

## Szwedzkie ubezpieczenia pacjentów

### Wprowadzenie i rys historyczny

Problem odszkodowań dla pacjentów, którzy zostali poszkodowani w związku z leczeniem, był przez długi czas tematem dyskusji.

Przed *Ustawą o odszkodowaniach za czyny niedozwolone (delikty)* z 1972 r. bardzo trudno było uzyskać rekompensatę za szkody podczas leczenia. W szczególności trudno było pacjentom udowodnić (w kontekście procedur sądowych), że taka szkoda wynika z pomyłki bądź zaniechania ze strony personelu szpitalnego w ramach leczenia (...).

Specyfika opieki zdrowotnej, której badanie wymaga specjalnego przygotowania profesjonalnego, prowadziła do sytuacji, że tylko nieliczni poszkodowani uzyskiwali rekompensatę za błędy w opiece medycznej. Do 1975 r. zaledwie w 10 przypadkach orzeczono odszkodowania z powodu indywidualnych roszczeń poszkodowanych w trakcie opieki zdrowotnej. Ponadto niektórzy pacjenci uzyskali rekompensatę bezpośrednio w oparciu o ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności realizatora świadczeń medycznych, a nieliczni pacjenci uzyskali ryczałt *ex gratia* w ekstremalnych przypadkach szkody.

Ogółem przed 1975 r. średnio rocznie ok. 100 osób otrzymywało jakąś formę rekompensaty za komplikacje w leczeniu.

Szereg propozycji rozszerzenia uprawnień do odszkodowań dla pokrzywdzonych pacjentów docierał w tym okresie nawet do szczebla parlamentu, ale były one odrzucane głównie z powodu przewidywanych rozbieżności między duchem ustawy a praktyką i techniką interpretacji w konkretnych przypadkach.

Powolano się także na brak specjalnych regulacji tego rodzaju w innych krajach, a więc i brak odniesienia do sprawdzonych gdzie indziej doświadczeń (...).

Dlatego też zamiast rozwiązania legislacyjnego wybrano koncepcję dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, które weszło w życie 1 stycznia 1975 r. Na tej podstawie ubezpieczenie pacjentów miało być wdrożone we wszystkich instytucjach publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. Do 31 grudnia 1994 r. takie ubezpieczenie było zarządzane przez konsorcjum (w składzie: Folksam, Länsförsäkringsbolagen, Skandia i Trygg-Hansa), a podmioty świadczące publiczną i prywatną opiekę zdrowotną przyjęły dobrowolne zobowiązanie na rzecz rekompensat za szkody w leczeniu, mające bezpośredni związek z aplikowaną terapią. Takie rozwiązanie oznaczało znacznie większą szansę na rekompensatę dla poszkodowanych w trakcie leczenia, gdyż odszkodowanie było realizowane bez rozstrzygnięcia o błędzie lub zaniedbaniu konkretnych osób.

(...) Od wprowadzenia w życie omawianego ubezpieczenia oddzielono kwestię odpowiedzialności od sprawy odszkodowania. Pacjent nie musiał zatem zabiegać o względy lekarza, aby zyskać uprawnienia do rekompensaty. Odwrotnie, szacuje się obecnie, że w 60 do 80 proc. przypadków zarejestrowanych szkód w leczeniu właśnie personel inicjuje raport w przedmiocie szkody pacjenta (...).

Obecnie rejestruje się corocznie ok. 9 500 komplikacji w trakcie leczenia, z czego w ok. 45 proc. przypadków wypłaca się rekompensatę. Szacunkowa suma odszkodowań wynosi ponad 300 mln SEK. Dodać należy, że ok. 5 proc. placówek świadczących opiekę medyczną nie włącza się do ubezpieczenia pacjentów, ale są to firmy, które realizują mniej niż 1 proc. całości usług medycznych.

W 1994 r. konsorcjum ubezpieczeń pacjentów przestało funkcjonować, gdyż uwzględniono rozbieżności formalnoprawne z nową *Ustawą o zasadach konkurencji* z 1993 r.

Z drugiej strony, na początku lat 90. Szwecja nie była już jedynym krajem, gdzie wprowadzono ubezpieczenia pacjentów. M.in. Finlandia (1987), Dania (1992) wprowadziły ustawowe regulacje takich ubezpieczeń. Szwecja natomiast podjęła równoległe opracowanie nowego rozwiązania ustawowego,

uwzględniającego doświadczenia z innych krajów. Powołana przez rząd Komisja ds. Ubezpieczeń Pacjentów zaproponowała w swym raporcie (SOK 1994:75), aby specjalne uprawnienia do rekompensaty były określone w odrębnej ustawie, niezależnej od ogólnego prawa do odszkodowań za delikty (...).

*Ustawa o poszkodowanych pacjentach*, która weszła w życie 1 stycznia 1997 r. w części zawiera zasady rekompensat z poprzedniego dobrowolnego systemu ubezpieczeń pacjentów, ale z pewnymi istotnymi zmianami. Ustawa obejmuje potwierdzenie prawa pacjenta do odszkodowania za szkody, a także obowiązku podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną do utrzymywania ubezpieczenia pacjentów, z którego pokrywane byłyby te odszkodowania.

Wszystkie podmioty opieki zdrowotnej, niezależnie od formy, są zobowiązane do nabycia ubezpieczenia pacjentów. Takie przepisy są zatem obowiązkowe z korzyścią dla strony poszkodowanej. Jednakże poszczególne towarzystwa ubezpieczeniowe mogą uzupełniać swe polisy ubezpieczenia pacjentów o warunki, które są jeszcze bardziej korzystne dla strony pokrzywdzonej.

Do ochrony interesów pacjentów w przypadku, kiedy świadczący opiekę medyczną nie wypełnił obowiązku zakupu polisy ubezpieczeniowej, wszyscy świadczący taką opiekę są wspólnie zobowiązani do wypłaty rekompensaty dla poszkodowanego, dla którego konkretny podmiot świadczący opiekę zaniedbał zakupienia polisy. Aby następnie uregulować solidarnie należności, ubezpieczyciele poszkodowanych pacjentów są zobligowani przyłączyć się do Stowarzyszenia Ubezpieczeń Pacjentów, które miałyby zatłwiać problemy spowodowane przez podmioty, które nie nabyły polisy ubezpieczeniowej. Podobny system funkcjonuje w przypadku poszkodowanych w wypadkach drogowych, gdzie taką rolę pełni Biuro Ubezpieczycieli dla Zmotoryzowanych. Istotnym wymaganiem ww. regulacji jest to, że szkoda musiała łączyć się z opieką zdrowotną w Szwecji. Pacjenci leczeni poza granicami Szwecji mogą być zabezpieczeni poprzez dobrowolne przedsięwzięcia ubezpieczeniowe podmiotu świadczącego opiekę (...).

### Zakres pokrycia szkód

Wszystkie podmioty zaangażowane w tym sektorze są zobowiązane do zakupienia ubezpieczenia pacjentów. Opieka zdrowotna obejmuje także karetki i inne środki transportu pacjentów.

### Pacjent

Jedynym warunkiem ubiegania się o odszkodowanie jest to, aby szkoda zdarzyła się osobie będącej pacjentem (pacjentką). Osoby, wobec których podejmuje się opiekę medyczną, leczenie, bądź które poddaje się badaniom są traktowane jako pacjenci, bez względu na powód takich procedur. Również w świetle tej ustawy, jako pacjenta traktuje się każdego, kto dobrowolnie poddaje się badaniu medycznemu, albo kto oddaje swe organy lub inny materiał biologiczny do przeszczepów, bądź do innych celów medycznych.

### Obrażenia pacjentów

#### Definicja szkody indywidualnej

W stosunku do poprzedniej interpretacji z formuły ubezpieczeń dobrowolnych wprowadzono rozszerzoną definicję szkody, obejmującą zarówno obrażenia fizyczne, jak i urazy psychiczne. Poprzednio uwzględniano roszczenia w zasadzie tylko za obrażenia fizyczne, a szkody psychiczne rekompensowano tylko wtedy, gdy ich przyczyną były obrażenia natury fizycznej.



### Zasada dowodu

Aby szkoda mogła być zrekompensowana, musi zaistnieć związek przyczynowy między szkodą a świadczeniami opieki zdrowotnej. Pacjenta obciąża udowodnienie tego zjawiska przyczynowego. Wymaga się, aby ustalenie tego związku miało cechy przekonującego prawdopodobieństwa.

Obrażenia pacjentów wg §6 kwalifikują się do 6 następujących głównych kategorii:

#### 1. Obrażenia w przebiegu leczenia (terapii)

Odnosi się to do szkód spowodowanych przez badania, opiekę, terapię, bądź podobne procedury, o ile taka szkoda mogłaby nie zaistnieć, jeśli przyjęto by inny sposób realizowania tych procedur bądź wybrano inne osiągalne procedury (np. inne techniki lub metody terapeutyczne).

### Braki zasobów

Takie braki mogłyby być podstawą konkretnych roszczeń odszkodowawczych, tylko jeśli w konkretnym przypadku możliwe by było wykorzystanie istniejących zasobów w inny sposób, bądź użycie dodatkowych zasobów. A więc możliwość uniknięcia szkód zdrowotnych nie powinna być oceniana wg optymalnego standardu opieki leczniczej. Zasoby musiałyby być dostępne dla określonego podmiotu świadczącego opiekę.

#### 2. Obrażenia spowodowane czynnikiem materialnym

Rekompensata dla pacjenta jest możliwa w razie obrażenia spowodowanego defektem lub błędnym wykorzystaniem techniczno-medycznego produktu, lub wyposażenia szpitalnego stosowanego do badania, opieki, terapii, bądź w podobnych procedurach.

#### 3. Szkody diagnostyczne

Możliwa jest rekompensata dla pacjenta za szkodę spowodowaną niewłaściwą diagnozą. Istotną różnicą między tą, a innymi rodzajami szkód pacjenta jest to, że rekompensata w takim przypadku odnosi się do skutków choroby podstawowej, a nie do skutków opieki medycznej. Ustalenie szkody diagnostycznej bazuje na fakcie, że nie następuje terapia, jest ona mniej skuteczna bądź spóźniona. Szkoda diagnostyczna w kontekście odszkodowania znajduje potwierdzenie, jeśli konkretny, dający się zauważyć symptom został zignorowany podczas diagnozy, albo zinterpretowany w sposób odbiegający od normalnych standardów, stosowanych w takich przypadkach przez doświadczonego specjalistę. Szkoda diagnostyczna obejmuje sytuację, kiedy podstawowa choroba rozwija się w inny sposób niż w przypadku, gdyby tę chorobę uprzednio właściwie zdiagnozowano. Szkoda diagnostyczna opóźnia właściwą terapię albo prowadzi do niewłaściwego leczenia. Ten rodzaj szkody można opisać jako dodatkową dolegliwość w odniesieniu do stanu, jaki mógłby być, gdyby po początkowej diagnozie doświadczonego lekarza nastąpiło leczenie stosownie do takiej diagnozy.

#### 4. Szkoda z powodu infekcji

Przewiduje się rekompensatę za szkody spowodowane przez przeniesienie na pacjenta czynnika zakaźnego podczas badania, terapii, bądź podobnych procedur, co doprowadziło do infekcji. Szkody spowodowane przez czynniki zakaźne, które przeszły na pacjenta przed rozpoczęciem badania nie stanowią natomiast uzasadnienia dla odszkodowania. Brak uprawnienia do rekompensaty w tego rodzaju przypadkach, kiedy istnieją okoliczności, że możliwość infekcji powinna być w rozsądnym zakresie dopuszczona. W związku z tym typ i stopień zaawansowania choroby podstawowej, ogólny stan zdrowia pacjenta, możliwość przewidywania infekcji, jak i jej poziom zagrożenia dla zdrowia – wszystko to powinno być brane pod uwagę.

#### 5. Szkody wynikające z wypadku

Rekompensata za szkody pacjenta jest możliwa w razie wypadku, jaki wydarzył się w związku z badaniem, opieką, terapią i innymi procedurami podczas transportu chorego, w związku z pożarem, bądź innymi szkodami w obiektach opieki zdrowotnej lub dotyczącymi sprzętu. Ważną przesłanką tej zasady jest to, że rekompensatę stosuje się przy wypadkach, które odnoszą się, bądź są typowe dla czynności opieki zdrowotnej. Uprawnienie do rekompensaty jest zatem ograniczone do specjalnych zagrożeń w tym obszarze. Normalne wypadki, jakie mogą się zdarzyć bez względu na kontekst opieki zdrowotnej są wyłączone z roszczeń odszkodowawczych. Pacjent, który jest w stanie stawić sam czoło takim ryzykom, nie powinien uzyskać rekompensaty za wypadek, jaki zdarzy się w normalnym trybie codziennego życia szpitalnego. A zatem pacjent, który przewróci się w pomieszczeniu dziennym, gdzie chciał obejrzeć telewizję, albo który upadnie idąc do łazienki nie ulega wypadkowi, który przypisuje się do opieki zdrowotnej.

Jednakże odszkodowanie powinno być wypłacone w razie wypadków, jakie zdarzają się w związku z terapią, np. kiedy pacjent spadnie z noszy podczas badania, lub jeśli pacjent upadnie będąc mobilizowany do ruchu przez personel służby zdrowia. Pacjent nie musi być w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym, wystarczy, że on lub ona pozostaje w sytuacji zwiększonego ryzyka wypadków.

#### 6. Szkody z powodu leków

Odszkodowanie jest przyznawane za szkody spowodowane przepisaniem i stosowaniem leków w sprzeczności z zasadami bądź instrukcjami. Ustawa wyklucza inne szkody spowodowane lekami, jak uboczne skutki działania leków, które są przedmiotem regulacji rekompensat z ubezpieczenia farmaceutycznego.

### Wyjątki w uprawnieniu do odszkodowań pacjentów

Rekompensaty nie są przyznawane za szkody wynikające z niezbędnych procedur przy diagnozowaniu lub terapii urazu lub choroby, które jeśli nie są leczone, mogą stanowić zagrożenie dla życia lub prowadzić do ciężkiego inwalidztwa.

Wyjątki stosuje się do szkód wynikających z sytuacji nadzwyczajnych, kiedy potrzeby działań są bardzo istotne przy wymogu rozpoczęcia terapii, nawet jeśli normalne kroki przygotowawcze nie mogą być podjęte. To również odnosi się do sytuacji, które wymuszają świadome przyjęcie większego ryzyka, aby uniknąć bardzo poważnego zwrotu w procesie choroby lub urazu pacjenta.

### Niewystarczająca informacja lub brak zgody w związku z leczeniem

Zasady odszkodowań w ramach systemu dowolnych ubezpieczeń nie wymieniały w ogóle możliwości zadośćuczynienia na podstawie niewystarczającej informacji dla pacjenta, bądź zaniedbania uzyskania zgody pacjenta w związku z terapią medyczną (...).

Obecnie winno się wdrażać badania dla ustalenia obiektywnego ciągu procesu zdarzeń medycznych, a rekompensata byłaby przyznana niezależnie od tego, czy lub nie przekazana była informacja o specyficznych ryzykach danego leczenia. Jednocześnie ze względu na stopień skomplikowania rekompensata nie może być realizowana w ramach omawianej ustawy, ale w ramach ogólnej Ustawy odszkodowawczej za delikty (...).

*Tłumaczenie broszury otrzymanej z ambasady Królestwa Szwecji sporządziło Stowarzyszenie Primum Non Nocere*