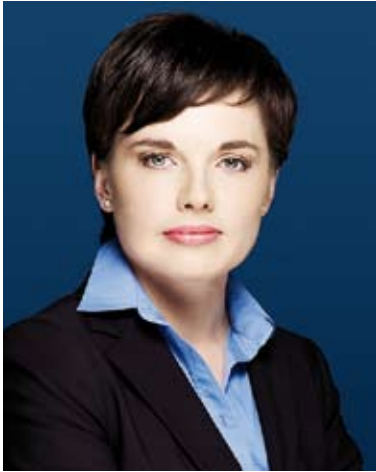


Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych



mec. Anna Kowalczyk-Pogorzelska



Agata Apanel

Od 10 miesięcy, to jest od stycznia 2012 roku, obowiązują nowe zasady postępowania w przypadku ubiegania się o odszkodowanie za błąd medyczny na podstawie znowelizowanych przepisów ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z początkiem 2012 roku przy wszystkich urzędach wojewódzkich zaczęły funkcjonować wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, do których mogą zgłaszać się pacjenci poszkodowani w wyniku udzielonych im w szpitalach świadczeń zdrowotnych. Od decyzji poszkodowanego zależy, czy będzie on dochodził odszkodowania i zadośćuczynienia przed komisją, czy wybierze drogę sądową.

Nowelizacja ustawy wprowadziła nowy termin pod postacią „zdarzenia medycznego”, które oznacza zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będącą następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy (jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby), leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego) lub zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ogólnym kryterium decydującym o możliwości powsta-

nia odpowiedzialności szpitala jest wystąpienie określonego uszczerbku (jak rozstrój zdrowia, uszczerbek ciała, zakażenie, czy śmierć pacjenta) na skutek tylko takich decyzji, które są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Aby komisja mogła wydać orzeczenie o zaistnieniu zdarzenia medycznego, muszą być spełnione łącznie następujące przesłanki: zdarzenie medyczne wyrządzające szkodę, szkoda mająca charakter majątkowy na osobie i/lub niemajątkowa (doznana krzywda), oraz związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem medycznym a szkodą. Należy przy tym pamiętać, że zdarzenie medyczne dotyczy czynów popełnianych przez każdą osobę, która w jakimś sensie uczestniczy w procesie świadczenia zdrowotnego w trakcie pobytu w szpitalu, a więc nie tylko lekarza, ale także pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, salowej itd. Komisja wojewódzka nie orzeka w kwestii rozmiaru szkody ani winy, ale ustala, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Musi więc najpierw stwierdzić, że zdarzenie pozostaje w związku przyczynowym z jakąś szkodą, aby dokonać ustalenia, czy to zdarzenie było zdarzeniem medycznym, czy nie. Nie jest konieczne wykazanie winy (w znaczeniu subiektywnym) członka personelu medycznego lub winy wła-

Według stowarzyszenia *Primum Non Nocere*, w Polsce rocznie popełnianych jest co najmniej 20 tysięcy błędów lekarskich. W sytuacji rosnącej świadomości prawnej obywateli polskich w zakresie dochodzenia ich praw jako pacjentów, a co za tym idzie – rosnącej w tym zakresie liczby skarg i dochodzonych odszkodowań, uznano za konieczne wprowadzenie istotnych zmian w dochodzeniu przez pacjentów odszkodowań za szkody spowodowane błędami medycznymi.

szej szpitala. W trakcie postępowania zbędne będzie więc rozważanie umyślności czy niedbalstwa po stronie personelu medycznego czy szpitala. Przesłanką odpowiedzialności ma być wyłącznie działanie niezgodne z zasadami wiedzy medycznej, bez potrzeby ustalania przyczyny takiego postępowania. Drugorzędne znaczenie ma również ustalenie podmiotu, który jest bezpośrednim sprawcą szkody.

Pomimo jednak rozbudowanej definicji zdarzenia medycznego nadal mogą powstawać wątpliwości, czy konkretne sytuacje objęte są zakresem tego pojęcia. Typowym przykładem jest ustalenie niezgodności z aktualną wiedzą medyczną, która – jak wiadomo – ma charakter ocenny. Poza tym część świadczeń zdrowotnych jest finansowana ze środków publicznych, inne natomiast procedury zgodne z aktualną wiedzą medyczną i niejednokrotnie bardziej nowatorskie nie są refundowane, co może mieć zasadnicze znaczenie dla oceny odpowiedzialności szpitala. Analogiczne wątpliwości mogą się pojawić, gdy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta powstanie na skutek posługiwania się niesprawnym czy przestarzałym sprzętem, jak też w przypadku odmowy leczenia pacjenta.

Ustalanie odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych przewidziane komento-

waną ustawą ma zastosowanie jedynie do przypadków, które wydarzyły się w szpitalu. Przypadki wyrządzenia szkód przez osoby wykonujące zawody medyczne poza szpitalami w ramach działalności leczniczej innej niż szpitalna, działalności leczniczej ambulatoryjnej czy w ramach praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych (np. leczenie w prywatnym gabinecie lekarskim) pozostają poza zakresem regulacji. W takim wypadku pacjentowi pozostaje dochodzenie odszkodowania na zasadach ogólnych przewidzianych w kodeksie cywilnym. Jest to o tyle uzasadnione, iż w szpitalach przeprowadzane są bardziej skomplikowane procedury medyczne, w przypadku których istnieje większe ryzyko zaistnienia błędu medycznego.

Z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia może wystąpić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta – jego spadkobiercy. Nie ma znaczenia, czy są to spadkobiercy ustawowi, czy testamentowi ani nawet to, czy są to członkowie rodziny zmarłego pacjenta. Czasowa odpowiedzialność szpitala ograniczona jest podwójnym terminem. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego może być złożony w terminie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o zakażeniu,



uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne. W razie śmierci pacjenta termin ten nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Termin 3 letni jest terminem zawitym, co oznacza, że po jego upływie nie można już skutecznie dochodzić ustalenia zdarzenia medycznego w postępowaniu przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Nie wyklucza to jednak dochodzenia odszkodowania w postępowaniu przed sądem cywilnym, gdzie terminy przedawnienia roszczeń w zakresie szkody na osobie liczne są od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o szkodzie i sprawcy szkody, nie zaś od dnia wystąpienia zdarzenia.

Wniosek kierowany do komisji wojewódzkiej powinien zawierać przede wszystkim uzasadnienie uprawdopodobniające zdarzenie medyczne (wraz z dowodami) oraz propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, która w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – wynosi maksymalnie 100 tys. zł, zaś w przypadku śmierci pacjenta – maksymalnie 300 tys. zł. Kompletny i należyście opłacony wniosek, komisja przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, którzy mają obowiązek ustosunkować się do niego w ciągu 30 dni oraz dołączyć dowody na poparcie swojego stanowiska. Niedopełnienie tego obowiązku równoznaczne jest z akceptacją wniosku uprawnionego podmiotu w zakresie podanych w nim okoliczności, w tym w szczególności w zakresie proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub o jego braku powinno zostać wydane przez komisję wojewódzką w ciągu 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Jest to termin nieporównywalnie krótszy niż termin rozpatrzenia powództwa na drodze sądowej. Praktyka dowodzi jednak, że zachowanie tak krótkiego terminu na wydanie orzeczenia w sprawie nie jest realne. Powodem jest głównie brak biegłych, którzy zaangażowani są w pracę sądów, a także brak funduszy na opłacenie ich opinii. W terminie 7 dni

od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie, a następnie w ciągu 7 dni doręcza się je podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi szpitala oraz ubezpieczycielowi. Wszystkim powyższym podmiotom przysługuje prawo do złożenia w ciągu 14 dni umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Po doręczeniu orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia takiego wniosku, ubezpieczyciel – za pośrednictwem komisji – przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia (nie wyższą niż w opisywanej wcześniej maksymalnej ustawowej wysokości). Niedopełnienie tego wymogu skutkuje obowiązkiem ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania w wysokości określonej we wniosku przez podmiot uprawniony do jego złożenia.

W sytuacji, gdy ubezpieczyciel przedstawi propozycję odszkodowania, podmiot składający wniosek ma 7 dni na podjęcie decyzji, czy przyjmując zaproponowaną mu przez zakład ubezpieczeń kwotę odszkodowania/zadośćuczynienia, czy też zrezygnować z postępowania przed komisją orzeczniczą i skierować powództwo do sądu cywilnego. W przypadku złożenia oświadczenia o przyjęciu wyżej wymienionej propozycji, podmiot wnioskujący musi jednocześnie złożyć oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wyniknąć ze zdarzeń uznanych przez komisję orzeczniczą za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. A zatem w zakresie innych zdarzeń (tych, które ujawnią się w okresie późniejszym) pacjent będzie mógł skierować powództwo do sądu. Nie zostaje także wyłączona droga sądowa, w przypadku, gdy podmiot składający wniosek złożył oświadczenie o zrzeczeniu się wyżej wymienionych roszczeń, np. pod wpływem błędu lub groźby. Należy jednak pamiętać, że złożenie pozwu oznacza w istocie wszczęcie sprawy od początku. Wprawdzie nie wynika wprost z ustawy jak sądy bę-

dą traktowały w ewentualnych procesach orzeczenia wojewódzkich komisji, nie mniej jednak istnieje wyraźna regulacja stanowiąca o tym, że to, co zaproponował zakład ubezpieczeń w trybie postępowania przed komisją nie jest uznaniem roszczenia i teoretycznie w postępowaniu przed sądem może dojść do zasądzenia na rzecz pacjenta kwoty mniejszej od tej zaoferowanej przed komisją, czy wręcz do oddalenia powództwa.

Z punktu widzenia szpitali i ich ubezpieczycieli na gruncie regulacji dotyczących postępowania przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych istotne jest to, że przepisy te przewidują obowiązek aktywnego udziału tych podmiotów w postępowaniu, z surowymi konsekwencjami zaniechania w tym zakresie. Ważne uregulowanie zostało zawarte również w art. 67k ust. 10 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z nim, jeżeli szpital nie jest ubezpieczony lub jeśli kwota ubezpieczenia z zawartej polisy została „wyczerpana”, wówczas szpital przejmuje obowiązki zakładu ubezpieczeń określone ustawą. W szczególności dotyczy to obowiązku złożenia pacjentowi oferty w zakresie proponowanej wysokości kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia.

Powolny wzrost liczby zgłaszanych wniosków wskazuje na zwiększające się zainteresowanie poszkodowanych pacjentów procedurą przed komisjami. Wśród województw, w których komisje działają najprężniej, można wyróżnić między innymi województwo mazowieckie (28 wniosków, z czego 7 nie spełniało wymogów formalnych, w żadnym z wniosków komisja nie orzekła o wystąpieniu zdarzenia medycznego, w 3 sprawach wydano orzeczenia o braku zdarzeń medycznych, zaś 18 wniosków podlega nadal rozpoznaniu). Najmniej wniosków wpłynęło m.in. w województwie lubelskim, lubuskim

oraz podlaskim. Pierwsze orzeczenie stwierdzające wystąpienie zdarzenia medycznego (śmierć spowodowana nieudzieleniem prawidłowej pomocy przez personel szpitala) zapadło w Bydgoszczy. O wystąpieniu kolejnych zdarzeń medycznych orzeczone odpowiednio w Kielcach, Wrocławiu i Łodzi. Z dostępnych danych statystycznych wynika, iż w Polsce stale i nieprzerwanie podstawowym źródłem roszczeń w publicznych podmiotach leczniczych są choroby zakaźne (70%), głównie WZW, następnym – błędy lekarskie (15%), wina organizacyjna (4%), stan sprzętu (4%), inne przyczyny stanowią 7% roszczeń, zaś w niepublicznych podmiotach roszczenia dotyczą głównie błędów lekarskich (45%).

W świetle obecnych przepisów, odczuwalna jest potrzeba zmian proceduralnych w zakresie dochodzenia przez pacjentów roszczeń w trybie postępowania przed komisjami wojewódzkimi do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Niewątpliwie wpływa na to formalizm przeniesiony z postępowania cywilnego, np. obowiązek pisemnego zawiadomienia świadków lub kosztowna konieczność powoływania biegłych i długi czas oczekiwania na ich opinie. Należałoby się zastanowić nad wydłużeniem czasu pracy komisji przynajmniej do 6 miesięcy. Warto także pomyśleć nad wprowadzeniem przepisu, zgodnie z którym pacjent wybierając uproszczoną drogę ubiegania się o odszkodowanie za zdarzenie medyczne, rezygnuje już na wstępie z drogi sądowej, tak aby systemy dochodzenia roszczeń nie dublowały się.

Błędy i zdarzenia medyczne będą się zdarzać. Wynika to nie tylko z niefrasobliwości personelu medycznego, ale także z faktu, że przy tak dynamicznym rozwoju medycyny nie sposób błędów nie popełniać. Rzeczą w tym, by umieć im zapobiegać oraz panować nad procedurami i czynnikami ludzkimi. ■

Agata Apanel

Aplikantka adwokacka przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie i doktorantka na Uniwersytecie Warszawskim. Od 2011 r. związana z Kancelarią Miller Canfield, W. Babicki, A. Chełchowski i Wspólnicy Sp. k. Specjalizuje się w prawie medycznym i farmaceutycznym oraz zagadnieniami z zakresu służby zdrowia w Polsce. Wraz z mec. dr. Andrzejem Chełchowskim doradza i prowadzi obsługę prawną organizacji pracodawców pod nazwą „Polska Federacja Szpitali”.

Kontakt: apanel@pl.millercanfield.com