

Rzecz o Prawie

OCHRONA ZDROWIA



JOLANTA
BUDZOWSKA



JOAKIM
JÄDERSTRÖM

Dwie drogi do odszkodowań

Fundusz decydujący o wypłacie świadczeń musi być niezależny od szpitali. Jak w Szwecji.

W obliczu powszechnej krytyki działalności wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i poszukiwaniu nowych, alternatywnych dla drogi sądowej rozwiązań, warto – porównując w najważniejszych punktach rozwiązanie szwedzkie i polskie – zastanowić się, dlaczego w Polsce nie sprawdziła się formuła rekompensowania szkód na zdrowiu pacjentów wzorowana m. in. na modelu szwedzkim.

Specjalna ustawa

W Szwecji przepisy dotyczące prawa do odszkodowania za szkodę oraz dotyczące Panelu Roszczeń Pacjentów (Patientskadenämnden) zawarte są w ustawie o poszkodowanych pacjentach (Patient Injury Act z 1996 r., weszła w życie 1 stycznia 1997 r.). Panel Roszczeń Pacjentów, w pewnym sensie odpowiednik wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej też WKOZM), jest prowadzony przez Stowarzyszenie Ubezpieczeń Pacjentów (Patientförsäkringsforeningen, PFF). Stowarzyszenie to zrzesza zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia OC dla podmiotów leczniczych.

Źródło finansowania to podstawowa różnica pomiędzy rozwiązaniami szwedzkimi a regulacją wprowadzoną w Polsce. Początkowo ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej ustawa o pppRP; weszła w życie 1 stycznia 2012 r.), wraz z przepisami o WKOZM, wprowadzała nowy rodzaj umowy ubezpieczenia. Finalnie jednak całkowicie zrezygnowano z wymogu ubezpieczenia szpitali od zdarzeń medycznych. W efekcie obowiązkiem zapłaty rekompensaty pacjentom obciążone zostały bezpośrednio podmioty lecznicze prowadzące szpitale, działające – przynajmniej w teorii – na zasadzie samofinansowania.

Dwie definicje

Model szwedzki jest traktowany jako wzorcowa formuła zastąpienia klasycznej odpowiedzialności cywilnej szcze-

gólną formą odszkodowania dla pacjentów za niepożądane zdarzenia medyczne, które nie powinny nastąpić w wyniku prawidłowego leczenia, wypłacanego niezależnie od winy świadczeniodawcy (no-fault compensation).

Rekompensata przysługująca, jeśli istnieje znaczne prawdopodobieństwo, że szkoda jest spowodowana przez:

- badanie, opiekę, leczenie lub podobne działanie, pod warunkiem że szkoda można było uniknąć albo poprzez inne wykonanie wybranej procedury, albo też poprzez wybór innej dostępnej procedury, która zgodnie z oceną ex-post, z medycznego punktu widzenia, zaspokoiłaby potrzebę zdrowotną pacjenta, w mniej ryzykowny sposób,
- wady wyrobu medycznego lub niewłaściwego obchodzenia się z nim,
- nieprawidłową lub opóźnioną diagnozę,
- zakażenie lub wypadek w podmiocie leczniczym,
- przepisanie lub wydanie leków sprzecznie z wytycznymi.

Nie jest konieczne udowodnienie winy ani błędu medycznego, ale stosuje się zasadę „możliwości uniknięcia” - odszkodowanie otrzymuje pacjent poszkodowany w wyniku zdarzenia, którego można byłoby uniknąć w optymalnych okolicznościach, tj. szkoda nie zaistniałaby w rękach najlepszego pracownika ochrony zdrowia. Tę regułę określa się też zasadą „doświadczonego specjalisty”. Punktem odniesienia jest więc wysoki poziom opieki zdrowotnej.

Obowiązująca w Polsce definicja, choć na pozór podobna, jest na tyle skomplikowana, że stosowanie art. 67a ustawy o pppRP przysparza kłopotów nawet samym członkom WKOZM. Od modelu szwedzkiego różni ją m.in. dwa punkty krytyczne. Pierwszy to brak jednoznacznego wskazania, że wystarczy – jak w Szwecji – udowodnienie znacznego prawdopodobieństwa. Obowiązuje wymóg ustalenia adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą na zdrowiu pacjenta.

Druga różnica ma już charakter fundamentalny i zwykle rozpala do czerwoności emocje środowiska medycznego podczas dyskusji o funkcjonowaniu WKOZM: szwedzkie kryterium „możliwości uniknięcia” jest kluczem do uznania tego systemu rekompensat za no-fault, w przeciwieństwie do obowiązującego w Polsce wymogu udowodnienia personelowi medycznemu działania

„niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną”.

W Szwecji odszkodowanie dla pacjenta obejmuje zażalenie, odszkodowanie i rentę. Kwota rekompensaty w 2019 r. była ograniczona do 46.500.000 SEK (18.424.557 zł) za każde zdarzenie medyczne, nie więcej jednak niż 9.300.000 SEK (3.684.911 zł) dla danego pacjenta. Kwoty te są ustalane corocznie jako krotność stawki bazowej.

W Polsce maksymalna wysokość świadczenia, jaka może być wypłacona pacjentowi wynosi 100 tys. zł (w przypadku śmierci 300 tys. zł). Nie ma możliwości uzyskania renty. Nadto, w obu przypadkach, aby skutecznie przyjąć propozycję rekompensaty, pacjent musi zrzec się dalszych roszczeń.

Zasady postępowania

Pacjent nieusatsfakcjonowany decyzją szwedzkiego ubezpieczyciela może zwrócić się do Panelu z wnioskiem o zbadanie sprawy albo od razu wnieść pozew do sądu. Bezpłatne dla pacjenta postępowanie odbywa się na piśmie. Rozpatrzenie sprawy zajmuje ok. sześciu miesięcy, więczyj jest opinia doradczą. Określa ona, czy pacjent jest uprawniony do rekompensaty i ustala ewentualną wysokość odszkodowania. Choć formalnie decyzja Panelu nie wiąże stron, to na ogół ubezpieczyciel ją respektuje. Korzystanie z tej pozasądowej drogi nie wyklucza późniejszego dochodzenia roszczeń przez przed szwedzkimi sądami.

wody nie tylko z dokumentów, ale i z zeznań świadków, przesłuchania stron czy wreszcie z opinii biegłych.

Przedmiotem orzeczenia Komisji jest rozstrzygnięcie, czy podczas leczenia pacjenta w warunkach szpitalnych doszło do zdarzenia medycz-

” Wskutek zbyt długiego oczekiwania na orzeczenie komisji pacjent może się narazić na zarzut przedawnienia w procesie cywilnym

nego, czy też nie. Propozycję rekompensaty przedstawia pacjentowi podmiot prowadzący szpital. Jakakolwiek oferta, także symboliczne 1 zł, jest traktowana jako wypełnienie obowiązku ustawowego przed podmiotem.

Termin zgłaszania szkody

Aktualnie w Szwecji każdy pacjent, który chce dochodzić odszkodowania, musi wszcząć postępowanie w

” W Szwecji nie trzeba udowadniać winy ani błędu w leczeniu – wystarczy stosowanie zasady „możliwości uniknięcia”

Członkowie Panelu Roszczeń Pacjentów są mianowani przez rząd Szwecji. Przewodniczący jest lub był sędzią w szwedzkim systemie sądownictwa, pacjentów reprezentuje trzech członków mianowanych przez partię parlamentarną, kolejni członkowie to ekspert medyczny, prawnik i specjalista od systemu opieki zdrowotnej.

W Polsce pacjent również ma wybór: może zgłosić szkodę zarówno do ubezpieczyciela, jak i bezpośrednio do WKOZM, lub złożyć pozew do sądu. Orzeczenie WKOZM ma zostać wydane w terminie czterech miesięcy. W praktyce postępowania trwają znacznie dłużej, ponieważ WKOZM przeprowadza do-

ciagu dziesięciu lat liczonych od momentu powstania szkody. Jeśli pacjent zgłosił szkodę świadczeniodawcy lub ubezpieczycielowi w tym terminie, na wniesienie roszczenia przed Panelu Roszczeń Pacjenta ma sześć miesięcy od momentu, w którym dowiedział się o ostatecznej decyzji ubezpieczyciela. Wniesienie sprawy przed Panel przerywa bieg przedawnienia.

W Polsce wnioskodawca może wystąpić do Komisji w ciągu roku od dnia, w którym dowiedział się o szkodzie na zdrowiu lub nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące

szkodą na zdrowiu albo śmiercią pacjenta. W przypadku śmierci pacjenta roczny termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Złożenie wniosku przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określony w przepisach kodeksu cywilnego wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem, ale tylko jeśli ostateczne orzeczenie WKOZM będzie stwierdzało zdarzenie medyczne. W praktyce więc, w skrajnym przypadku, wskutek oczekiwania na orzeczenie Komisji pacjent może narazić się na podniesienie przez pozwanych zarzutu przedawnienia w procesie cywilnym, który zostanie wszczęty po wydaniu przez WKOZM niekorzystnego dla niego rozstrzygnięcia, a to ze względu na ogólny, trzyletni (od momentu dowiedzenia się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia) termin przedawnienia roszczeń odszkodowawczych.

Wady i zalety

Kierowanie sprawy do Panelu Roszczeń Pacjentów w Szwecji ma swoje wady i zalety. Postępowanie przed Panelu i zapoznanie się ze stanowiskiem eksperckim w najgorszym razie dostarcza pacjentowi dodatkowych danych przed ewentualnym sądowym dochodzeniem roszczeń. Minusem jest to, że Panel zwykle nie przesłuchuje świadków, więc jest to materiał ograniczony.

Podstawowa różnica między funkcjonowaniem szwedzkiego Panelu a polską WKOZM, to skuteczność rozstrzygnięć. I tu i tu orzeczenia tych organów w praktyce nie są wiążące, niemniej w Szwecji są respektowane i wykonywane przez podmioty zobowiązane do naprawienia szkody pacjentom. W Polsce nie może to funkcjonować tak samo z jednej prostej przyczyny. Mianowicie szpitale często nie są w stanie i nie są też zmotywowane, aby wypłacać odszkodowanie za zdarzenie medyczne z własnego budżetu. Z kolei tak krytykowana w Polsce korzyść, jaką odnoszą pacjenci z procedury przed Komisją w postaci uzyskania dowodów mogących mieć znaczenie w procesie sądowym, jest jak widzieć wspólną cechą dla obu modeli pozasądowego dochodzenia roszczeń.

Statystyka w pigułce

W 2018 r. szwedzki Panel rozpatrywał 1801 spraw. Szacuje się, że w ok. 10 proc. Panel zaleca wypłatę odszkodo-

wania, a w około 50 proc. spraw uznaje, że wniosek pacjenta nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ nie spełnia kryterium „możliwości uniknięcia” danego zdarzenia.

W Polsce, w ciągu pierwszej kadencji WKOZM (w latach 2012–2017) do komisji wpłynęło średniorocznie 896 wniosków (nie licząc wniosków o ponowne rozpatrzenie), z czego w ok. 20 proc. postępowań orzeczono o zdarzeniu medycznym.

W przeliczeniu zatem na ilość mieszkańców (10,12 mln w Szwecji, 37,98 mln w Polsce – dane na 2018 r.) do szwedzkiego Panelu rocznie wpływa ponad siedem i pół razy więcej wniosków niż do WKOZD w Polsce.

W Polsce, zgodnie z raportem NIK z listopada 2018 r. „system, który nie stworzył możliwości szybkiego uzyskania odszkodowań, nie stał się alternatywą dla sądownictwa powszechnego”. Warto jednak zauważyć, że z ilości spraw wpływających do sądów pierwszej instancji, kwalifikowana jako „sprawy cywilne o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia” z 971 w 2012 r., w ciągu pierwszej sześciolatej kadencji WKOZM utrzymała się na zbliżonym, a nawet niższym poziomie: w 2018 r. było to 857 spraw. Zasadne wydaje się więc postawienie retorycznego pytania, jaki byłby ten wpływ, gdyby nie średnio drugie tyle rocznie wniosków składanych do WKOZM?

Trudno się jednak zgodzić z wynikającą z raportu NIK generalnie negatywną oceną funkcjonowania polskiego systemu pozasądowego rekompensowania szkód wyrządzonych pacjentom. Analiza szwedzkiego modelu odpowiedzialności no-fault prowadzi do wniosku, że podobne rozwiązanie może się sprawdzić w Polsce jedynie gdy zgodnie z ostatnim wnioskiem RPP powstanie fundusz gwarancyjny zapewniający pacjentom godziwą rekompensatę – akceptowalny społecznie stopień zadośćuczynienia za doznana krzywdę. Fundusz, ostatecznie decydujący o wypłacie świadczeń musi być niezależny od ubezpieczycieli i podmiotów leczniczych, podobnie jak funkcjonuje to w Szwecji.

Jolanta Budzowska jest radcą prawnym, a Joakim Jäderström adwokatem

Prawnicy specjalizujący się w prawie szkód na osobie i są członkami zarządu PEOPII (Pan European Organisation of Personal Injury Lawyers)

Cały tekst na www.rp.pl



Teksty z dodatku dostępne w wersji elektronicznej na: **ARCHIWUM.RP.PL**