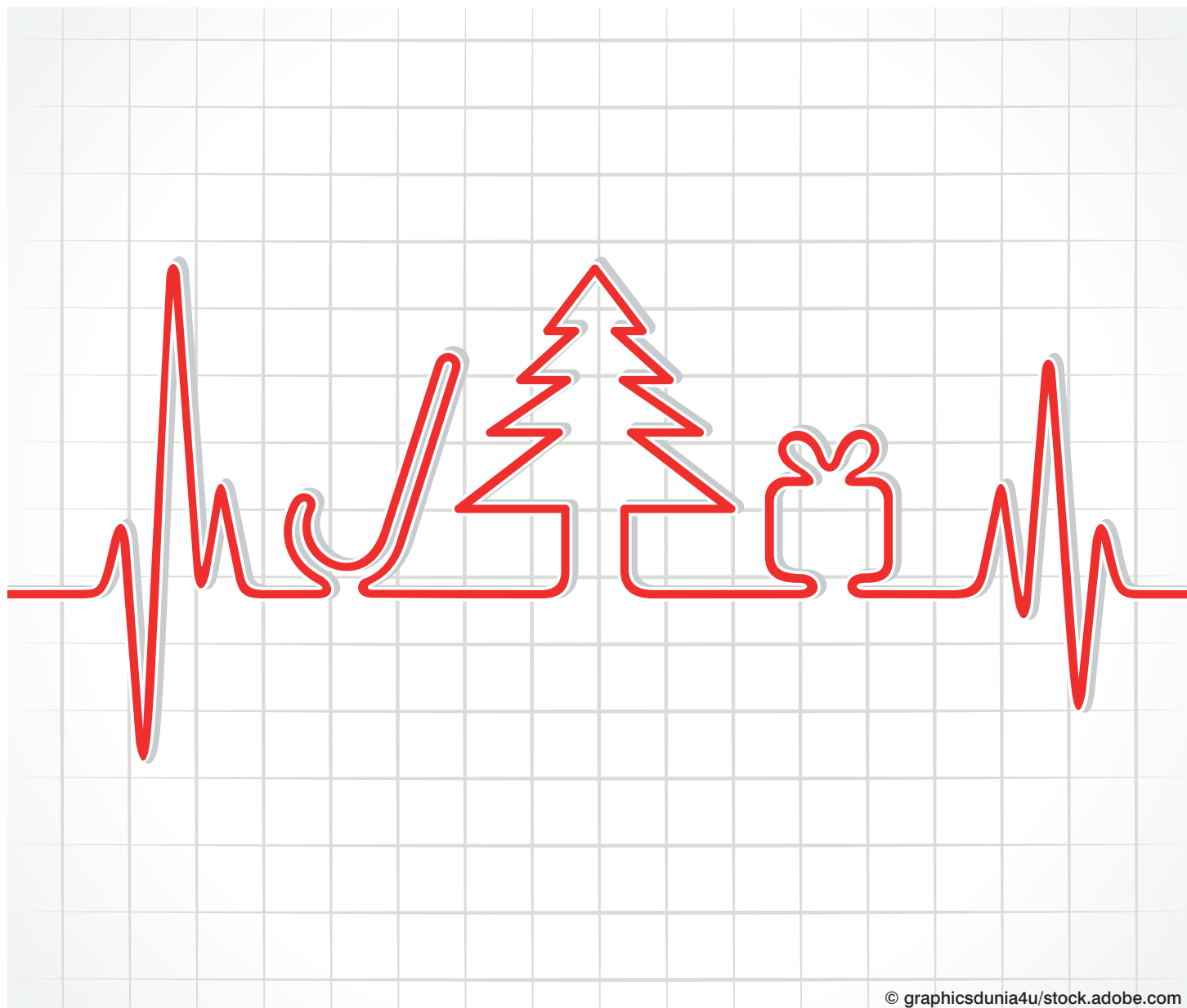


Miesięcznik

Ubezpieczeniowy

ISSN 1732-2413 • WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O RYNKU UBEZPIECZEŃ • TOM 19 I NUMER 12 I GRUDZIEŃ 2022 • 2 GRUDNIA 2022



© graphicsdunia4u/stock.adobe.com

W N U M E R Z E :

Zdrowie i medycyna:

ubezpieczenia, finansowanie, technologie, bezpieczeństwo

Mentoring/Samochody elektryczne/Przerzucone dochody



BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC
Rzecznik Praw Pacjenta



TOMASZ MŁYNARSKI
Zastępca dyrektora Departamentu Prawnego
w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

Nowy model kompensacji szkód medycznych

Stworzenie nowego modelu kompensowania szkód doznanych przez pacjentów, opartego na funduszu działającym przy Rzeczniku Praw Pacjenta, ma na celu zdecydowaną poprawę dotychczasowych procedur oraz poziomu ochrony interesów osób poszkodowanych. Jest to kluczowe rozwiązanie zawarte w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który został niedawno przyjęty przez Stały Komitet Rady Ministrów. – **BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC, TOMASZ MŁYNARSKI**

W świetle badań z powodu zdarzeń niepożądanych w państwach Unii Europejskiej cierpi około 4-17% pacjentów, a blisko połowy tego typu zdarzeń można uniknąć. Doświadczenia innych państw wskazują, że **systematyczne analizowanie przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz wyciąganie przez podmioty lecznicze odpowiednich wniosków pozwala na ograniczenie ryzyka powstania szkód u pacjentów, co przy okazji zmniejsza też ryzyka prawne i finansowe po stronie samych placówek i ich personelu.** Warto spojrzeć również na przykład innych branż, np. lotnictwa, w którym dzięki konsekwentnym działaniom możliwe było spektakularne zmniejszenie liczby wypadków, co w bezprecedensowy sposób poprawiło bezpieczeństwo transportu lotniczego.

POTRZEBA NOWEGO PODEJŚCIA

Projekt ustawy skupia się na podnoszeniu jakości usług medycznych, czego istotnym elementem będzie właśnie obowiązek monitorowania zdarzeń niepożądanych i analizowania ich przyczyn. Do raportowania takich zdarzeń zobowiązany będzie personel medyczny. Najważniejsze informacje (zanonimizowane) będą gromadzone w centralnym rejestrze, dzięki czemu możliwe będzie opracowywanie szczegółowych rekomendacji. Możliwość zgłaszania zdarzeń niepożądanych – do Rzecznika Praw Pacjenta – będą mieć również pacjenci. Rzecznik wykorzysta te informacje w działaniach na rzecz poprawy bezpieczeństwa. Jakość usług w opiece zdrowotnej ma być wreszcie mierzona, a gromadzone dane będą mogły służyć do finansowego nagradzania i dalszego motywowania podmiotów leczniczych. Coroczne raporty jakości będą z kolei pozwalać pacjentom na porównywanie placówek i dokonywanie wyboru tej, w której chcieliby się leczyć.

W nowym modelu skupianie się na poszukiwaniu winnego szkody ustępuje analizowaniu i eliminowaniu źródeł zdarzeń medycznych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Wsparcie tego procesu wymaga, by naprawa szkód doznanych przez pacjentów następowała na preferencyjnych warunkach i w uproszczonym trybie. Tego typu alternatywą dla klasycznej odpowiedzialności cywilnej jest szczególnie forma odszkodowania dla pacjentów za niepożądane zdarzenia medyczne, które nie powinny mieć miejsca w przypadku prawidłowego leczenia – bez konieczności udowodnienia winy podmiotu leczniczego (czyli na zasadzie *no fault*). Doświadczenia innych państw (jak Dania, Norwegia, Finlandia czy Belgia) wskazują, że ustalenie błędu medycznego może służyć poprawie bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej, a schematy administracyjne zapewniające rekompensatę pacjentom są wydajniejsze pod względem kosztów i czasu.

UTRUDNIONE DOCHODZENIE ROSZCZEŃ

W tym zakresie musi dojść do wygaszenia działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które funkcjonują od 2012 r., lecz niestety nie spełniły oczekiwań. Postępowania przed komisjami mają charakter quasi-sądowy i ogniskują się na sporze pacjenta ze szpitalem. Rozbudowana struktura oparta na 16 komisjach jest całkowicie nieefektywna, o czym najlepiej świadczy fakt, że na 850 spraw (procedowanych na 2800 posiedzeniach) ledwie 25 kończy się ugodą (dane z roku 2019, czyli ostatniego sprzed stanu epidemii). Niemal wszystkie orzeczenia o zająciu zdarzenia medycznego kończą się odrzuceniem przez poszkodowanych propozycji ze strony szpitala, które

opiewają najczęściej na niepoważnie niskie kwoty, nawet rzędu 500 czy 100 zł. Możliwość zapoznania się przez pacjenta z opinią co do słuszności jego roszczeń nie jest warta utrzymywania struktury obejmującej 256 członków komisji i kilkudziesięciu pracowników obsługi.

Orzeczenie komisji nie jest też prejudykatem i nie wywiera żadnego wpływu na sposób wyrokowania przez sąd, który po fiasku postępowania przed komisją prowadzi w tej samej sprawie całkowicie odrębne postępowanie dowodowe. Wieloletnie i kosztowne procesy sądowe kończą się zaś wygraną pacjentów jedynie w 30% spraw (według danych Ministerstwa Sprawiedliwości z lat 2016–2021 dotyczących 4670 wyroków), angażując pacjentów oraz podmioty lecznicze i członków personelu w nierzadko destrukcyjną walkę. Wysokość zasądanego zadośćuczynienia jest przy tym ustalana w sposób arbitralny, jako że kodeks cywilny zawiera tylko i wyłącznie ogólną regułę: „sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”.

FUNDUSZ KOMPENSACYJNY

Rekompensata szkód wynikających ze zdarzeń medycznych, do których doszło w szpitalach, będzie finansowana przez powołany w tym celu Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych. Jego dysponentem będzie Rzecznik Praw Pacjenta, a środki będą pochodzić głównie z odpisu ze składki zdrowotnej. Prosty do wypełnienia wniosek o przyznanie świadczenia będzie mógł złożyć poszkodowany pacjent, a w razie jego śmierci – każdy z członków najbliższej rodziny. W ramach postępowania administracyjnego Rzecznik zgromadzi niezbędną dokumentację, a następnie pozyska opinię, którą sporządzi zespół współpracujących z nim na stałe ekspertów medycznych. Decyzja będzie wydawana w ciągu 3 miesięcy od złożenia kompletnego wniosku. Decyzję Rzecznika będzie można zaskarżyć do niezależnej Komisji Odwoławczej (w jej skład wejdą przedstawiciele różnych instytucji, organizacji pacjenckich i samorządów zawodowych). Jej rozstrzygnięcie będzie można zaś poddać kontroli sądu administracyjnego. Podmiot leczniczy, w którym doszło do zdarzenia, zostanie z kolei zobowiązany do wdrożenia wniosków, które zapobiegają podobnym incydentom w przyszłości.

Na tym etapie opracowany został wstępny projekt rozporządzenia, które określi szczegółowy sposób ustalania wysokości przyznawanych kwot. Przewiduje on, że brane pod uwagę i sumowane będą okoliczności, które zostały podzielone na trzy grupy:

- charakter następstw zdrowotnych zdarzenia medycznego,
-
- uciążliwość leczenia,
-
- pogorszenie jakości życia.

Łączna wysokość świadczenia w ramach pierwszej z tych grup nie będzie mogła przekroczyć 100 tys. zł, a w przypadku dwóch pozostałych będzie to maksymalnie po 50 tys. zł. Świadczenie dla pacjenta, po zsumowaniu wszystkich kategorii, wyniesie zatem maksymalnie 200 tys. zł. Na przykład, gdy na skutek zdarzenia medycznego doszło do całkowitego porażenia ręki lub nogi (40 tys. zł), co spowodowało konieczność leczenia operacyjnego (10 tys. zł) i 6-tygodniową hospitalizację (20 tys. zł) oraz umiarkowany stopień niepełnosprawności (20 tys. zł), z funduszu będzie przysługiwać kwota w wysokości 90 tys. zł. Wysokość

świadczenia dla każdego z uprawnionych członków rodziny zmarłego wyniesie natomiast od 20 do 100 tys., w zależności od stopnia pokrewieństwa.

Jak widać, **wysokość świadczenia nie będzie odbiegać od kwot możliwych do uzyskania przed sądem, choć będzie utrzymana w określonych ryzach. Jednocześnie będzie ono dostępne szybciej i łatwiej, bez potrzeby udowadniania winy sprawcy szkody.** Pacjent nie będzie też ponosił ryzyka wysokich kosztów w przypadku przegranej. Stroną samego postępowania będzie osoba składająca wniosek, która nie będzie musiała prowadzić sporu z placówką medyczną. Tej ostatniej będzie zaś zależało na wyjaśnieniu sprawy, bo to będzie dawać szansę na jej korzystne załatwienie. Przyjęcie świadczenia z funduszu będzie bowiem oznaczać zrzeczenie się przez pacjenta dalszych roszczeń. Poszkodowany będzie miał jednocześnie prawo wyboru dotychczasowej ścieżki dochodzenia roszczeń odszkodowawczych od podmiotu leczniczego lub jego ubezpieczyciela.

RZECZNIK PRAW PACJENTA

O zdarzeniach medycznych ma orzekać centralny organ administracji, jakim jest Rzecznik Praw Pacjenta. To on będzie ustalał stan faktyczny i stosował przepisy ustawy w ramach wydawanych decyzji. I jest to instytucja, która ma do tego kompetencje. Już teraz zatrudniamy wielu prawników, w tym radców prawnych, posiadających duże doświadczenie w tematyce błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych oraz odpowiedzialności odszkodowawczej. Poza innymi zadaniami, które realizujemy, warto zwrócić uwagę na kompetencję Rzecznika do wytaczania postępowań cywilnych na rzecz pacjentów oraz udziału w toczących się procesach na prawach prokuratora. Obecnie prowadzimy blisko 70 takich spraw, zakończyliśmy zaś ponad 60 – przyniosły one pacjentom, na mocy wydanych orzeczeń i zawartych ugód, łącznie ponad 8 milionów złotych zadośćuczynień i odszkodowań (nie licząc odsetek i rent). Udaje się nam również efektywnie współpracować ze starannie dobraćym gronem ekspertów z zakresu medycyny, którym zapewniamy pełne wsparcie administracyjne, co pozwala nam przełamywać widoczny chociażby w sądach impas wynikający z trudności w pozyskiwaniu opinii lekarskich. **O efektywności modelu opartego na trybie administracyjnym świadczy dotychczasowe funkcjonowanie Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, który działa od lutego 2022 r.** Ponad 1300 złożonych w tym czasie wniosków o przyznanie świadczenia w związku z działaniami niepożądanymi szczepionek przeciw Covid-19 dowodzi brak barier w dostępie do tego rozwiązania oraz duże zainteresowanie ze strony pacjentów. Wymiernym efektem dobrze przygotowanej i wdrożonej procedury jest przyznanie dotąd łącznej kwoty około 3,5 mln zł świadczeń kompensacyjnych. Od przyszłego roku Fundusz ten obejmie swoim zakresem również szczepienia obowiązkowe.

Podobne rozwiązania mają szansę już wkrótce wejść w życie także w odniesieniu do szkód doznanych przez uczestników badań klinicznych produktów leczniczych. Projekt ustawy, który to przewiduje, został już skierowany do Sejmu. Docelowo przy Rzeczniku Praw Pacjenta będą zatem działać:

- Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych,
- Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych,
- Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych.

Złożą się one na **nowoczesny i komplementarny system rekompensat dla pacjentów, alternatywny wobec tradycyjnej odpowiedzialności cywilnej opartej o zasadę winy.** □