

Miało być dobrze,
wyszło – jak zwykle

Urzędowe zadośćuczynienie

Artur Burzyński, Jarostaw J. Fedorowski

Przepisy ustanawiające wojewódzkie komisje do spraw orzekania o błędach medycznych miały być alternatywnym rozwiązaniem dla procesu sądowego, ścieżką dochodzenia odszkodowania przez pacjentów, którzy ucierpieli w wyniku tzw. zdarzeń medycznych. Obecny kształt przepisów może spowodować, że pomysł spali na panewce.

Od nowego roku we wszystkich województwach mają powstać komisje, w skład których będzie wchodzić 16 osób – połowa z wykształceniem medycznym i połowa z wykształceniem prawniczym. Zadaniem komisji będzie ustalenie zaistnienia zdarzenia medycznego, przez które ustawa rozumie zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia bądź też śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, leczenia lub zastosowania produktu leczniczego albo wyrobu medycznego.

Spowolnione przyspieszenie

Co do zasady wniosek powinien zostać rozpatrzony w ciągu 4 miesięcy od chwili jego złożenia. Istotne przyspieszenie uzyskania przez poszkodowanych pacjentów odszkodowania lub zadośćuczynienia było pierwotnym założeniem ustawodawcy i legło u podstaw prac legislacyjnych. Pierwowzorem przygotowanych rozwiązań prawnych był szwedzki model *non fault system* opierający się, jak sama nazwa wskazuje, na ustaleniu kompensaty pieniężnej dla poszkodowanego bez względu na możliwość przypisania komukolwiek odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenie. Jak wskazuje praktyka krajów skandynawskich, takie rozwiązanie nie narusza kruchej więzi

zaufania, jaka z zasady powinna łączyć lekarza z pacjentem. Co ważne – buduje też zaufanie pomiędzy personelem wewnątrz placówki, który w razie wystąpienia zdarzenia medycznego nie musi wskazywać winnego ze swojego grona.

Takie założenia zostały wprowadzone ustawą z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która ma wejść w życie 1 stycznia 2012 r. Niemniej, jak zwykle w tego typu inicjatywach, szczytna idea może się rozbić o szczegóły.

Jak liczyć

W trakcie prac legislacyjnych nad projektem ustawy pojawiły się pytania, w jaki sposób wyliczyć odszkodowanie i zadośćuczynienie za doznane szkody i krzywdy. Zadanie to zlecono Ministerstwu Zdrowia, które ma dość rozległą wiedzę na temat wysokości odszkodowań i zadośćuczynień przyznawanych poszkodowanym pacjentom w sądach, jednak bez konieczności konsultacji z Ministerstwem Sprawiedliwości.

Pod koniec października br. pojawił się na stronach Ministerstwa Zdrowia projekt rozporządzenia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego. W projektowanym rozporządzeniu przyjęto, że ubezpieczyciel będzie zobowiązany przedstawić pacjentowi propozycję świadczenia z tytułu zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz ustalić jego wysokość, biorąc pod uwagę takie elementy, jak stopień pogorszenia zdrowia w wyniku zdarzenia medycznego, pogorszenie jakości życia polegające na konieczności zapewnienia opieki osób trzecich lub braku możliwości wykonywania pracy i zarobkowania albo braku możliwości nauki. Każdemu z powyższych elementów projektowane rozporządzenie przypisało wagę, która wyraża maksymalną kwotę, jaką w przypadku zaistnienia danego czynnika należy wypłacić pacjentowi. Oczywiście w żadnym wypadku suma kwot wypłaconych nie może przekroczyć kwot ustawowo zapisanych, tj. odpowiednio 100 tys. zł w przypadku uszczerbku na zdrowiu, a 300 000 zł w przypadku śmierci pacjenta. Ta pierwsza kwota w myśl proponowanych przepisów powinna być podzielona w następujący sposób: 60 000 zł w zależności od stopnia pogorszenia zdrowia w wyniku zdarzenia medycznego, 10 000 zł na wypadek konieczności zapewnienia opieki osobom trzecim, 5000 zł za utratę zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości zarobkowania oraz 25 000 zł z tytułu uciążliwości leczenia powstającej w związku ze zdarzeniem medycznym. Trzeba jednocześnie nadmienić, iż pierwszy z powyższych elementów, tj. stopień pogorszenia zdrowia, oceniany ma być także przez pryzmat następstw, jakie wywołało zdarzenie medyczne. Jeśli jego następstwem byłoby jedynie wydłużenie czasu leczenia, bez istotnego zaburzenia funkcji narządów, organów lub ukła-



foto: 123RF

„ W naszym kraju w sprawach o błędy medyczne dominują sądowe procesy karne oraz cywilne. W Stanach Zjednoczonych, gdzie system prawny oceniany jest jako agresywny, procesy karne w takich sprawach należą do rzadkości ”

dów, bądź też jedynie czasowe upośledzenie funkcji narządów, organów lub układów, wówczas z tytułu stopnia pogorszenia zdrowia pacjentowi nie należałoby się odszkodowanie. W przypadku przemijającego upośledzenia narządów, organów lub układów, którym nie można przypisać cechy trwałego uszczerbku na zdrowiu, kwota świadczenia powinna zostać zredukowana o 50 proc., tj. maksymalnie do 30 000 zł. W sytuacji trwałej utraty funkcji narządu, jego choćby częściowej utraty lub upośledzenia świadczenie powinno być przyznawane w pełnej wysokości, tj. do kwoty 60 000 zł. Częstokroć rozróżnienie pomiędzy trwałym a przemijającym uszczerbkiem na zdrowiu będzie bardzo trudne, nawet w wypadku zasięgnięcia przez komisję opinii biegłego. W takiej sytuacji prawodawca przewiduje, iż mamy do czynienia z uszczerbkiem trwałym, co wydaje się rozwiązaniem jedynie słusznym z punktu widzenia ciężaru dowodu oraz zasad współżycia społecznego. Kwoty, jakie mogą być przyznane za długotrwały lub trwały uszczerbek na zdrowiu, tj. odpowiednio maksymalnie 30 000 zł i 60 000 zł, będą jeszcze mogły ulec dalszej korekcie o współczynnik uszczerbku na zdrowiu. Przykładowo kwota

30 000 zł może zostać obniżona o dalsze 50 proc., jeśli długotrwały uszczerbek na zdrowiu wynosi jedynie 50 proc. W takim wypadku świadczenie dla poszkodowanego wyniosłoby 15 000 zł. Zasada ta nie będzie miała zastosowania, gdy uszczerbek na zdrowiu wynosić będzie co najmniej 80 proc.

Osoby trzecie

Oczywiście nietrudno wyobrazić sobie sytuację, w której w wyniku zdarzenia medycznego powstała konieczność zapewnienia opieki osobom trzecim, pacjent stracił zdolność do pracy zarobkowej lub możliwość nauki. W takim wypadku omawiany projekt rozporządzenia przewiduje świadczenie w wysokości od 12 500 zł do 100 000 zł, czyli do maksymalnej kwoty świadczenia przewidzianej ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tym samym wyczerpanie tej sumy w celu zaspokojenia potrzeb związanych z utraconym dochodem bądź koniecznością pielęgnacji przez osoby trzecie uniemożliwi uzyskanie świadczeń z tytułu pogorszenia stanu zdrowia. Na pierwszy rzut oka widać bowiem, że kwoty proponowane w omawianym rozporządzeniu są zbyt niskie w stosunku do kwot przyznawanych przez sądy cywilne. Proponowany akt prawny omawia jeszcze w bardzo szczegółowy sposób ocenę uciążliwości leczenia związanego ze zdarzeniem medycznym, jednakże ze względu na obszerność tej materii i skąpość miejsca nie będziemy tej sprawy szczegółowo omawiać.

Zadośćuczynienie za śmierć

Ostatnim elementem, o którym należy wspomnieć, jest zadośćuczynienie za śmierć pacjenta w wyniku zdarzenia medycznego. Zryczałtowana kwota określona została w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na 300 000 zł. Omawiane rozporządzenie różni jednak uprawnionych do otrzymania zadośćuczynienia w zależności od stopnia pokrewieństwa łączącego spadkobierców ze zmarłym pacjentem. Uprawnionymi do 100 proc. kwoty zadośćuczynienia są małżonek, zstępny, wstępny, pasierb, zięć, synowa, rodzeństwo, ojczym, macocha i teściowie. Osoby, które mogą się ubiegać o 225 000 zł, tj. 75 proc. kwoty maksymalnej, to zstępni rodzeństwa, rodzeństwo rodziców, zstępni i małżonkowie pasierbów, małżonkowie rodzeństwa i rodzeństwo małżonków, małżonkowie rodzeństwa małżonków, małżonkowie innych zstępnych. Pozostali spadkobiercy uprawnieni są do 50 proc. z 300 000 zł, tj. 150 000 zł. Jak widać z powyższego zestawienia, proponowany krąg osób uprawnionych do otrzymania odszkodowania został określony nad wyraz szeroko. Jedynie dla celów porównawczych trzeba wspomnieć, iż w procesie cywilnym uprawnionymi do otrzymania odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia są tylko najbliżsi członkowie rodziny zmarłej osoby. Przykładowo, sąd może nie przyznać zadośćuczynienia żonie zmarłego w przypadku, gdy małżonkowie pozosta-



„ Jak zwykle, szczytna idea może się rozbić o szczegóły „

wali w faktycznej bądź prawnie orzeczonej separacji. Omawiane rozporządzenie nie dokonuje takiego rozróżnienia, co może prowadzić do dość zaskakujących wniosków, iż postępowanie sądowe oparte jest na bardziej restrykcyjnych dla poszkodowanych regułach niż postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Szeroko zakreślony krąg uprawnionych do otrzymania zadośćuczynienia może spowodować także zjawisko „przypominania sobie o zmarłych bliskich”, nawet jeśli tak naprawdę za życia nie byli bliscy.

Postępowania przeciw lekarzom

Postępowania przed komisjami będą dotyczyły szpitali oraz kadry medycznej, głównie lekarskiej. W naszym

„ Już na pierwszy rzut oka widać, że kwoty proponowane w omawianym rozporządzeniu są zbyt niskie w porównaniu z sumami przyznawanymi przez sądy cywilnoprawne ”



kraju do tej pory w sprawach o błędy medyczne dominowały typowe sądowe procesy karne oraz cywilne. Co ciekawe, w Stanach Zjednoczonych, gdzie system prawny uważany jest powszechnie za bardzo agresywny, procesy karne w takich sprawach należą do rzadkości, natomiast komisje orzekające z pewnością uznano by tam za niekonstytucyjne. Ponieważ system zarządzania ryzykiem w polskich szpitalach dopiero raczkuje, a dość powszechną strategią jest ukrywanie błędów, niezbędne będzie stworzenie bazy orzeczeń przez szpitale i dla szpitali na potrzeby profilaktyki i ograniczenia ryzyka. Współpraca szpitala z lekarzami oraz ubezpieczycielami musi się w tym zakresie znacznie zacieśnić. W naszym systemie przewidziano udział w komisjach orzeczniczych prawników, lekarzy i organizacji pacjentów, ale

nie zadbano o odpowiedni udział menedżerów ochrony zdrowia lub ekonomistów zajmujących się ochroną zdrowia. Szkoda, bo często właściwa organizacja pracy, za którą odpowiadają menedżerowie, zapobiega lub minimalizuje skutki błędów medycznych. Bardzo niskie wynagrodzenia członków komisji orzeczniczych z pewnością nie przyczynią się do skutecznej rekrutacji wysokiej jakości ekspertów komisji ani do ich motywacji. Polska Federacja Szpitali, od niedawna uczestnik prac HOPE, zamierza skorzystać z doświadczeń innych krajów oraz wspomóc szpitale w przygotowaniu i prowadzeniu postępowań przed komisjami orzeczniczymi. Głównym celem będzie jednak stworzenie systemu zarządzania ryzykiem, który pozwoli szpitalom i ich lekarzom na uniknięcie popełnienia błędów lub takie ich zminimalizowanie, że sprawa nie trafi w ogóle do komisji orzeczniczej. Interesującą strategią zarządzania ryzykiem jest wczesne informowanie poszkodowanych pacjentów czy ich rodzin o zaistniałych błędach oraz krokach podjętych celem minimalizacji ich skutków. Badania amerykańskie wykazały, że taka strategia znacznie ogranicza roszczeniowość pacjentów w wypadku powikłań i innych zdarzeń niepożądanych, w tym także poważnych błędów medycznych. Jest to strategia mało znana w Europie i z pewnością musi być dostosowana do naszych warunków.

W podsumowaniu projekt aktu prawnego dotyczącego szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego trzeba ocenić krytycznie. Nie rozwiązuje on kwestii alternatywnego sposobu dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych, w tym również błędów lekarskich. Problemem są także zbyt niskie sumy świadczeń przyznawanych poszkodowanym bądź ich spadkobiercom. Rozporządzenie, o ile wejdzie w obecnym kształcie, może spowodować jedynie bezproduktywną pracę komisji, bo żadne ugody z ubezpieczycielem bądź szpitalem nie będą zawierane. Kwoty, jakie będzie można proponować, są w naszej ocenie niezgodne z obowiązującą linią orzecznictwa. O skali nieadekwatności świadczy chociażby zmiana linii orzekania Sądu Najwyższego, w którego wyrokach dotyczących zakażenia WZW zadośćuczynienie przyznawane poszkodowanym pacjentom wzrosło z 10 000 zł w roku 2000 do 150 000 zł w roku 2006. Uzyskanie takiej kwoty zadośćuczynienia za zarażenie WZW przed komisjami wojewódzkimi jest niemożliwe z uwagi na proponowane regulacje. Komisja będzie mogła jedynie wydać orzeczenie o zajściu zdarzenia medycznego, do zawarcia ugody najpewniej nie dojdzie, a dalsze kroki poszkodowanego pacjenta są więcej niż przewidywalne.

Artur Burzyński jest prawnikiem, brokerem ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym w Gras Savoye Polska

Jarosław J. Fedorowski jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali, profesorem Akademii Leona Koźmińskiego