

Komisje orzekające o zdarzeniach medycznych się nudzą

Kulą w płot



Miało być szybko i taniej. Tyle że na razie dla pacjentów nowy system dochodzenia roszczeń z powodu tzw. zdarzeń medycznych nie stał się alternatywnym rozwiązaniem dla drogi sądowej. Nie oznacza to, że w najbliższej przyszłości nie zacznie on działać skuteczniej. Do tego potrzebne są jednak nie tylko zmiany w prawie, lecz także w podejściu przedstawicieli szpitali i ubezpieczycieli.

for: iStockphoto Zx

Od pół roku, od stycznia 2012 r., osoby uważające, że w czasie procesu ich leczenia doszło do błędu medycznego, zamiast kierować sprawę do sądu, mogą korzystać z wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Działają one w każdym województwie i przyjmują wnioski od pacjentów, którzy doznali uszczerbku po wejściu w życie nowych przepi-

sów. Na razie boomu nie ma. Chorzy nieufnie podchodzą do nowej możliwości. Co prawda, jak potwierdzają przedstawiciele komisji, telefonów i pytań jest bardzo dużo. Wciąż jednak nie przekłada się to na liczbę składanych wniosków. Do tej pory do wszystkich komisji trafiło zaledwie 70 wniosków od pacjentów, którzy w efekcie złej diagnozy, leczenia czy niewłaściwie prze-

prowadzonej operacji lub zabiegu nie mogą normalnie funkcjonować, stracili pracę, przeszli na rentę, a także od rodzin osób zmarłych w wyniku takich zdarzeń.

Pojedyncze wnioski

Z danych uzyskanych w poszczególnych regionach wynika, że np. do lubelskiej komisji wojewódzkiej ds. orzekania o zdarzeniach medycznych wpłynęły zaledwie dwa wnioski. Podobnie jest w Szczecinie. We wrocławskiej komisji złożono ich zaledwie pięć, a w działających na Podlasiu, w województwie lubuskim oraz Wielkopolsce – żadnego. Spora część wniosków dotyczy odszkodowania za śmierć w powodu błędu medycznego (np. w śląskiej komisji na 12 spraw aż 3 dotyczą osób zmarłych). W Bydgoszczy komisja już uznała, że szpital popełnił błąd. Najpierw lekarze źle postawili diagnozę, a następnie zaordynowano niewłaściwe leczenie. W efekcie chora zmarła. Rodzina domaga się odszkodowania w wysokości 300 tys. zł. Zgodnie bowiem z nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta jest to maksymalna kwota, jaką może uzyskać rodzina zmarłego (oczywiście, dochodząc roszczeń przed komisją). W wypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku zdarzenia medycznego poszkodowany może uzyskać 100 tys. zł odszkodowania.

Nie ma biegłych

Przedstawiciele komisji wojewódzkich już teraz wytykają niedoskonałości ustawy, które utrudniają im pracę i powodują, że nowa droga dochodzenia roszczeń nie należy do najłatwiejszych.

– *Co z tego, że mamy orzekać w ciągu kilku miesięcy od wpłynięcia wniosku, skoro jest to w zasadzie bardzo trudne. Powodem jest brak biegłych* – mówi nieoficjalnie jeden z przedstawicieli komisji na Mazowszu.

Chodzi również o pieniądze. Komisje często nie mają funduszy na opłacenie opinii. W efekcie biegli nie są szczególnie zainteresowani współpracą z nimi. Poza tym zajmują się sprawami poszkodowanych pacjentów, które trafiły do sądów. Trudno więc dotrzymać wyznaczonych ustawowo terminów. Jednocześnie doprecyzowania wymaga definicja zdarzenia medycznego. Obecna, zdaniem specjalistów, jest niewystarczająca i może powodować, że komisje będą się zajmować sprawami, które nie powinny być przedmiotem ich prac. Prawnicy wchodzący w skład wojewódzkich komisji ds. zdarzeń medycznych narzekają natomiast na formalizm. Muszą bowiem często posilkować się przepisami postępowania cywilnego, a to wydłuża czas rozpatrywania wniosków.

Kosztowna polisa

Ekspert nie mają wątpliwości, że przepisy, na podstawie których powołano komisje, wymagają doprecyzowania. Podobnie jak ustawa o działalności leczniczej, przewidująca, że szpitale powinny posiadać dodatkową polisę ubezpieczeniową od zdarzeń medycznych. Dopie-

„ Do lubelskiej komisji wojewódzkiej ds. orzekania o zdarzeniach medycznych trafiły zaledwie dwa wnioski. Podobnie jest w Szczecinie ”



„ Komisje często nie mają pieniędzy na opłacenie biegłych. W efekcie nie są oni szczególnie zainteresowani współpracą ”

ro dzięki niedawno uchwalonej nowelizacji zażegnano zagrożenie, że placówki, które nie zdecydowały się na wykupienie dodatkowego ubezpieczenia, nie będą mogły dalej działać po 1 lipca. Gdyby sejm jej nie uchwalił, to brak takiej polisy uniemożliwiłby wpisanie zakładu do specjalnego rejestru prowadzonego przez wojewodów. To byłoby jednoznaczne z brakiem możliwości leczenia pacjentów.

Znowelizować nowelę

Nowela rozwiązuje problem tylko częściowo. Co prawda, zgodnie z jej zapisami, posiadanie polisy od zdarzeń medycznych jest już fakultatywne, ale tylko do końca 2013 r. Od 1 stycznia 2014 r. wszystkie szpitale będą musiały ją wykupić. I problem powróci. Obecnie bowiem zdecydowana większość szpitali nie zdecydowała się na nabycie dodatkowej polisy.

„ Żaden z 70 szpitali w województwie dolnośląskim nie zdecydował się na wykupienie ubezpieczenia od zdarzeń medycznych ”

– Żaden z 70 szpitali w województwie dolnośląskim nie zdecydował się na wykupienie ubezpieczenia od zdarzeń medycznych – informuje Jarosław Maroszek, dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Powód to wysokie koszty.

Także większość szpitali w województwie kujawsko-pomorskim nie zdecydowała się na dodatkowe ubezpieczenie. I znów powodem są pieniądze. Spośród szpitali, których podmiotem tworzącym jest urząd

marszałkowski, umowy na dodatkowe ubezpieczenie zawarły nieliczne – np. Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu.

Z 19 lecznic, których organem tworzącym jest sejmik województwa wielkopolskiego, polisę od zdarzeń medycznych wykupiło 9. Zaledwie 2 z 26 szpitali w województwie opolskim wykupiły ubezpieczenia od zdarzeń medycznych (w Kluczborku i Korfantowie). Dyrektorzy obu twierdzą, że koszt ubezpieczeń mocno obciąża budżety placówek.

Krytyka

Problem polis to nie tylko kłopot dla szpitali. To przede wszystkim wyzwanie dla pacjentów, którzy chcą dochodzić swoich roszczeń przed komisjami wojewódzkimi. Zgodnie bowiem z przepisami, te orzekają tylko o wystąpieniu zdarzenia, a ustalenie wysokości odszkodowania odbywa się już w relacji poszkodowany – szpital – ubezpieczyciel. W wypadku jednostek,

Jak dochodzić roszczeń przed wojewódzkimi komisjami ds. zdarzeń medycznych?

I. Czym jest zdarzenie medyczne?

Zgodnie z ustawą, zdarzenie medyczne to następstwo działania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Takim działaniem może być:

- diagnoza, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, w tym wykonanie zabiegu chirurgicznego, w wyniku którego powstała szkoda,
- zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, w wyniku czego doszło u pacjenta do zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci.

II. Kto może złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego?

Wniosek do komisji może złożyć pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta także jego spadkobiercy (wówczas do wniosku trzeba dołączyć postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich). Wnioski można składać tylko w sytuacjach, gdy do zdarzenia doszło po 1 stycznia 2012 r., w ciągu roku od dnia, w którym pacjent dowiedział się o powstaniu szkody (zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia), bądź od dnia śmierci pacjenta. Termin złożenia wniosku nie może być jednak dłuższy niż 3 lata od

dnia zdarzenia, które było powodem powstania szkody lub śmierci pacjenta.

III. Jak długo trzeba czekać na decyzję?

Komisja wydaje orzeczenie w sprawie zdarzenia medycznego nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia kompletnego wniosku. W terminie 7 dni po wydaniu orzeczenia komisja sporządza uzasadnienie. Każda ze stron po otrzymaniu orzeczenia wraz z uzasadnieniem może w terminie 14 dni złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Taki wniosek komisja rozpatruje w ciągu 30 dni od daty jego złożenia.

IV. Wysokość świadczeń

Osoba składająca wniosek wskazuje w nim oczekiwaną wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia. W przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia kwota obejmująca wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż 100 tys. zł, a w przypadku śmierci maksymalna kwota nie może przekraczać 300 tys. zł. Odszkodowanie lub zadośćuczynienie wypłacone jest przez ubezpieczyciela szpitala. Jeżeli pacjent nie zgadza się na zaproponowaną przez ubezpieczyciela kwotę, może w ciągu 7 dni odmówić przyjęcia przedstawionej przez ubezpieczyciela propozycji. Z uwagi na fakt, że nie ma możliwości odwoływania się od decyzji ubezpieczyciela o wysokości odszkodowania, ubieganie się o wyższe świadczenie wymaga wejścia na drogę sądową.

które nie wykupiły polisy, rozmowy odbywają się między poszkodowanym a placówką. Brak polisy oznacza, że szpitale muszą wypłacić odszkodowanie z innej, obowiązkowej polisy OC. Tyle że z tego samego ubezpieczenia pokrywane są ewentualne wypłaty dla pacjentów dochodzących swoich roszczeń na drodze sądowej. I w tym momencie koło się zamyka. Tylko patrzeć, jak firmy ubezpieczeniowe jeszcze częściej niż obecnie będą kwestionować żądania chorych.

Krytycznie o wprowadzeniu ubezpieczeń od zdarzeń medycznych dla szpitali wypowiedziała się w wywiadzie dla „Gazety Wyborczej” również prof. Ewa Łętowska. Jej zdaniem interes pacjenta był lepiej chroniony, kiedy odpowiedzialność za błędy medyczne ponosił Skarb Państwa.

– *Przyjęcie odszkodowania z ubezpieczenia oznacza, że pacjent zrzeka się innych roszczeń. Nie będzie więc mógł dobrać od szpitala renty, jeśli szkoda na zdrowiu spowodowała częściową lub całkowitą utratę zdolności do pracy* – mówi prof. Łętowska.

Katarzyna Woźniak

V. Jak złożyć wniosek?

Wniosek musi być wypełniony w trzech egzemplarzach.

Niezbędne załączniki do wniosku:

- dokumenty stanowiące dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku, np. pełna dokumentacja medyczna niezbędna do wydania orzeczenia, karty informacyjne, zaświadczenia lekarskie, wyniki badań dodatkowych itp.,
 - potwierdzenie uiszczenia opłaty;
- oraz (jeśli dotyczy):
- postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku po zmarłym pacjencie,
 - pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

VI. Opłata

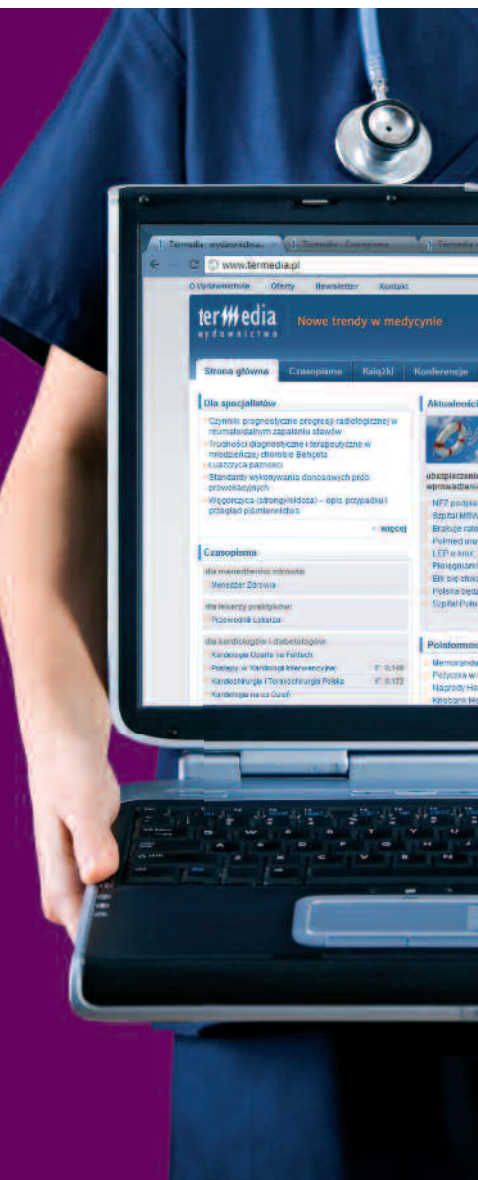
Do wniosku należy dołączyć dowód uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł.

VII. Koszty postępowania

Koszty postępowania przed wojewódzką komisją ustalone w orzeczeniu ponosi:

- 1) wnioskodawca – w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego,
- 2) podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym (nawet w sytuacji, gdy wnioskodawca nie zaakceptuje przedstawionej propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia),
- 3) ubezpieczyciel szpitala – w przypadku nieprzedstawienia w terminie propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia.

WWW.TERMEDIA.PL



Pod adresem www.termedia.pl przez 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu ukazują się najświeższe doniesienia naukowe i aktualności dotyczące systemu ochrony zdrowia: ekonomiczne, polityczne i inne

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
www.termedia.pl