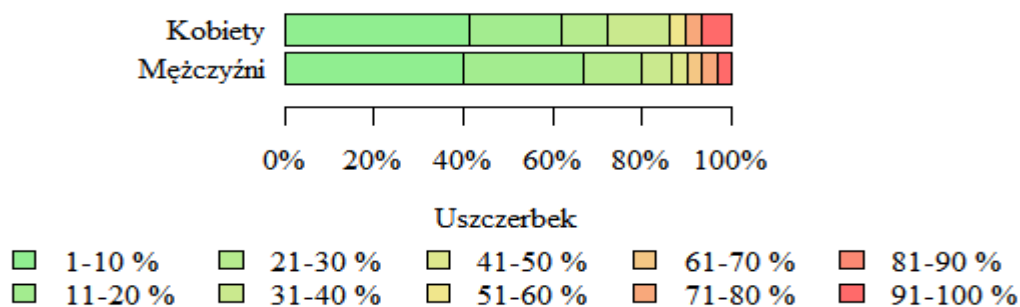


Rycina 58. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2012

Tabela 104. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2013

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=29)	Mężczyźni (N=30)	Łącznie (N=59)	
1-10 %	12 (41,38%)	12 (40,00%)	24 (40,68%)	p=0,94
11-20 %	6 (20,69%)	8 (26,67%)	14 (23,73%)	
21-30 %	3 (10,34%)	4 (13,33%)	7 (11,86%)	
31-40 %	4 (13,79%)	2 (6,67%)	6 (10,17%)	
41-50 %	0 (0,00%)	1 (3,33%)	1 (1,69%)	
51-60 %	1 (3,45%)	0 (0,00%)	1 (1,69%)	
61-70 %	0 (0,00%)	1 (3,33%)	1 (1,69%)	
71-80 %	1 (3,45%)	1 (3,33%)	2 (3,39%)	
81-90 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
91-100 %	2 (6,90%)	1 (3,33%)	3 (5,08%)	

p – dokładny test Fishera

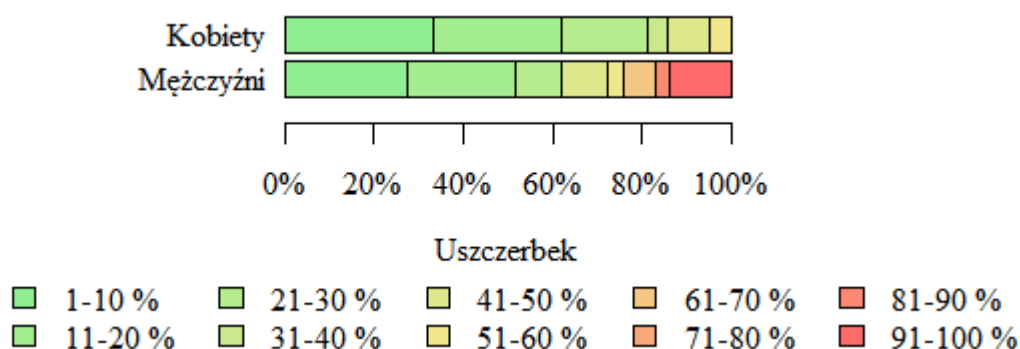


Rycina 59. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2013

Tabela 105. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2014

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=21)	Mężczyźni (N=29)	Łącznie (N=50)	
1-10 %	7 (33,33%)	8 (27,59%)	15 (30,00%)	p=0,571
11-20 %	6 (28,57%)	7 (24,14%)	13 (26,00%)	
21-30 %	4 (19,05%)	3 (10,34%)	7 (14,00%)	
31-40 %	1 (4,76%)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	
41-50 %	2 (9,52%)	3 (10,34%)	5 (10,00%)	
51-60 %	1 (4,76%)	1 (3,45%)	2 (4,00%)	
61-70 %	0 (0,00%)	2 (6,90%)	2 (4,00%)	
71-80 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
81-90 %	0 (0,00%)	1 (3,45%)	1 (2,00%)	
91-100 %	0 (0,00%)	4 (13,79%)	4 (8,00%)	

p – dokładny test Fishera

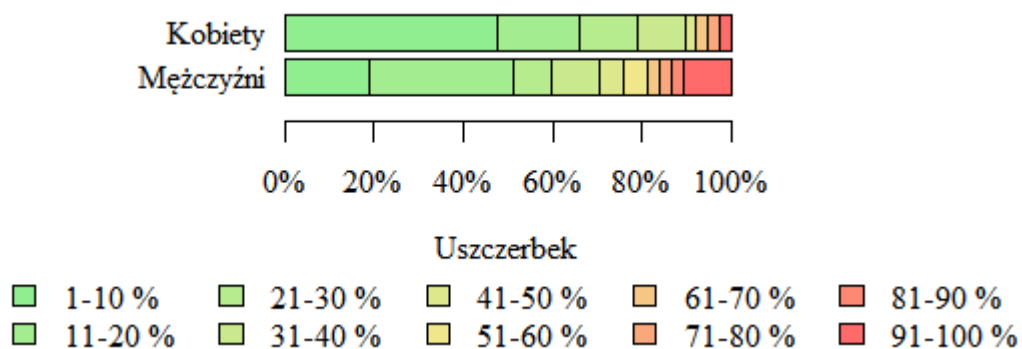


Rycina 60. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2014

Tabela 106. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2015

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=38)	Mężczyźni (N=37)	Łącznie (N=75)	
1-10 %	18 (47,37%)	7 (18,92%)	25 (33,33%)	p=0,16
11-20 %	7 (18,42%)	12 (32,43%)	19 (25,33%)	
21-30 %	5 (13,16%)	3 (8,11%)	8 (10,67%)	
31-40 %	4 (10,53%)	4 (10,81%)	8 (10,67%)	
41-50 %	1 (2,63%)	2 (5,41%)	3 (4,00%)	
51-60 %	0 (0,00%)	2 (5,41%)	2 (2,67%)	
61-70 %	1 (2,63%)	1 (2,70%)	2 (2,67%)	
71-80 %	1 (2,63%)	1 (2,70%)	2 (2,67%)	
81-90 %	0 (0,00%)	1 (2,70%)	1 (1,33%)	
91-100 %	1 (2,63%)	4 (10,81%)	5 (6,67%)	

p – dokładny test Fishera

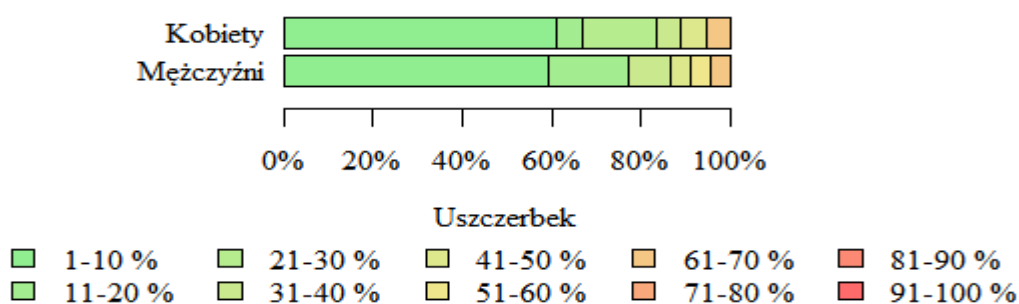


Rycina 61. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2015

Tabela 107. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2016

Uszczerbek	Płeć			P
	Kobiety (N=18)	Mężczyźni (N=22)	Łącznie (N=40)	
1-10 %	11 (61,11%)	13 (59,09%)	24 (60,00%)	p=0,462
11-20 %	1 (5,56%)	4 (18,18%)	5 (12,50%)	
21-30 %	3 (16,67%)	0 (0,00%)	3 (7,50%)	
31-40 %	1 (5,56%)	2 (9,09%)	3 (7,50%)	
41-50 %	1 (5,56%)	1 (4,55%)	2 (5,00%)	
51-60 %	0 (0,00%)	1 (4,55%)	1 (2,50%)	
61-70 %	1 (5,56%)	1 (4,55%)	2 (5,00%)	
71-80 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
81-90 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
91-100 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera

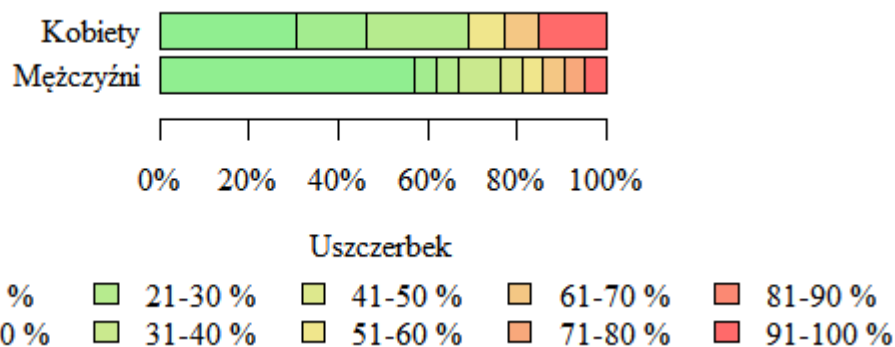


Rycina 62. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2016

Tabela 108. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2017

Uszczerbek	Płeć			P
	Kobiety (N=13)	Mężczyźni (N=21)	Łącznie (N=34)	
1-10 %	4 (30,77%)	12 (57,14%)	16 (47,06%)	p=0,358
11-20 %	2 (15,38%)	1 (4,76%)	3 (8,82%)	
21-30 %	3 (23,08%)	1 (4,76%)	4 (11,76%)	
31-40 %	0 (0,00%)	2 (9,52%)	2 (5,88%)	
41-50 %	0 (0,00%)	1 (4,76%)	1 (2,94%)	
51-60 %	1 (7,69%)	1 (4,76%)	2 (5,88%)	
61-70 %	1 (7,69%)	1 (4,76%)	2 (5,88%)	
71-80 %	0 (0,00%)	1 (4,76%)	1 (2,94%)	
81-90 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
91-100 %	2 (15,38%)	1 (4,76%)	3 (8,82%)	

p – dokładny test Fishera

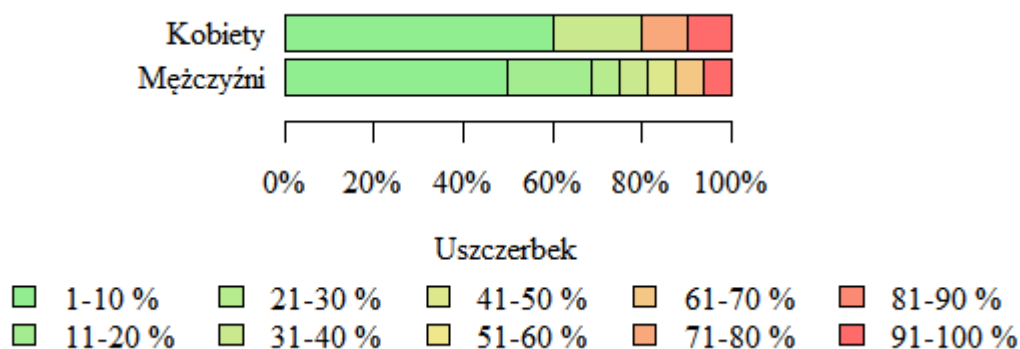


Rycina 63. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2017

Tabela 109. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2018

Uszczerbek	Płeć			p
	Kobiety (N=10)	Mężczyźni (N=16)	łącznie (N=26)	
1-10 %	6 (60,00%)	8 (50,00%)	14 (53,85%)	p=0,665
11-20 %	0 (0,00%)	3 (18,75%)	3 (11,54%)	
21-30 %	0 (0,00%)	1 (6,25%)	1 (3,85%)	
31-40 %	2 (20,00%)	1 (6,25%)	3 (11,54%)	
41-50 %	0 (0,00%)	1 (6,25%)	1 (3,85%)	
51-60 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
61-70 %	0 (0,00%)	1 (6,25%)	1 (3,85%)	
71-80 %	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,85%)	
81-90 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
91-100 %	1 (10,00%)	1 (6,25%)	2 (7,69%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 64. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2018

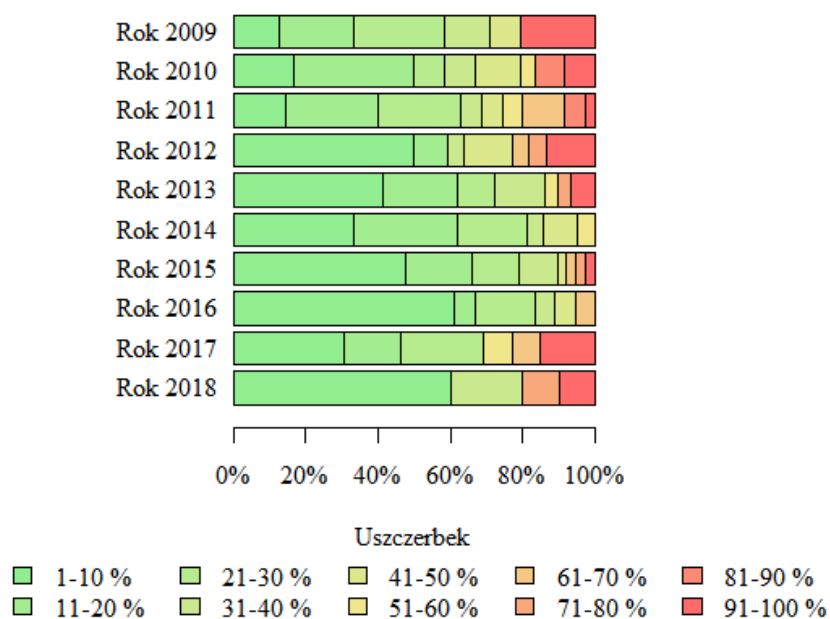
Przeprowadzona analiza dla każdego roku z osobna nie wykazała istotnych różnic ($p > 0,05$), poza rokiem 2011, w którym u mężczyzn częściej niż u kobiet orzekano skrajne (niskie i wysokie) procentowe uszczerbki na zdrowiu.

Kolejno przeprowadzono analizę zmian w czasie osobno dla kobiet i mężczyzn oraz łączną (kobiety i mężczyźni).

Tabela 110. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Uszczerbek	Rok											p
	2009 (N=24)	2010 (N=24)	2011 (N=35)	2012 (N=22)	2013 (N=29)	2014 (N=21)	2015 (N=38)	2016 (N=18)	2017 (N=13)	2018 (N=10)	łącznie (N=234)	
1-10 %	3 (12,50%)	4 (16,67%)	5 (14,29%)	11 (50,00%)	12 (41,38%)	7 (33,33%)	18 (47,37%)	11 (61,11%)	4 (30,77%)	6 (60,00%)	81 (34,62%)	p=0,045
11-20 %	5 (20,83%)	8 (33,33%)	9 (25,71%)	2 (9,09%)	6 (20,69%)	6 (28,57%)	7 (18,42%)	1 (5,56%)	2 (15,38%)	0 (0,00%)	46 (19,66%)	
21-30 %	6 (25,00%)	2 (8,33%)	8 (22,86%)	0 (0,00%)	3 (10,34%)	4 (19,05%)	5 (13,16%)	3 (16,67%)	3 (23,08%)	0 (0,00%)	34 (14,53%)	
31-40 %	3 (12,50%)	2 (8,33%)	2 (5,71%)	1 (4,55%)	4 (13,79%)	1 (4,76%)	4 (10,53%)	1 (5,56%)	0 (0,00%)	2 (20,00%)	20 (8,55%)	
41-50 %	2 (8,33%)	3 (12,50%)	2 (5,71%)	3 (13,64%)	0 (0,00%)	2 (9,52%)	1 (2,63%)	1 (5,56%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	14 (5,98%)	
51-60 %	0 (0,00%)	1 (4,17%)	2 (5,71%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)	1 (4,76%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (7,69%)	0 (0,00%)	6 (2,56%)	
61-70 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (11,43%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	1 (5,56%)	1 (7,69%)	0 (0,00%)	8 (3,42%)	
71-80 %	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (10,00%)	4 (1,71%)	
81-90 %	0 (0,00%)	2 (8,33%)	2 (5,71%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (1,71%)	
91-100 %	5 (20,83%)	2 (8,33%)	1 (2,86%)	3 (13,64%)	2 (6,90%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0 (0,00%)	2 (15,38%)	1 (10,00%)	17 (7,26%)	

p – dokładny test Fishera

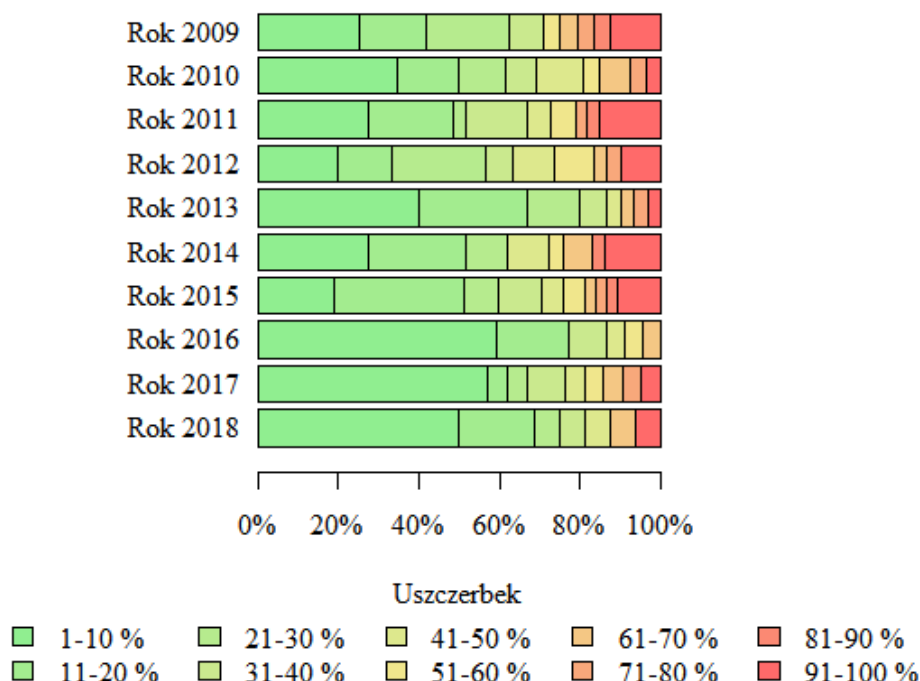


Rycina 65. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Tabela 111. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u mężczyzn w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Uszczerbek	Rok											p
	2009 (N=24)	2010 (N=26)	2011 (N=33)	2012 (N=30)	2013 (N=30)	2014 (N=29)	2015 (N=37)	2016 (N=22)	2017 (N=21)	2018 (N=16)	łącznie (N=268)	
1-10 %	6 (25,00%)	9 (34,62%)	9 (27,27%)	6 (20,00%)	12 (40,00%)	8 (27,59%)	7 (18,92%)	13 (59,09%)	12 (57,14%)	8 (50,00%)	90 (33,58%)	p=0,873
11-20 %	4 (16,67%)	4 (15,38%)	7 (21,21%)	4 (13,33%)	8 (26,67%)	7 (24,14%)	12 (32,43%)	4 (18,18%)	1 (4,76%)	3 (18,75%)	54 (20,15%)	
21-30 %	5 (20,83%)	3 (11,54%)	1 (3,03%)	7 (23,33%)	4 (13,33%)	3 (10,34%)	3 (8,11%)	0 (0,00%)	1 (4,76%)	1 (6,25%)	28 (10,45%)	
31-40 %	2 (8,33%)	2 (7,69%)	5 (15,15%)	2 (6,67%)	2 (6,67%)	0 (0,00%)	4 (10,81%)	2 (9,09%)	2 (9,52%)	1 (6,25%)	22 (8,21%)	
41-50 %	0 (0,00%)	3 (11,54%)	2 (6,06%)	3 (10,00%)	1 (3,33%)	3 (10,34%)	2 (5,41%)	1 (4,55%)	1 (4,76%)	1 (6,25%)	17 (6,34%)	
51-60 %	1 (4,17%)	1 (3,85%)	2 (6,06%)	3 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)	2 (5,41%)	1 (4,55%)	1 (4,76%)	0 (0,00%)	12 (4,48%)	
61-70 %	1 (4,17%)	2 (7,69%)	0 (0,00%)	1 (3,33%)	1 (3,33%)	2 (6,90%)	1 (2,70%)	1 (4,55%)	1 (4,76%)	1 (6,25%)	11 (4,10%)	
71-80 %	1 (4,17%)	1 (3,85%)	1 (3,03%)	1 (3,33%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)	1 (2,70%)	0 (0,00%)	1 (4,76%)	0 (0,00%)	7 (2,61%)	
81-90 %	1 (4,17%)	0 (0,00%)	1 (3,03%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)	1 (2,70%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (1,49%)	
91-100 %	3 (12,50%)	1 (3,85%)	5 (15,15%)	3 (10,00%)	1 (3,33%)	4 (13,79%)	4 (10,81%)	0 (0,00%)	1 (4,76%)	1 (6,25%)	23 (8,58%)	

p – dokładny test Fishera

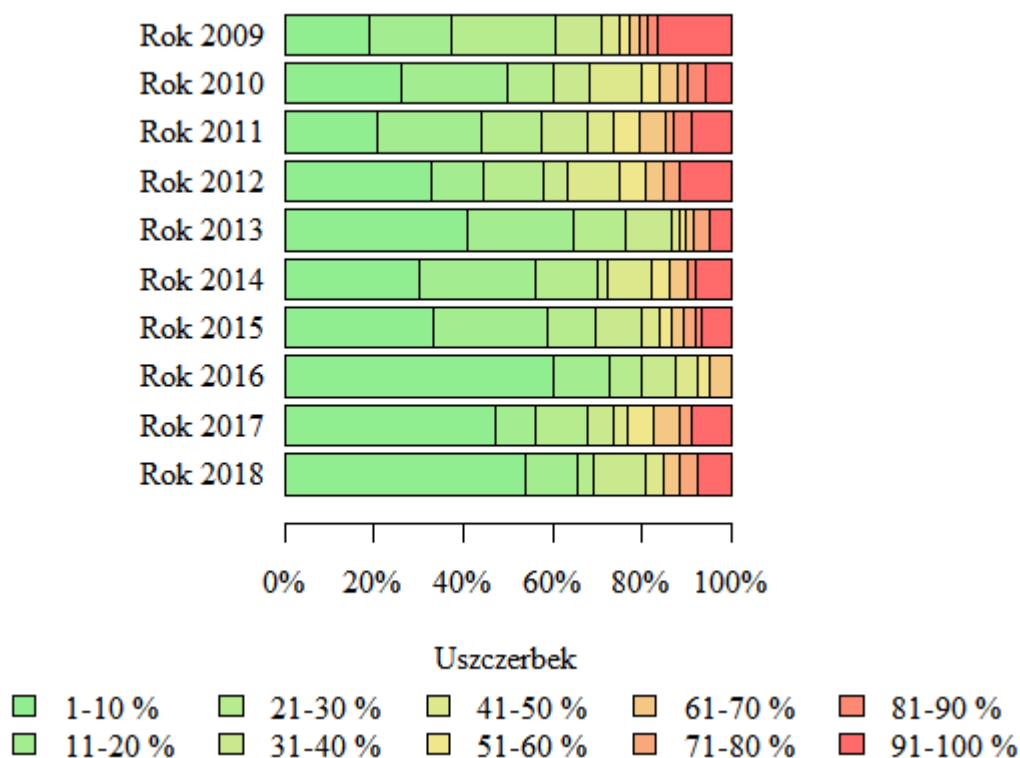


Rycina 66. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u mężczyzn w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Tabela 112. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet i mężczyzn (łącznie) w opiniach KiZMS UMP latach 2009-2018

Uszczerbek	Rok											p
	2009 (N=48)	2010 (N=50)	2011 (N=68)	2012 (N=52)	2013 (N=59)	2014 (N=50)	2015 (N=75)	2016 (N=40)	2017 (N=34)	2018 (N=26)	łącznie (N=502)	
1-10 %	9 (18,75%)	13 (26,00%)	14 (20,59%)	17 (32,69%)	24 (40,68%)	15 (30,00%)	25 (33,33%)	24 (60,00%)	16 (47,06%)	14 (53,85%)	171 (34,06%)	p=0,45
11-20 %	9 (18,75%)	12 (24,00%)	16 (23,53%)	6 (11,54%)	14 (23,73%)	13 (26,00%)	19 (25,33%)	5 (12,50%)	3 (8,82%)	3 (11,54%)	100 (19,92%)	
21-30 %	11 (22,92%)	5 (10,00%)	9 (13,24%)	7 (13,46%)	7 (11,86%)	7 (14,00%)	8 (10,67%)	3 (7,50%)	4 (11,76%)	1 (3,85%)	62 (12,35%)	
31-40 %	5 (10,42%)	4 (8,00%)	7 (10,29%)	3 (5,77%)	6 (10,17%)	1 (2,00%)	8 (10,67%)	3 (7,50%)	2 (5,88%)	3 (11,54%)	42 (8,37%)	
41-50 %	2 (4,17%)	6 (12,00%)	4 (5,88%)	6 (11,54%)	1 (1,69%)	5 (10,00%)	3 (4,00%)	2 (5,00%)	1 (2,94%)	1 (3,85%)	31 (6,18%)	
51-60 %	1 (2,08%)	2 (4,00%)	4 (5,88%)	3 (5,77%)	1 (1,69%)	2 (4,00%)	2 (2,67%)	1 (2,50%)	2 (5,88%)	0 (0,00%)	18 (3,59%)	
61-70 %	1 (2,08%)	2 (4,00%)	4 (5,88%)	2 (3,85%)	1 (1,69%)	2 (4,00%)	2 (2,67%)	2 (5,00%)	2 (5,88%)	1 (3,85%)	19 (3,78%)	
71-80 %	1 (2,08%)	1 (2,00%)	1 (1,47%)	2 (3,85%)	2 (3,39%)	0 (0,00%)	2 (2,67%)	0 (0,00%)	1 (2,94%)	1 (3,85%)	11 (2,19%)	
81-90 %	1 (2,08%)	2 (4,00%)	3 (4,41%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	1 (1,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (1,59%)	
91-100 %	8 (16,67%)	3 (6,00%)	6 (8,82%)	6 (11,54%)	3 (5,08%)	4 (8,00%)	5 (6,67%)	0 (0,00%)	3 (8,82%)	2 (7,69%)	40 (7,97%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 67. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet i mężczyzn (łącznie) w opiniach KiZMS UMP latach 2009-2018

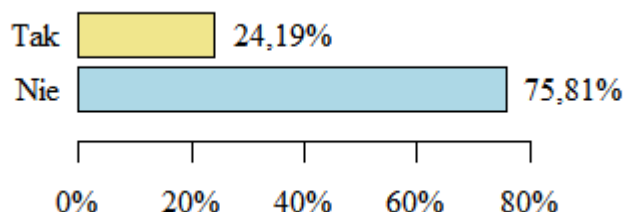
Analiza wykazała, że ocena wielkości uszczerbku na zdrowiu cechowała się stałą wysokością w grupie mężczyzn oraz w łącznej grupie kobiet i mężczyzn. W grupie kobiet stwierdzono, że w latach 2009, 2010, 2012, 2017, 2018 orzekane wielkości doznanego uszczerbku były wyższe, a w latach 2014-2016 niższe niż przeciętnie. Analiza całości danych przemawia za stabilnością w ustalaniu wysokości doznanego uszczerbku na zdrowiu w wypadkach komunikacyjnych.

4.9. Tabela jako narzędzie pracy biegłego w sprawie, w której oceniany jest doznany uszczerbek na zdrowiu

Analiza opinii wydawanych przez KiZMS w latach 2009-2018, w których oceniano stopień uszczerbku na zdrowiu wykazała, że biegli w pojedynczych przypadkach stosowali wartości procentowe poza zakresem przewidzianym tabelą, regularnie jednak korzystali z oceny według pozycji najbardziej zbliżonej, czyli przez tzw. „analogię”.

Tabela 113. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018

Stosowanie analogii	n	%
Tak	135	24,19%
Nie	423	75,81%
łącznie	558	100%



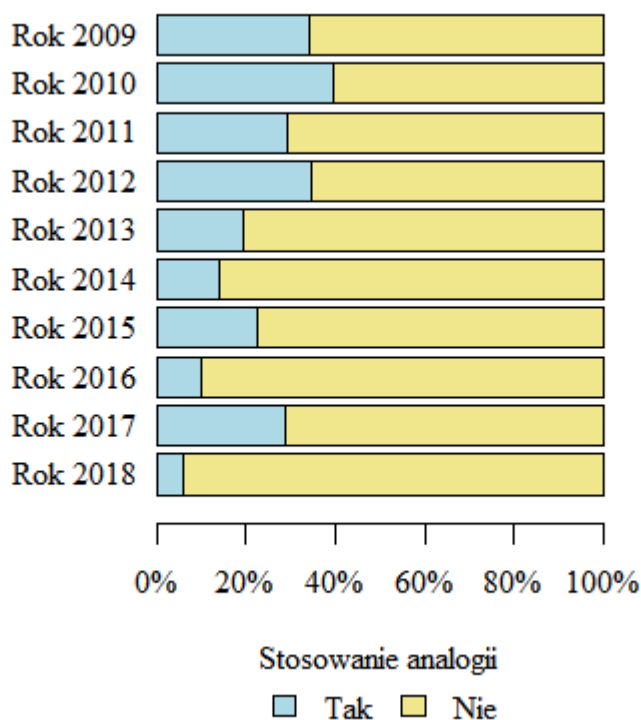
Rycina 68. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UM w latach 2009-2018

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, biegli stosowali procentową ocenę doznanego uszczerbku na zdrowiu według pozycji zbliżonej (przez tzw. „analogię”) jedynie w ¼ opinii. Tym samym można stwierdzić, że aż w ¾ opiniowanych spraw pozycje zawarte w Tabeli procentowej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu spełniły wymagania biegłych do oceny następstw zdrowotnych prowadzących do powództwa w sprawie cywilnej.

Tabela 114. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018

Stosowanie analogii	Rok										p
	2009 (N=50)	2010 (N=53)	2011 (N=72)	2012 (N=52)	2013 (N=67)	2014 (N=58)	2015 (N=84)	2016 (N=50)	2017 (N=38)	2018 (N=34)	
Tak	17 (34,00%)	21 (39,62%)	21 (29,17%)	18 (34,62%)	13 (19,40%)	8 (13,79%)	19 (22,62%)	5 (10,00%)	11 (28,95%)	2 (5,88%)	p<0,001
Nie	33 (66,00%)	32 (60,38%)	51 (70,83%)	34 (65,38%)	54 (80,60%)	50 (86,21%)	65 (77,38%)	45 (90,00%)	27 (71,05%)	32 (94,12%)	

p – test chi-kwadrat



Rycina 69. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018

Analiza wykazała, że w latach 2009-2012 odsetek opinii, w których stosowano analogię był istotnie wyższy ($p<0,05$) niż w późniejszym okresie (za wyjątkiem roku 2017). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w aktualnie obowiązującej formie weszło w życie w dniu 1 stycznia 2003 roku. Ta zależność może wynikać z postępującej adaptacji biegłych do treści rozporządzenia i przystosowania się do opiniowania w zakresie Tabeli w późniejszym okresie czasu.

Zbadano również, które z punktów były stosowane przez biegłych jako najbardziej zbliżone do stawianych przez nich rozpoznań.

Tabela 115. Punkty Tabeli oceny procentowej wobec których biegli stosowali analogię w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018

Punkt z tabeli ZUS	n	%
10a	53	9,50%
19a	37	6,63%
1a	4	0,72%
20d	3	0,54%
9c	3	0,54%
104	2	0,36%
122a	2	0,36%
149	2	0,36%
21a	2	0,36%
58a	2	0,36%
100	1	0,18%
117a	1	0,18%
130a	1	0,18%
14	1	0,18%
141a	1	0,18%
162	1	0,18%
19	1	0,18%
19b	1	0,18%
24a	1	0,18%
24b	1	0,18%
28	1	0,18%
5	1	0,18%
56	1	0,18%
61a	1	0,18%
61a/58	1	0,18%
63a	1	0,18%
63b	1	0,18%
65	1	0,18%
72	1	0,18%
8c	1	0,18%
90a	1	0,18%
91	1	0,18%
93a	1	0,18%
93b	1	0,18%
93g	1	0,18%

Analiza wykazała, że o ile biegli stosunkowo często w opiniach posiłkowali się analogią, to w odniesieniu do określonych punktów w tabeli są to wypadki jednostkowe lub

sporadyczne, poza punktami 10a (53 przypadki, co stanowiło 9,5%) oraz 19a (37 przypadki, co stanowiło 6,6%).

Punkt 10. Tabeli dotyczy zaburzeń adaptacyjnych będących następstwem urazów i wypadków, w których nie doszło do trwałych uszkodzeń OUN: a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym – zakres orzekanego uszczerbku wynosi 5-10%. Jak wynika z powyższego zapisu wielkość przewidzianego Tabelą uszczerbku na zdrowiu jest niewielka i dotyczy takich zaburzeń i nerwic, w których nie ma możliwości wykazania trwałych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Analiza treści opinii w poszczególnych sprawach wykazała, że przyznawano uszczerbek na zdrowiu stosując ten punkt m.in. z uwagi na nerwicę (zgodnie z treścią punktu) w tym nerwicę pourazową po doznanych obrażeniach, zaburzenia depresyjno-lękowe, bóle głowy, przetrwały stres pourazowy, reakcję depresyjną przedłużoną, a także ograniczenia w życiu nastolatka (jeden przypadek – ustalono 5%).

Punkt 19 służy ocenie uszkodzeń powłok twarzy (blizn i ubytków): a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy w zakresie 1-10 %. Przez analogię do tego punktu biegli ustalali niewielkie procentowo uszczerbki na zdrowiu z uwagi na blizny zlokalizowane na całym ciele, m.in.: blizny na głowie, na szyi i klatce piersiowej, na grzbiecie, na kończynach górnych i kończynach dolnych, blizny podbrzuszna a nawet bliznę po cesarskim cięciu.

5. Dyskusja

Badanie opinii lekarskich ma rzadko miejsce w realiach innych niż ocena opinii przez sąd i strony postępowania. Opinia biegłego, czy też dowód z opinii biegłego, jest przedmiotem licznych prawnych rozważań teoretycznych, konferencyjnych czy też legislacyjnych [58]. Kompleksowa analiza wydawanych opinii przez biegłych lekarzy w sprawach cywilnych dotychczas nie miała miejsca. Wynikać to może po części z tego, że samo opiniowanie na potrzeby sądu cywilnego jest wykonywane rzadko, stanowi mały odsetek opinii wykonywanych w ramach działalności pracy biegłych lekarzy.

W badanym okresie 2009-2018 (10 lat) opinie w sprawach cywilnych, które dotyczyły spraw oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu stanowiły jedynie niewielki odsetek (2,98%) spośród wszystkich opinii wydawanych przez KiZMS w Poznaniu. Przyczyny tego zjawiska nie zostały dotychczas zbadane i wymagają dalszych badań. Pewnym wyjaśnieniem tego zjawiska może być fakt, że opinie główne w sprawach cywilnych wydawane są na podstawie własnej wiedzy i doświadczenia biegłych, analizy akt sądowych w sprawie cywilnej, nierzadko uzupełnionych o akta szkody pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego lub akta sprawy karnej, a także w oparciu o przeprowadzenie badania sądowo-lekarskiego powoda/powodów. W tym zakresie metodologia sporządzania opinii jest bardzo zbliżona do opiniowania w postępowaniach karnych. Jednak w sprawie rozpatrywanej przed sądem cywilnym opinia sądowo-lekarska zadowala zwykle tylko jedną stronę procesu, budząc zastrzeżenia do wniosków biegłych drugiej strony sporu. Wykonywaniu opinii na zlecenie sądu cywilnego, w przeciwieństwie do opiniowania na zlecenie organów śledczych, towarzyszy biegłym przekonanie o konieczności wydania opinii uzupełniającej lub każdorazowo udziału w rozprawie w ślad za wydaną opinią w celu ustosunkowania się do poczynionych zarzutów do opinii lub dalszego wyjaśniania przyjętego przez biegłych stanowiska. W badanym dziesięcioleciu około 25% opinii podstawowych wymagało dodatkowego złożenia uzupełnienia na piśmie. Niektóre sprawy były opiniowane kilkakrotnie. Przekonanie powyższe wynika z rozbieżności oceny prawnej konieczności wezwania biegłego na rozprawę przez sąd, po wydaniu opinii pisemnej. Według pierwszego stanowiska, sąd ma obowiązek wezwania biegłego na rozprawę, nawet gdy nie ma pewności co do potrzeby zadawania mu pytań. Stanowisko drugie reprezentuje pogląd, że wezwać biegłego należy jedynie w przypadku wątpliwości, zastrzeżeń do opinii lub dodatkowych pytań. W praktyce prowadzi to do tego, że wielu biegłych opiniuje jedynie dla sądów, w których panuje drugi pogląd rozumienia art. 155 KPC [59] [60] [61]. Kolejnym zjawiskiem, które ogranicza ilość sporządzanych opinii na potrzeby postępowania cywilnego są stawki wynagrodzeń biegłych. Obowiązują one w tej samej wysokości zarówno

w postępowaniu karnym jak i cywilnym, nie zmieniają się od lat, a wynoszą około 30 złotych brutto za godzinę pracy lekarza specjalisty z danej dziedziny, około 45 złotych dla specjalisty z tytułem naukowym doktora, około 55 złotych dla doktora habilitowanego, a 68 złotych dla profesora [62] [19]. O ile jednak w postępowaniu karnym zlecający opinię zwykle przyznaje wnioskowane wynagrodzenie, to w sporze cywilnym biegły dodatkowo napotyka trudności w wypłacie wynagrodzenia, a to wynika z możliwości wpływania przez strony na wypłacane wynagrodzenie. Wpływ nowelizacji z 2019 r. w ustawie o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, w której doszło do pewnego przemodelowania modelu wynagrodzenia biegłego i po raz pierwszy pojawiła się możliwość wariantu ryczałtowego wynagrodzenia biegłego. Ten wariant daje możliwość zastosowania stawek rynkowych, a tym samym istnieje szansa pozyskania do opiniowania cenionych (i ceniących swoją pracę) specjalistów w wielu dziedzin [63]. Wpływ powyższej zmiany na opiniowanie na potrzeby sporów cywilnych będzie można zaobserwować w przyszłości, jednakże w analizowanym okresie czasu obserwowano malejący w czasie udział opinii wydawanych przez KiZMS UMP, a związanych z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu oraz malejącą ich liczbę po 2015 r. Mnogość aktów prawnych, przepisów i ścieżek, po których biegły musi się sprawnie poruszać, aby wyegzekwować wynagrodzenie za wykonaną pracę dodatkowo nie stanowi ułatwienia w jego relacji z organem zlecającym opinię i zachęty do podejmowania współpracy z sądami.

Osoba biegłego sądowego nie może nasuwać jakichkolwiek podejrzeń sądu o nierzetelności, stronniczości, a sporządzona przez niego opinia – o braku posiadania wiedzy specjalistycznej na najwyższym zawodowym poziomie [64]. Przeprowadzone badania własne wykazały, że od 2012 roku biegli sporządzali opinie sądowo-lekarskie w sprawach cywilnych, w których ocenie podlega doznany uszczerbek na zdrowiu tylko na zlecenie sądów. Tak przyjęta strategia przyjmowania zleceń pozwala na ustanowienie ciągu obiektywnych, niezainteresowanych rozstrzygnięciem sporu podmiotów (zlecający opinię sąd – sporządzający opinię biegły), co minimalizuje prawdopodobieństwo zarzutu strony o braku bezstronności przy sporządzaniu opinii w danej konkretnej już sprawie. Podważenie zaufania co do bezstronności biegłego stanowi uzasadnienie do jego wyłączenia ze sprawy w rozumieniu art. 281 w zw. z art. 49 KPC [65].

Wyniki badań wskazują, że główną przyczyną (75%) spraw cywilnych, dotyczących doznanego uszczerbku na zdrowiu były obrażenia ciała doznane w wypadkach komunikacyjnych. Stanowi to jednak kolejny dowód na to, że następstwa wypadków komunikacyjnych stanowią olbrzymi problem społeczny oraz gospodarczy. Badania Cz. Żaby wykazały, że w okresie 60 lat 27 % oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok dotyczyło ofiar wypadków komunikacyjnych [66]. W przypadku przeżycia ofiary wypadku powstają

następstwa, które poza oczywistymi kosztami (leczenia, rehabilitacji, przekwalifikowania, ewentualnej renty), generują również koszty związane ze sporem sądowym. Szacuje się, że koszty społeczne wszystkich zdarzeń drogowych w Polsce wyniosły w 2018 roku około 56,6 mld złotych, co stanowiło 2,7% polskiego przychodu krajowego brutto. Sam koszt jednostkowy ofiary ciężko rannej to 3,3 mln złotych, a lekko rannej blisko 50 tysięcy złotych. Osoby w wieku 25-59 lat stanowią 52% osób ciężko rannych. Obserwowane tendencje spadkowe ilości ogólnej liczby wypadków drogowych, nie wpływają na koszty społeczne, które z uwagi na wzrost kosztów jednostkowych [67]. Również na świecie wpływ wypadku komunikacyjnego na zdrowie jednostki i całego społeczeństwa jest szeroko badany. Z uwagi na liczbę ofiar śmiertelnych, wynoszącą ponad milion osób rocznie, zwykle młody wiek ofiar, zagadnienie to bywa też rozpatrywane jako pandemia, stanowiąca problem zdrowia publicznego, a także wymaga coraz to nowych badań i podejmowania środków zaradczych. W przeprowadzonej analizie struktura demograficzna ofiar wypadków drogowych, które były badane na potrzeby sporu sądowego pokrywa się z ogólnymi danymi, dotyczącymi ofiar wypadków drogowych. Szczególnie niepokoi duży udział młodych osób, które z uwagi na następstwa odniesionych obrażeń ciała tracą możliwość pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Blisko 50% przebadanych w KIZMS UMP osób nie ukończyło 40 roku życia. Ustalane przez biegłych najwyższe czy maksymalne uszczerbki na zdrowiu, wynoszące 80-100% dotyczyły osób w wieku około 30 lat, a więc potencjalnie mających w perspektywie trzy – cztery dziesięciolecia aktywnej pracy zawodowej i jeszcze dłuższego życia w społeczeństwie. Obserwowane uszczerbki na zdrowiu i wiek badanych nie zmienia się badanym okresie. Wysokie uszczerbki na zdrowiu dotyczyły obrażeń głowy, kończyn, porażeń i niedowładów nerwów obwodowych, które z uwagi na lokalizację i charakter stanowią duże wyzwanie dla współczesnej medycyny, wiążą się z długim leczeniem i rehabilitacją, a ich rokowanie co do wyleczenia jest co najwyżej niepewne. Prewencja przed urazami oraz zmniejszenie ich skutków pozostaje aktualnym kierunkiem rozwoju przemysłu motoryzacyjnego i wzmożonych działań światowych organizacji, jak i poszczególnych krajów [68] [69] [70] [71] [72]. W tym aspekcie obserwuje się determinację strony powodowej i pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego o wygranie w sądzie sprawy o sumy, które będą stanowić odszkodowanie (obejmującą m. in. wszystkie koszty wynikłe z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, zgodnie z art. 444 § 1 KC) oraz zadośćuczynienie albo w ustaleniu obowiązku wypłaty renty i zwrotu kosztów leczenia czy środków zaopatrzenia medycznego i leków.

Wielokrotnie opiniowanie w celu ustalenia doznanego uszczerbku na zdrowiu w badanym materiale wymagało sporządzenia opinii zespołowej, z dobranymi specjalistami różnych dziedzin medycyny, z uwagi na różnorodne następstwa doznanych obrażeń ciała.

W analizowanym 10-leciu 94% opinii wydał zespół biegłych liczący od 2 do 4 specjalistów. Ponad połowę opinii wydawało co najmniej 3 specjalistów. Dominujący udział ortopedów, neurologów i psychiatry/psychologa jako współautorów opinii wynika z lokalizacji doznanych uszczerbków na zdrowiu, tj. głowy (w tym schorzeń neurologicznych i psychicznych), kończyn, niedowładów i porażenia nerwów obwodowych. Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań korelują z faktem długotrwałego leczenia obrażeń i schorzeń neurologicznych oraz ortopedycznych, do jakich dochodzi w wypadkach komunikacyjnych, a wysokie procentowe wartości proponowanego uszczerbku przemawiają za trwałymi i poważnymi następstwami tych obrażeń, również w warunkach pracy biegłego sądowego [73] [74] [75] [76].

Opinie sporządzone przez biegłych KiZMS UMP częściej niż orzeczenia ZUS dotyczyły kobiet. Badane kobiety w KiZMS stanowiły około 50%, w ZUS jedynie około 30%. Zdaniem autora powyższe różnice mogą wynikać z charakteru spraw związanych z opiniami wydawanymi przez biegłych i orzeczeniami ZUS. Lekarze orzecznicy ZUS rozpatrują sprawy przede wszystkim z wypadkami przy pracy. Charakter pracy wykonywanej przez mężczyzn (ciężkie prace fizyczne, operatorzy maszyn w ruchu) wiąże się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia poważniejszych obrażeń ciała. Również struktura zatrudnienia w Polsce, aktywność zawodowa poszczególnych płci przemawia za tym, że wypadkom przy pracy częściej ulegają mężczyźni. Liczba zatrudnionych kobiet w analizowanym badaniem okresie czasu stanowiła około 42-43% ogółu oraz niewielki odsetek wykonujących pracę przemysłową, rzemieślniczą, operatorską i monterską maszyn i urządzeń. Kobiety dominowały za to w pracach biurowych, usługach, sprzedaży [77]. W materiale biegłych zaś najwięcej spraw dotyczyło wypadków komunikacyjnych, zdarzeń losowych, ewentualnych nieprawidłowości w leczeniu, co znajduje odzwierciedlenie w uzyskanych wynikach przeprowadzonego badania.

Przeprowadzone badania wykazały, że opiniujący biegli KiZMS UMP ustalają znacznie wyższy uszczerbek na zdrowiu od uszczerbku orzeczanego przez ZUS. Statystyki publikowane przez ZUS nie obejmują ostatecznych rozstrzygnięć sądu w zaskarżanych decyzjach. Również przyczyna uszczerbku, która prowadzi do jego ustalenia jest odmienna. W pracy biegłych dominują następstwa wypadków komunikacyjnych, wypadki przy pracy stanowią jedynie niewielki odsetek zdarzeń prowadzących do powództwa. Lekarze orzecznicy ZUS zajmują się głównie następstwami wypadków przy pracy. Analizując te orzeczenia zauważa się, że najwyższe przeciętne uszczerbki na zdrowiu są orzekane wśród przedstawicieli władz publicznych, a najniższe robotnikom i operatorom maszyn. W orzecznictwie lekarskim, jak w każdej dziedzinie wiedzy medycznej, doświadczenie jest tak samo ważne jak posiadana wiedza. Każdy lekarz orzecznik ZUS w ciągu roku wydaje około 200 orzeczeń. Można więc

przyjąć, zdaniem Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, że doświadczenie w orzekaniu lekarza orzecznika jest zdecydowanie większe, niż lekarza, który sporządza kilkanaście czy kilkadziesiąt opinii rocznie [78]. Z tym twierdzeniem nie sposób się zgodzić. Analiza wykazała, że w KiZMS UMP wykonuje się średnio około 1900 opinii rocznie, korzystając przy tym z tych samych narzędzi badawczych. ZUS jest sporadycznie pozwanym (1,40%) w opiniach biegłych KiZMS, przy ogólnym odsetku 85,26% pozwanych różnych towarzystw ubezpieczeniowych. Najczęściej pozwanym była Grupa Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń. Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje politykę każdego towarzystwa ubezpieczeniowego, przy czym spory przeciwko niemu toczą się najczęściej z pominięciem biegłych KiZMS, a z wykorzystaniem biegłych sekcji lekarskich przy wydziałach pracy i ubezpieczeń społecznych sądów okręgowych.

Wszechstronne ujęcie uszczerbku na zdrowiu w Tabeli oraz możliwość indywidualnej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu przez biegłych w realiach sporu sądowego uczyniły Tabelę podstawowym narzędziem pracy biegłych. Już od pierwszych opracowań tabel orzecznich z lat 50-tych XX wieku, K. Szaniewicz podkreśla, że należy je traktować jako wskazówki, a nie obligatoryjne kryterium orzecznicze. Służą one pomocą przy ocenie stanu zdrowia, aktualnej zdolności do pracy [79]. Podobne spostrzeżenia uczynili J.T. Marcinowski oraz T. Kaczmarek, który zwrócił uwagę, że Tabela jest równocześnie na tyle ogólna i na tyle precyzyjna, że pozwala bez większych rozterek właściwie zakwalifikować określony uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem lub chorobą zawodową i przypisać mu odpowiednią wartość procentową [80]. W krajach europejskich orzekanie na potrzeby ustalenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ustalanie zakresu krzywdy na zdrowiu czy też uszczerbku na zdrowiu wygląda podobnie. W Niemczech brane są pod uwagę wielkość, natężenie i czas trwania bólu, a także cierpienie, oszpeccenie czy deficyty psychiczne. Nie szacuje się deficytu zdrowia w oparciu o tabele, szkodę opisuje się swobodnie, a wyroki zapadłe w poprzednich sprawach tworzą ramy zakresu odszkodowań. We Francji zakres krzywdy ocenia się uwzględniając płeć, wiek, opis wypadku, ocenę medyczną (w tym szczegóły dotyczące leczenia oraz rokowanie na przyszłość). Uwzględnia się zwyczaje życiowe, zawód, konieczność ewentualnego przekwalifikowania zawodowego. Stopień cierpienia i oszpeccenia jest szacowany w skali numerycznej siedmiostopniowej, a uszczerbek na zdrowiu, w procentach. Tabelaryczny system odszkodowań w oparciu o system Baremo, w przypadku ofiar wypadku komunikacyjnego, polega na uznaniu określonych punktów inwalidztwa za każde obrażenie i jest stosowany w Hiszpanii. Ocena i przydział punktów inwalidztwa należą do specjalistów medycyny sądowej, przy czym uwzględnia się również czynniki korekcyjne (konieczność opieki pielęgniarstwa itp.). System zbliżony do polskiego, w oparciu o „szacunkowe tabele ograniczeń fizjologicznych” publikowane przez Sąd

Okręgowy w Mediolanie, z jasnym kryterium wiekowym oraz z podaniem uszczerbku na zdrowiu w procentach jest stosowany we Włoszech [81].

Tabelę ZUS należy ocenić pozytywnie, ponieważ spełnia wymogi pomocniczego narzędzia pracy. Zdaniem autora niniejszego opracowania posiada ona jednak nieliczne, przy czym istotne, mankamenty. Wskazanie tych uchybień być może w przyszłości pozwoli uniknąć ich powielania, szczególnie podczas aktualizacji Tabeli lub tworzenia nowego narzędzia pracy dla lekarzy. Do podstawowych wad należy niedostatecznie przygotowany i anachroniczny podział uszkodzeń. Jest on częściowo anatomiczny (np. uszkodzenia głowy, uszkodzenia klatki piersiowej, uszkodzenia brzucha), częściowo funkcjonalny (np. ostre zatrucia, porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych) oraz obejmuje choroby (choroby zawodowe) w zakresie podziału głównego. Powyższa niespójność jest często obecna z zakresie poszczególnych punktów w danej kategorii głównej (np. padaczka jako rodzaj uszkodzenia głowy, zatrucia powtórzone w chorobach zawodowych). Wysokość niektórych uszczerbków jest uzależniona od wielkości zmiany, a mniej od zaburzeń funkcjonalnych (rozmiar blizn, rozmiar ubytków w kościach sklepienia czaszki). Również uszkodzenia skóry stanowią liczne punkty, obecne w różnych częściach Tabeli, co utrudnia biegłym szybką i prawidłową lokalizację trwałych następstw uszkodzenia tego narządu ciała. Blizny głowy i twarzy ocenia się z uwagi na ich charakter i wielkość, klatki piersiowej jedynie z uwagi na stopień ograniczenia ruchomości klatki piersiowej. Uszkodzenie serca lub osierdzia jest za to ujęte tylko funkcjonalnie jako trzystopniowa skala wydolności układu krążenia i nie uwzględnia aktualnych możliwości medycyny w zakresie leczenia trwałych następstw (np. pourazowe rekonstrukcje zastawkowe). Wymusza to częstą ocenę przez analogię.

Tabele poszczególnych towarzystw ubezpieczeniowych wykazują podobieństwo. W zakresie treści poszczególnych punktów są to w zasadzie niewielkie różnice, przy czym istnieją znaczne rozbieżności w kwantyfikowaniu doznanego uszczerbku za daną dysfunkcję [82] [83] [84] [85]. Jako przykład takich różnic można wymienić uszczerbek na zdrowiu, związany z ubytkiem w kościach czaszki. Tabela ZUS proponuje 10-25% uszczerbku na zdrowiu za ubytek o średnicy 2,5 cm – w zależności od rozmiarów. Tabela Towarzystwa Ubezpieczeniowego Allianz za ubytek poniżej 10 cm² przewiduje 1-10%, a procent uszczerbku porównywalny z Tabelą ZUS, czyli wynoszący 16-25% jest powiązany z ubytkiem w kościach o łącznej powierzchni 50 cm². W tabeli TU Ergo Hestia zawarte są elementy bardziej uwzględniające współczesną wiedzę medyczną. Opisany w tabelach procentowego uszczerbku na zdrowiu szczegółowy opis następstw pourazowych, przy możliwości określenia stopnia uszkodzenia poszczególnych układów i narządów za pomocą nowych technik diagnostycznych, pozwala na łatwiejsze, bardziej jednoznaczne

i wiarygodniejsze określenie uszczerbku na zdrowiu, z minimalizacją subiektywnego jego zawyżenia lub obniżenia przez opiniującego [86]. Anachroniczność rozwiązań obowiązujących systemów orzecznich jest podnoszona od dłuższego czasu w pojedynczych opracowaniach. Podstawowym wnioskiem jest nieprzystająca do realiów ocena procentowa, która spłaszcza problem, zwłaszcza w odniesieniu do ciężkich urazów, gdzie mnogość obrażeń sprawia, iż uszczerbek przekracza 100%, co nie ma miejsca w warunkach orzekania przez lekarzy orzeczników, a jest spotykane wśród biegłych sumujących liczne i poważne uszczerbki, aby w ten sposób zobrazować sądowi skalę następstw zdrowotnych opiniowanego, zmagającego się z wielonarządowym kalectwem, które nie mieści się w ramach obowiązujących regulacji. P. Kowalski i E. Skupień proponują konstrukcję nowego systemu, składającego się z trzech niezależnych segmentów ocen. Segment A, dotyczący powierzchownych, szybko gojących się obrażeń typu sińce, otarcia naskórka, niewielkie rany itp. Segment B miałby obejmować długotrwałe uszczerbki na zdrowiu, których leczenie trwało co najmniej 12 tygodni. W tej grupie mieściłyby się złamania, zwichnięcia oraz wszystkie stany kliniczne, gdzie przywrócono czynność narządu w rozumieniu kolejnej 5-stopniowej skali funkcjonalnej. Segment C obejmowałby stały uszczerbek na zdrowiu wraz z propozycją programu mającego na celu przywrócenie lub zminimalizowanie ujemnych następstw w funkcjonowaniu w społeczeństwie [87].

Inną z interesujących propozycji, która ma na celu przestrzeganie w opiniowaniu medycznym adekwatnego związku przyczynowo skutkowego, przy rezygnacji ze stosowania Tabeli ZUS jest zastąpienie jej (Tabeli ZUS) tzw. systemem HBT (ang. Human Body Trauma) Index. Narzędzie to powstało w oparciu o analizę 357 spraw sądowych przeciwko zakładom ubezpieczeń o zadośćuczynienie i stanowi modyfikację Tabeli z uwzględnieniem aktualnych wymagań orzecznich i opiniodawczych. Szczególną rolę podkreśla się w ocenie następstw urazów typu „whiplash”, których obiektywizacja stanowi problem opiniodawczy medycyny-sądowej. Projekt ten, przygotowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii obejmuje również wpływ przejściowego, krótkotrwałego rozstroju zdrowia, pomijanego w warunkach opiniowania na podstawie Tabeli ZUS. Autorzy postulują bardzo dużą elastyczność systemu przy różnych rozmiarach szkód oraz korelację wartości punktowej indeksu HBT z zasądzaną kwotą zadośćuczynienia przy zachowaniu indywidualnego charakteru oceny deficytu zdrowia [88] [89] [90] [91].

Każde narzędzie badawcze, w oparciu o które biegły jest zobowiązany sporządzić opinie, powinno uwzględniać trzy powiązane ze sobą wymiary naruszenia sprawności w zgodzie z przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Międzynarodową Klasyfikacją Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń. Uszkodzenie – oznacza wszelką

utratę lub wadę struktury anatomicznej narządów i/lub ich czynności fizycznych czy psychicznych. Niepełnosprawność – to wynikające z uszkodzenia wszelkie ograniczenia lub brak zdolności wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka o danym wieku, płci i zawodzie. Upośledzenie – stan, będący wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności ograniczający lub uniemożliwiający wypełnianie ról, uważany za normalny dla człowieka w zależności od wieku, płci i czynników kulturowych i społeczno-zawodowych [92].

Niezależnie z jakiego narzędzia sąd zleci biegłemu korzystać podczas sporządzania opinii związanych z uszczerbkiem na zdrowiu, to w ślad za obowiązującym orzecznictwem i autorami nielicznych opracowań związanych z uszczerbkiem na zdrowiu, czy to w sporach cywilnych, czy z orzekaniem na użytek Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, należy podkreślić szczególną rolę indywidualnej oceny każdego przypadku, z uwzględnieniem wieku, wykształcenia, posiadanych kwalifikacji zawodowych, nasilenia choroby i rokowania jej dalszego przebiegu, jednak z zachowaniem wymaganego w medycynie sądowej krytycyzmu w ocenie związków przyczynowych.

Każdorazowo przeprowadzane badanie sądowo-lekarskie (samodzielne albo zespołowe), analiza zdarzenia prowadzącego do deficytu zdrowia, możliwość weryfikacji i obiektywizacji zgłaszanych objawów w oparciu o analizę akt sprawy ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji medycznej sprzed zdarzenia i po zdarzeniu, pozwalają zmaksymalizować prawdopodobieństwo adekwatnej oceny stanu zdrowia i rokowań na przyszłość i tym samym prawidłowo ocenić doznany uszczerbek na zdrowiu.

6. Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Opiniowanie sądowo-lekarskie związane jest przede wszystkim z następstwami wypadków komunikacyjnych (75%) oraz zdarzeniami losowymi (15%). Zakład Ubezpieczeń Społecznych bada następstwa wypadków przy pracy (97%), które dla biegłych są rzadkie (5%).
2. W znacznej ilości analizowanych przez biegłych spraw i wydanych opinii biegli zostali zobowiązani do wydania opinii uzupełniającej. Od roku 2012 w sprawach cywilnych biegli opiniują jedynie na zlecenie sądów
3. Inne są grupy wiekowe opiniowanych w warunkach sporu cywilnego w stosunku do podlegających orzecznictwu ZUS. Charakter losowy zdarzeń prowadzący do powództwa znajduje odzwierciedlenie w równym podziale płci, przy większości mężczyzn, którzy ulegają wypadkom przy pracy. Na spór sądowy, w którym biegli ustalają uszczerbek na zdrowiu najczęściej decydują się osoby z wykształceniem zawodowym i średnim, średnio w wieku około 40 lat.
4. Biegli opiniują głównie w zespołach 2-4 osobowych (każdy o różnej specjalizacji). W opiniowaniu przeważnie uczestniczy ortopeda, a w połowie przypadków neurolog albo neurochirurg co wynika z charakteru doznanych uszczerbków na zdrowiu. W ZUS orzeczenie jest wydawane przez jednego lekarza.
5. Uszczerbki na zdrowiu ustalane w trakcie opiniowania sądowo-lekarskiego są na poziomie wyższym niż uszczerbki orzekane przez lekarza orzecznika ZUS. Biegli orzekają w ustaleniach następstw zdrowotnych wyższy procent uszczerbku stałego od długotrwałego.
6. Najbardziej narażoną okolicą ciała na doznanie uszczerbku na zdrowiu jest głowa, następnie kończyny dolne i górne oraz kręgosłup, co wiązać można z dominującymi wypadkami komunikacyjnymi. Również największe uszczerbki na zdrowiu stwierdzano w związku z obrażeniami głowy, następnie z uwagi na porażenie lub niedowład nerwów obwodowych oraz z następstwami uszkodzeń kończyn dolnych i brzucha.
7. W całym okresie objętym badaniem wysokość doznanego uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego nie zależała od wieku. Występuje bardzo młody wiek badanych, u których stwierdzano najwyższe uszczerbki na zdrowiu przy ogólnie wyższej średniej wieku dla wszystkich lżejszych uszczerbków.

8. Tabela jest sprawdzonym i pomocnym narzędziem pracy biegłego sądowego do oceny następstw zdrowotnych prowadzących do powództwa w sprawie cywilnej. Aktualizacji, usystematyzowania i ujednolicenia wymaga terminologia stosowana w Tabeli.

7. Streszczenie

Słowa kluczowe: opinia sądowo-lekarska, uszczerbek na zdrowiu, opinia biegłego,

Roszczenia odszkodowawcze stanowią przedmiot sporu pomiędzy ubezpieczonymi w towarzystwach ubezpieczeniowych, a tymi towarzystwami. Ocena następstw zdrowotnych w toku sporu sądowego spoczywa na barkach biegłych lekarzy. Rzetelne przedstawienie opinii przez biegłych, którzy w sposób obiektywny dla stron, a przede wszystkim zrozumiały dla wszystkich uczestników sporu sądowego przedstawia konsekwencje zdrowotne określonego zdarzenia dla konkretnego człowieka, stanowi jeden z najistotniejszych dowodów przeprowadzanych na gruncie prawa procesowego. W pracy poruszono zagadnienie kwantyfikacji doznanego uszczerbku na zdrowiu w sporze cywilnym w oparciu o opinie wydane przez biegłych KiZMS UMP w Poznaniu przez okres 10 lat oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS z analogicznego okresu. Zbadano cechy powoda, który doznał uszczerbku na zdrowiu i zdecydował się na spór sądowy cywilny. Analizowano przyczynę tego sporu, pozwanego oraz trendy w analizowanym okresie czasu. Zbadano doznany uszczerbek na zdrowiu.

Głównym założeniem niniejszego opracowania była analiza doznanych stałych lub długotrwałych uszczerbków na zdrowiu w sporze cywilnym na podstawie spraw opiniowanych przez biegłych sądowych KiZMS UMP w latach 2009-2018 w celu ustalenia jak, na jakiej podstawie i przy wykorzystaniu jakich narzędzi badawczych opiniują biegli sądowi oraz czy są stwierdzane trendy w opiniowaniu sądowo-lekarskim na przestrzeni analizowanego 10-lecia. Za cel pracy przyjęto również ocenę Tabeli ZUS, która nie została dedykowana biegłym, a w oparciu o którą opiniują oni związani postanowieniem sądu.

Materiał empiryczny był analizowany w Katedrze i Zakładzie Medycy Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Metoda badawcza polegała na szczegółowej analizie 18735 opinii sądowo-lekarskich, sporządzanych dominująco na zlecenie organów dochodzeniowo-śledczych oraz sądów i przyjętych do opiniowania w latach 2009-2018. Spośród tych wszystkich opinii sądowo-lekarskich wyselekcjonowano 558 opinii zasadniczych, które dotyczyły spraw, w których dokonano procentowej oceny doznanego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z tezą dowodową postanowienia organu zlecającego. Stanowiły one materiał poddany szczegółowej analizie i badaniu statystycznemu. Uwzględniono także 139 opinii uzupełniających. Analiza okresu 10 lat pozwoliła na przedstawienie aktualnych, stałych i zmieniających się w czasie danych, a także umożliwiła ustosunkować się do proponowanego przez zlecający sąd narzędzia badawczego, czyli tzw. Tabeli ZUS.

Opinie uzupełniające wydawano w blisko 25% przypadków, jednak ich treść nie wpływała na wnioski w opiniach zasadniczych.

W badanym materiale od roku 2012 wydziały cywilne sądów były jedynym zleceniodawcą opinii, w których ustala się procentowy uszczerbek na zdrowiu. Wcześniej biegli opiniowali również na zlecenia prywatne.

Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach ustalających uszczerbek na zdrowiu było związane przede wszystkim z następstwami wypadków komunikacyjnych (75%) oraz zdarzeniami losowymi (15%). W analizowanym okresie czasu jest to stała zależność. ZUS badał następstwa wypadków przy pracy (97%), które dla biegłych były rzadkie (5%).

Opinie biegłych częściej niż orzeczenia ZUS dotyczyły grup najmłodszych i najstarszych. Doznającymi uszczerbku na zdrowiu w realiach sporu sądowego byli w równej mierze kobiety i mężczyźni, ZUS tymczasem orzekał rzadziej uszczerbki na zdrowiu w grupie kobiet. Średnia wieku badanych przez biegłych wynosiła około 40 lat, niezależnie od okolicy ciała, narządu, w których stwierdzano uszczerbek na zdrowiu.

Biegli opiniowali głównie w zespołach 2-4 osobowych (każdy o różnej specjalizacji). W opiniowaniu przez biegłych przeważnie uczestniczył ortopeda, a w połowie przypadków neurolog albo neurochirurg. W ZUS orzeczenie było wydawane przez jednego lekarza.

Uszczerbki na zdrowiu ustalane w toku opiniowania sądowo-lekarskiego były na poziomie wielokrotnie wyższym niż uszczerbki orzekane przez lekarza orzecznika ZUS. Biegli orzekali w ustaleniach następstw zdrowotnych wyższy procent uszczerbku stałego od długotrwałego.

W badanym materiale lokalizacją, gdzie stwierdzano najczęściej uszczerbek na zdrowiu była głowa, następnie kończyny dolne i górne oraz kręgosłup. Również największe uszczerbki na zdrowiu stwierdzano w związku z obrażeniami głowy, następnie z uwagi na porażenie lub niedowład nerwów obwodowych oraz z następstwami obrażeń kończyn dolnych i brzucha. U mężczyzn dwa razy częściej niż u kobiet występowały uszczerbki na zdrowiu związane z następstwami obrażeń klatki piersiowej.

W całym okresie objętym badaniem średnia wysokość doznanego uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego była niezależna od wieku. Stwierdzono bardzo młody wiek badanych, u których stwierdzano najwyższe procentowe uszczerbki na zdrowiu przy ogólnie wyższej średniej wieku dla wszystkich lżejszych uszczerbków. Stwierdzany uszczerbek na zdrowiu w okresie objętym badaniem był niezależny od płci.

Ugruntowaną praktyką oraz przydatnym narzędziem pracy biegłego lekarza w sprawach cywilnych jest Tabela oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu, dzięki której

biegły może „przeliczyć” trwałe lub długotrwałe deficyty zdrowia na wartość liczbową wyrażoną w procentach. W analizowanym okresie czasu zauważalny był spadek stosowania analogii. Zdaniem autora aktualizacji i ujednolicenia wymaga terminologia stosowana w Tabeli, ponieważ jest ona częściowo związana z podziałem czynnościowym, a częściowo anatomicznym człowieka. Niektóre z punktów szczególnie często wymagały stosowania analogii.

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że wykonywanie opinii w zespole doświadczonych specjalistów na zlecenie sądu, możliwość weryfikacji i obiektywizacji stanu zdrowia w oparciu o analizę akt i przeprowadzone badanie, przy uwzględnieniu dobrego narzędzia do oceny stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, powinno stanowić bardzo mocną przesłankę do maksymalnego podkreślenia wagi procesowej dowodu z zespołowej opinii biegłych lekarzy.

8. Summary

Keywords: forensic medical opinion, health impairment, expert opinion,

Claims for damages are the subject of disputes between the insured at insurance companies and these companies. In the course of litigation, assessment of health consequences rests on the shoulders of court-appointed physicians. Reliable presentation of opinions by experts who, maintaining objectivity towards all parties, and above all, comprehensibility for all participants in a court dispute, present the health consequences suffered by a specific person in a given event, constitutes one of the most important pieces of evidence provided under procedural law. This study deals with the issue of quantifying the sustained health impairment in the course of a civil dispute based on the opinions issued by experts from the Department and Faculty of Forensic Medicine at the Medical University in Poznań throughout a period of 10 years, and the decisions of Social Security Institution (ZUS) certifying physicians from the same period. The study examines characteristics of a plaintiff who suffered a health impairment and decided to file a civil court case. The reasons for such disputes, the defendants and the trends in the period in question were analyzed. The study also examined health impairment.

The main premise of this study was an analysis of permanent or long-term injuries in a civil dispute based on cases reviewed by court experts of the Department and Faculty of Forensic Medicine at the Medical University in Poznań in the years 2009-2018, in order to determine how, on what basis, and using what research tools court experts provide opinions, and whether there are identifiable trends in forensic medical opinions over the analyzed decade. The aim of the study also included the assessment of the Social Insurance Institution Table, which was not dedicated to experts, but based on which they give their opinions, bound by the court's decision.

The empirical material has been collected at the Department and Faculty of Forensic Medicine at the K. Marcinkowski Medical University in Poznań. The research method involved a detailed analysis of 18,735 forensic medical opinions, drawn up predominantly at the request of investigative bodies and courts, and accepted for assessment in the years 2009-2018. Out of all these forensic-medical opinions, 558 basic opinions were selected. All of them were concerning cases in which the percentage of the health impairment was assessed in accordance with the evidence thesis of the commissioning authority's decision. They constituted material subject to detailed analysis and statistical examination. In addition, 139 supplementary opinions were also taken into consideration. Analysis of the 10-year period allowed for the presentation of up-to-date, constant data which changed over time, and also

made it possible to respond to the research tool proposed by the commissioning court, i.e. Social Security Institution Table.

Supplementary opinions were issued in nearly 25% of cases, however, their content did not affect the conclusions in the primary opinions.

In the analyzed material, starting from the year 2012, the civil courts were the only commissioners of opinions in which the health impairment percentage was determined. Previously, experts also issued opinions on private commissions.

Forensic medical opinions on health impairment issues were mainly related to the consequences of transport accidents (75%) and random events (15%). This is constant correlation in the analyzed period. The Social Security Institution examined the consequences of workplace accidents (97%), which were rare for experts (5%).

Experts opinions concerned the youngest and oldest population groups more frequently than Social Security Institution rulings did. In the realities of the court disputes, men and women were equally affected by health impairments, while in the case of women, the Social Insurance Institution ruled on health impairments less frequently. The average age of the subjects examined by court-appointed physicians was approximately 40, regardless of the area of the body or organ in which the health impairment was determined.

Court experts provided their opinions mainly in teams of 2-4 persons (each with a different specialization). An orthopedic surgeon usually took part in expert opinions, and half of the cases were attended by a neurologist or a neurosurgeon. At ZUS, the ruling was issued by a single physician.

The health impairments determined in the course of the forensic medical assessment were at a level many times higher than the impairments ruled by the ZUS certifying physician. In determining health consequences, the experts ruled a higher percentage of permanent impairments compared to long-term impairments.

In the studied material, the location where the most frequent health impairments were found was the head, followed by the lower and upper limbs, and the spine. The greatest health impairment was also found in connection with head injuries, then due to paralysis or paresis of peripheral nerves, and the consequences of lower limb and abdominal injuries. In the case of men, health impairments related to the consequences of chest injuries occurred twice as often as in women.

Throughout the entire period covered by the study, the average degree of health impairment due to transport accidents was independent of age. The subjects with the highest percentages of health impairments were found to be very young, with a generally higher mean age for all minor impairments. The health impairment determined during the studied period was independent of gender.

A well-established practice and a useful tool for a court-appointed physician in civil cases is the Health Impairment Percentage Assessment Table, which allows an expert to "convert" a permanent or long-term health impairment into a numerical value expressed as a percentage. In the period in question, a decrease in the use of analogies was noticeable. In the author's opinion, the terminology used in the Table should be updated and standardized, as it is partly related to the functional division, and partly to the human anatomical division. Certain items required the use of analogy particularly often.

The conducted research allowed to conclude that the issuing of opinions in a team of experienced specialists at the commission of the court, the ability to verify and objectify the state of health based on an analysis of records and the conducted examination, considering a good tool for the assessment of permanent or long-term health impairment, should constitute a very strong premise for emphasizing as much as possible the procedural importance of the evidence based on the joint opinion of a team of court-appointed physicians.

9. Bibliografia

- [1] Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152, tj. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- [2] J. Turek, Biegły sądowy i jego czynności, *Monitor Prawniczy*, pp. 14-28, 2007.
- [3] Dz.U.2019.0.1205 t.j. - Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.
- [4] Dz.U. 2014 poz. 616, tj. Ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadku lub choroby pozostających w związku ze służbą.
- [5] Dz.U.2020.0.1444 t.j. - Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.
- [6] T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu*, 2010.
- [7] W. Nasiłowski, Znaczenie wiedzy o typowości w opiniowaniu sądowo-lekarskim *Arch. Med. Sąd. Kryminol.*, pp. 16-19, 2011, LXI.
- [8] K. Jaegermann, *Opiniowanie sądowo-lekarskie. Eseje o teorii*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze, 1991.
- [9] P. Kowalski, Opiniowanie w sprawach cywilnych jako nowy wymiar problemów stojących przed biegłymi, *Prawo i Medycyna*, pp. 70-75, 2004 4/2004 (17, vol. 6).
- [10] Dz.U.2020.0.1740 t.j. - Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny.
- [11] Wyrok SN z dnia 18 listopada 1998 r., II CKN 353/98, LEX nr 897877, 1998.
- [12] M. Fras i H. Magdalena, *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353-534)*.
- [13] Wyrok SN z 5 października 2005 r., I PK 47/05, 2005.
- [14] A. Wilmowska-Pietruszyńska i D. Bilski, *Orzecznictwo Lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-dentystycznych akademii medycznych*, Wrocław: Elsvier Urban&Partner, 2011.
- [15] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej *Dziennik Ustaw* NR 234 Poz. 1974, 2002.
- [16] Rozporządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej *Dz. U. Nr 36, poz. 199*, 1975.

- [17] I. Piotrowska, Pozycja i rola biegłego sądowego w świetle oczekiwań organu procesowego, Arch. Med. Sąd. Krym., pp. 196-199, 2007 LVII.
- [18] A. Kegel i l. Z. Kege, Przepisy o biegłych sądowych, tłumaczach i specjalistach. Komentarz, Kraków: Zakamycze, 2004.
- [19] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. poz. 555, z późn. zm.), 1997.
- [20] Ustawa dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. 2001 Nr 98 poz. 1070).
- [21] T. Żyznowski, H. Dolecki, T. Wiśniewski, Komentarz. Tom I. Artykuły 1-366, wyd. II, w Kodeks Postępowania Cywilnego, LEX 2013, 2013.
- [22] Dz. U. z 2005 r. Nr 15, poz. 133 z późn. zm., 2005.
- [23] Wyrok SA w Krakowie z dnia 26 października 2004 r., II AKa 207/04, 2004.
- [24] Orzeczenie SN z dnia 29 września 1956 r., 3CR 121/56, OSN 1958/1, poz. 16, 1956.
- [25] A. Gaberle, Dowody w sądowym procesie karnym, Warszawa: Wolters Kluwer, 2010.
- [26] P. Hofmański, Kodeks postępowania karnego Tom I. Komentarz do artykułów 1-296, Warszawa: C. H. Beck, 2007.
- [27] K. Flaga-Gieruszyńska, Biegły w postępowaniu cywilnym i karnym, Warszawa: C.H.Beck, 2017.
- [28] T. Grzegorzczak, Kodeks postępowania karnego - komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997, Kraków: Wydawnictwo Zakamycze, 1998.
- [29] K. Flaga-Gieruszyńska i A. Zieliński, Art. 278 (Powołanie), Kodeks Postępowania Cywilnego. Komentarz., Warszawa, C.H.Beck Wydanie 10, 2019.
- [30] D. Tomasz, Art. 278, w Jakubecki Andrzej (red.) Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz do wybranych przepisów nowelizacji 2019, LEX/el.2019, 2019.
- [31] M. Sieńko i M. M. red., Art. 278 Wezwanie biegłych, w Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I, LEX/el. 2020 san prawny 24 kwietnia 2020 r., 2020.
- [32] K. Piasecki, Kodeks postępowania cywilnego - komentarz, Warszawa: C.H. Beck, 1996.
- [33] E. Wasilewska, Metodyka pracy adwokata i radcy prawnego w sprawach medycznych o zadośćuczynienie, Warszawa: Wydawnictwo C.H.Beck, 2020.
- [34] Wyrok SN z dnia 14 marca 2007 r., III UK 130/06, OSNP 2008, nr 7-8, poz. 113, 2008.

- [35] J. Turek, Czynności dowodowe sądu w procesie cywilnym, Warszawa: Wolters Kluwer, 2013.
- [36] A. Sieńko, Błędy medyczne - odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej, Warszawa: Wiedza i Praktyka, 2018.
- [37] M. Nestorowicz, Prawo Medyczne, Toruń: TNOiK Dom Organizatora, 2005.
- [38] K. Leszek, Prawo Medyczne, Wrocław: Urban & Partner, 2003.
- [39] Wyrok SN z dnia 9 lipca 2003 r., IV CKN 327/01, Legalis, 2003.
- [40] A. Patryk, Dowód z opinii lekarskiej w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, LEX, 2020.
- [41] Wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 czerwca 2016 r., III AUa 829/15, LEX nr 2086556, 2016.
- [42] Wyrok SA w Łodzi z dnia 25 października 2013 r., I ACa 543/13, Legalis, 2013.
- [43] A. Klich, Dowód z opinii biegłego w postępowaniu cywilnym. Biegły lekarz, Warszawa: C.H.Beck, 2016.
- [44] SN z dnia 29.11.1949 r. WaC 167/49, 1949.
- [45] SN z dnia 10 lutego 2000 r. II UKN 399/99, 2000.
- [46] Wyrok SA w Szczecinie z dnia 18 września 2014 r., III AUa 14/14, LEX nr 1527188, 2014.
- [47] Wyroki SNo z dnia 12 kwietnia 2000 r., II UKN 498/99, OSNAPiUS 2001 nr 19, poz. 597, 2001.
- [48] Wyrok SA w Poznaniu z dnia 19 marca 2015 r., III AUa 1385/14, 2015, LEX 1766020.
- [49] J. Studzińska i J. Dzierżanowska, Biegli w postępowaniu sądowym cywilnym i karnym, Warszawa: Wolters Kluwer, 2016.
- [50] Postanowienie SN z dnia 12 lipca 1968 r., I CR 279/68, LEX nr 6371, 1968.
- [51] Wyrok SN z dnia 9 października 2009 r., IV CSK 205/09, LEX nr 852577, 2009.
- [52] Wyrok SN z dnia 10 stycznia 2012 r., I UK 235/11, LEX nr 1129324.
- [53] Wyrok Sądu Okręgowego w Tarnowie z dnia 4 grudnia 2018 r. I C 1255/17, 2018 LEX nr 2618742.
- [54] W. Truszkiewicz i P. Maciejczak, Opinia biegłego w procesach cywilnych, z punktu widzenia pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, pp. 104-110, LVII 2007.

- [55] Wyrok SN z dnia 6 października 2009 r., II UK 47/09, Legalis, 2009.
- [56] Wur. SN z 1 września 2009 r., I PK 83/09, Legalis, 2009.
- [57] Wyrok SA w Poznaniu z 20 marca 1995 r., I ACr 653/94, 1995.
- [58] J. Włodarczyk-Madejska, Opinia biegłego w sprawach cywilnych w świetle badania aktowego, *Prawo w Działaniu*, pp. 155-176, 2017 vol. 31.
- [59] SN z dnia 14 listopada 2013 r., IV CSK 135/13, LEX nr 1405234, 2013.
- [60] SN z dnia 2 grudnia 2011 r., III CSK 60/11, LEX nr 1110994, 2011.
- [61] SN z dnia 23 stycznia 2012 r., II PK 97/11, LEX nr 1166983, 2012.
- [62] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu karnym, Dz.U.2017.2049, 2013.
- [63] K. Sejmu, „Dz. U. 2005 NR 167 poz. 1398, z późn. zm.,” [Online]. Available: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051671398/U/D20051398Lj.pdf>. [Data uzyskania dostępu: 16 01 2021].
- [64] H. Wiśniewska-Śliwińska i J. T. Marcinkowski, Biegły sądowy - tryb powoływania, wymagania, obowiązki, *Orzecznictwo Lekarskie*, pp. 33-39, 8 (1) 2011.
- [65] Ustawa z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 101 ze zm.), 1964.
- [66] C. Żaba, Analiza medyczno-sądowa ofiar śmiertelnych wypadków samochodowych badanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 1951-2010, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2012.
- [67] A. Jażdżik-Osmólska i R. Korneć, Wycena kosztów wypadków i kolizji drogowych na sieci dróg w Polsce na koniec roku 2018, z wyodrębnieniem średnich kosztów społeczno-ekonomicznych wypadków na transeuropejskiej sieci transportowej, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa, 2019.
- [68] W. Tianbing i e. al., Epidemiological and clinical characteristics of 3327 cases of traffic trauma deaths in Beijing from 2008 to 2017, *Medicine (baltimore)*, p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6946352/#>, vol 99 (1) 2020.
- [69] L. Sminkey, „Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020,” World Health Organisation, Geneva.

- [70] P. Sarrami, E. Armstrong, J. Naylor i I. A. Harris, Factors predicting outcome in whiplash injury: a systematic meta-review of prognostic factors, *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, pp. 9-16, 03 v.18(1) 2017.
- [71] M. Dinesh, Road traffic injuries: a stocktaking, *Best practice & research. Clinical rheumatology*, tom 22(4), nr doi: 10.1016/j.berh.2008.05.004, pp. 725-39 , 8 2008.
- [72] National Highway Traffic Safety Administration, [Online]. Available: <https://www.nhtsa.gov/research-data/crash-injury-research>. [Data uzyskania dostępu: 14 01 2021].
- [73] T. Huckhagel i J. e. a. Nuchtern, Nerve injury in severe trauma with upper extremity involvement: evaluation of 49,382 patients from the TraumaRegister DGU® between 2002 and 2015, *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, pp. doi: 10.1186/s13049-018-0546-6, 10 08 2018.
- [74] C. Heim, f. Bosisio, A. Roth i e. al., Is trauma in Switzerland any different? Epidemiology and patterns of injury in major trauma - a 5-year review from a Swiss trauma centre, *Swiss Medical Weekly*, p. doi: 10.4414/smw.2014.13958, 2 04 2014.
- [75] P. Talving, P. G. R. Teixeira, G. Barmparas i et.al., Motorcycle-related injuries: effect of age on type and severity of injuries and mortality, *J Trauma*, pp. 441-6. doi: 10.1097/TA.0b013e3181cbf303, 02 2010.
- [76] D. Demetriades, J. Murray, M. Martin i e. al., Pedestrians injured by automobiles: Relationship of age to injury type and severity, *Journal of the American College of Surgeons*, pp. 382-387, 01 09 2004.
- [77] D. b. D. i. R. P. GUS, stat.gov.pl, 12 01 2020. [Online]. Available: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/kobiety-i-mezczyzni-na-ryнку-pracy-2014,1,5.html>. [Data uzyskania dostępu: 12 01 2020].
- [78] A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, K. Kordel i i. wsp., *Opiniodawstwo Sądowo-Lekarskie*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2013.
- [79] K. Szaniewicz, *Orzecznictwo lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia*, Kraków: Drukarnia Narodowa w Krakowie, 1959.
- [80] T. Kaczmarek i M. J. T., Standardy orzecznicze w ocenie niezdolności do pracy, *Arch. Med. Sąd. Krym.* , pp. 28-33, 2007 LVII.
- [81] V. L. Vismara, *A Comparison of Compensation for Personal Injury Claims in Europe*, General Reinsurance AG, Cologne, 2014.

- [82] PZU, Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU, [Online]. Available: https://www.pzu.pl/_files/1508332. [Data uzyskania dostępu: 18 01 2021].
- [83] W. SA, Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, Warta S.A., [Online]. Available: <https://www.warta.pl/documents/10157/916069/Tabela%20norm%20procentowego%20uszczerbku%20na%20zdrowiu%20NNW.pdf>. [Data uzyskania dostępu: 18 01 2021].
- [84] E. Hestia, „Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu,” Ergo Hestia, [Online]. Available: https://cdn.bsbox.pl/files/hestia/YjY7MDA_/46d8980f185308c94e9a8a40ac7167d7_documents.pdf. [Data uzyskania dostępu: 18 01 2021].
- [85] Allianz, „Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,” Allianz - ubezpieczenia od A do Z., [Online]. Available: https://www.allianz.pl/content/dam/onemarketing/cee/azpl/dokumenty/grupowe-zycie/Tabela_oceny_uszczerbku.pdf. [Data uzyskania dostępu: 18 01 2021].
- [86] C. Chowaniec, M. Kobek, A. Nowak i M. Chowaniec, „O różnicach w ocenie uszczerbku na zdrowiu pomiędzy tabelami ministra pracy i polityki społecznej, a towarzystw ubezpieczeniowych,” *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, pp. 264-267, nr LV 2005.
- [87] P. Kowalski i E. Skupień, „Dysfunkcjonalność obowiązujących norm procentowej oceny uszczerbku na zdrowiu - problem adekwatnego oszacowania,” *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, pp. 53-57, nr LVII 2007.
- [88] J. Berent, „Kilka faktów o ICF i HBT Index,” *Miesięcznik Ubezpieczeniowy*, pp. 45-46, nr6 2014.
- [89] W. Truszkiewicz, „System HBT Index opis standardu,” *Miesięcznik ubezpieczeniowy*, pp. 18-19, nr 7/8 2014.
- [90] Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej, „Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,” [Online]. Available: http://www.ptmu.org.pl/ptmu/plik/inne-tabela-norm-oceny-procentowej-ptmu-piu_nn16.pdf. [Data uzyskania dostępu: 18 01 2021].
- [91] G. Teresiński, „Weryfikacja dystorsji szyjnego odcinka kręgosłupa w praktyce sądowo-lekarskiej. Część II - obiektywizacja obrażeń,” *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, pp. 69-78, nr 2 2013.

- [92] Z. Gronowska i A. Wilmowska-Pietruszyńska, „Niepełnosprawność, całkowita niezdolność do pracy,” *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, pp. 6-10, LVII 2007.

10. Spis tabel

Tabela 1. Liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich przez KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	26
Tabela 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich, w których oceniano uszczerbek na zdrowiu w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018	26
Tabela 3. Liczba opinii sądowo-lekarskich w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	27
Tabela 4. Liczba wydawanych opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	28
Tabela 5. Zmiany częstości sporządzania opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	28
Tabela 6. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	29
Tabela 7. Instytucje zlecające opinie sądowo-lekarskie KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018	30
Tabela 8. Pozwany w opiniach sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018	31
Tabela 9. Pozwany w opiniach KiZMS UMP w Poznaniu w latach 2009-2018	33
Tabela 10. Przyczyny uszczerbków na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	34
Tabela 11. Przyczyny uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	35
Tabela 12. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w latach 2009-2018	36
Tabela 13. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2009.....	36
Tabela 14. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2010.....	37
Tabela 15. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2011.....	37
Tabela 16. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2012.....	37
Tabela 17. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2013.....	37
Tabela 18. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2014.....	38
Tabela 19. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2015.....	38

Tabela 20. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2016.....	38
Tabela 21. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2017.....	38
Tabela 22. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w roku 2018.....	39
Tabela 23. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	39
Tabela 24. Wiek powoda w kolejnych latach w opiniach KiZMS UMP w okresie 2009-201840	
Tabela 25. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP i wiek badanego w ZUS w latach 2009-2018.....	41
Tabela 26. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	42
Tabela 27. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	42
Tabela 28. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w latach 2009-201843	
Tabela 29. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2009	44
Tabela 30. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2010	44
Tabela 31. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2011	44
Tabela 32. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2012	44
Tabela 33. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2013	44
Tabela 34. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2014	45
Tabela 35. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2015	45
Tabela 36. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2016	45
Tabela 37. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2017	45
Tabela 38. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w roku 2018	45
Tabela 39. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	46
Tabela 40. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018.....	47
Tabela 41. Skład zespołu opiniującego w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	48
Tabela 42. Skład zespołu opiniującego w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	49
Tabela 43. Rodzaj specjalizacji lekarzy wydających opinie w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	50
Tabela 44. Zmiany w składzie opiniującym w kolejnych latach w opiniach KiZMS UMP....	51
Tabela 45. Lokalizacja uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-201852	
Tabela 46. Lokalizacja uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	53

Tabela 47. Wielkość uszczerbku na zdrowiu w poszczególnych lokalizacjach w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	54
Tabela 48. Średnia wielkość uszczerbku na zdrowiu w opiniach biegłych KiZMS UMP w poszczególnych lokalizacjach w kolejnych latach w okresie 2009-2018	55
Tabela 49. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	57
Tabela 50. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2009.	59
Tabela 51. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2010.	59
Tabela 52. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2011.	60
Tabela 53. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2012.	60
Tabela 54. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2013.	61
Tabela 55. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2014.	61
Tabela 56. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2015.	62
Tabela 57. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2016.	62
Tabela 58. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2017.	63
Tabela 59. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w roku 2018.	63
Tabela 60. Wielkość uszczerbku na zdrowiu u kobiet w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018	64
Tabela 61. Wielkość uszczerbku na zdrowiu u mężczyzn w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018.....	65
Tabela 62. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018	66
Tabela 63. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2009.....	67
Tabela 64. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2010.....	67
Tabela 65. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2011.....	68
Tabela 66. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2012.....	68
Tabela 67. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2013.....	69
Tabela 68. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2014.....	69
Tabela 69. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2015.....	70

Tabela 70. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2016.....	70
Tabela 71. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2017.....	71
Tabela 72. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2018.....	71
Tabela 73. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i lokalizację uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	72
Tabela 74. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018	73
Tabela 75. Średni procent uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP oraz ZUS w latach 2009-2018	74
Tabela 76. Liczba opinii ustalających procentowy uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku wypadków komunikacyjnych w latach 2009-2018.....	76
Tabela 77. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	77
Tabela 78. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	77
Tabela 79. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2009	78
Tabela 80. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2009	78
Tabela 81. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2010	79
Tabela 82. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2010	79
Tabela 83. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2011	80
Tabela 84. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2011	80
Tabela 85. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2012	81
Tabela 86. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2012	81
Tabela 87. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2013	82

Tabela 88. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2013	82
Tabela 89. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2014.....	83
Tabela 90. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2014	83
Tabela 91. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2015	84
Tabela 92. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2015	84
Tabela 93. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2016.....	85
Tabela 94. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2016	85
Tabela 95. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2017	86
Tabela 96. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2017	86
Tabela 97. Średni wiek badanych z podziałem na płeć i procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w roku 2018.....	87
Tabela 98. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2018	87
Tabela 99. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	88
Tabela 100. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2009	89
Tabela 101. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2010	90
Tabela 102. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2011	91
Tabela 103. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2012	92
Tabela 104. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2013	93
Tabela 105. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2014	94

Tabela 106. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2015	95
Tabela 107. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2016	96
Tabela 108. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2017	96
Tabela 109. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2018	97
Tabela 110. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	98
Tabela 111. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u mężczyzn w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	99
Tabela 112. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet i mężczyzn(łącznie) w opiniach KiZMS UMP latach 2009-2018	100
Tabela 113. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	101
Tabela 114. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018.....	102
Tabela 115. Punkty Tabeli oceny procentowej wobec których biegli stosowali analogię w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018	103

11. Spis rycin

Rycina 1. Liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich przez KiZMS UMP w latach 2009-2018..	26
Rycina 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	27
Rycina 3. Liczba wydawanych opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018	28
Rycina 4. Zmiany częstości sporządzania opinii uzupełniających w materiale KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	29
Rycina 5. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	29
Rycina 6. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	30
Rycina 7. Pozwany w opiniach sądowo-lekarskich KiZMS UMP w latach 2009-2018	32
Rycina 8. Pozwany w opiniach KiZMS UMP w Poznaniu w latach 2009-2018	33
Rycina 9. Przyczyny uszczerbków na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	34
Rycina 10. Przyczyny uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	35
Rycina 11. Zdarzenia prowadzące do uszczerbku na zdrowiu w materiale KiZMS UMP i ZUS w latach 2009-2018	36
Rycina 12. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	40
Rycina 13. Wiek powoda w kolejnych latach w opiniach KiZMS UMP w okresie 2008-2019	41
Rycina 14. Wiek powoda w opiniach KiZMS UMP i wiek badanego w ZUS w latach 2009-2018.....	42
Rycina 15. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	42
Rycina 16. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	43
Rycina 17. Płeć badanych w opiniach KiZMS UMP i orzeczeniach ZUS w latach 2009-2018.....	43
Rycina 18. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	46
Rycina 19. Wykształcenie powoda w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018 ..	47
Rycina 20. Skład zespołu opiniującego w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	48
Rycina 21. Skład zespołu opiniującego w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	49
Rycina 22. Rodzaj specjalizacji lekarzy wydających opinie w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	50
Rycina 23. Lokalizacja uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018	52
Rycina 24. Odsetek opinii KiZMS UMP, w których nie stwierdzono uszczerbku na zdrowiu w latach 2009-2018.....	54
Rycina 25. Wielkość uszczerbku na zdrowiu w poszczególnych lokalizacjach w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	55
Rycina 26. Średnia wielkość uszczerbku na zdrowiu w opiniach biegłych KiZMS UMP w poszczególnych lokalizacjach w kolejnych latach w okresie 2009-2018.....	56
Rycina 27. Wielkość uszczerbku na zdrowiu a płeć w materiale KiZMS UMP w latach 2009-2018 ...	58

Rycina 28. Wielkość uszczerbku trwałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018 (wykres paralel coordinates plot).....	66
Rycina 29. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2009.....	67
Rycina 30. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2010.....	68
Rycina 31. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2011.....	68
Rycina 32. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2012.....	69
Rycina 33. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2013.....	69
Rycina 34. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2014.....	70
Rycina 35. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2015.....	70
Rycina 36. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2016.....	71
Rycina 37. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2017.....	71
Rycina 38. Wielkość uszczerbku stałego i długotrwałego w opiniach biegłych KiZMS UMP w roku 2018.....	72
Rycina 39. Wysokość ustalanego stałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	73
Rycina 40. Wysokość ustalanego długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	74
Rycina 41. Średni procent uszczerbku na zdrowiu w zależności od płci i wieku w opiniach biegłych KiZMS UMP oraz ZUS w latach 2009-2018.....	75
Rycina 42. Liczba opinii ustalających procentowy uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku wypadków komunikacyjnych w latach 2009-2018.....	76
Rycina 43. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	77
Rycina 44. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2009.....	78
Rycina 45. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2010.....	79
Rycina 46. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2011.....	80

Rycina 47. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2012	81
Rycina 48. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2013	82
Rycina 49. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2014	83
Rycina 50. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2015	84
Rycina 51. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2016	85
Rycina 52. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2017	86
Rycina 53. Korelacja wieku i ustalonego procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego przez biegłych po wypadku komunikacyjnym w opiniach KiZMS UMP w roku 2018	87
Rycina 54. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	88
Rycina 55. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2009	89
Rycina 56. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2010	90
Rycina 57. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2011	91
Rycina 58. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2012	92
Rycina 59. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2013	93
Rycina 60. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2014	94
Rycina 61. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2015	95
Rycina 62. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2016	96
Rycina 63. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2017	97
Rycina 64. Wysokość uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadków komunikacyjnych według płci w opiniach KiZMS UMP w roku 2018	97
Rycina 65. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	98

Rycina 66. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u mężczyzn w opiniach KiZMS UMP w latach 2009-2018.....	99
Rycina 67. Wysokość uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku komunikacyjnego u kobiet i mężczyzn (łącznie) w opiniach KiZMS UMP latach 2009-2018.....	100
Rycina 68. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UM w latach 2009-2018	101
Rycina 69. Stosowanie analogii w procentowej ocenie uszczerbku na zdrowiu w opiniach KiZMS UMP w kolejnych latach okresu 2009-2018	102

13. Wykaz skrótów

KC – Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny, (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 380ze zm.)

KiZMS – Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

KK – Ustawa z 6.6.1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.)

KPC – Ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 101 ze zm.)

KPK – Ustawa z 6.6.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. Nr 89, poz. 555 ze zm.)

PZU - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Grupa Kapitałowa Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA

Tabela - Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania, (Dz. U. Nr 234 z 2002 r. poz. 1974)

SN – Sąd Najwyższy

TU – towarzystwo ubezpieczeniowe

UMP – Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych