



Środowisko lekarskie coraz głośniej domaga się wprowadzenia w Polsce systemu no-fault - sonda

Nie tylko medycy wskazują, że powinien to być ważny element zmian w ochronie zdrowia, wprowadzanych z myślą o lekarzach i lekarzach dentystach, ale przede wszystkim o pacjentach.

W systemie no-fault znosi się orzekanie o winie.

Piotr Pawliszak pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie, przewodniczący Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia NRL

W Polsce próbuje się pociągać lekarzy do odpowiedzialności karnej z artykułów 155, 156 i 160 Kodeksu karnego. Jednak z danych Prokuratury Krajowej wynika, że wśród wszystkich spraw o tzw. błędy medyczne zakończonych wydaniem decyzji merytorycznej, tylko w ok. 7 proc. przypadków skierowano do sądu akt oskarżenia lub wnioski o dobrowolne poddanie się karze.

Oznacza to, że w ponad 90 proc. takich spraw nie dopatrzono się cech przestępstwa. Stąd logicznym jest, że karanie za błędy medyczne następuje jedynie w przypadkach moralnie uzasadnionych, czyli głównie rażącego niedbalstwa (tzn. gdy przewinienia są tak ewidentne, że ich ocena nie wymaga wiedzy szczególnej). W pozostałych – nie służy ani lekarzom, ani pacjentom, ani państwu.

Kwestią sporną pozostaje to, czy również zgon pacjenta nie powinien zostać wyłączony spod odpowiedzialności karnej. Przekonanie, że surowe karanie lekarzy (pojawiające się m.in. w kontekście prób zaostreżenia art. 155 Kodeksu karnego) zmniejszy prawdopodobieństwo występowania niepożądanych zdarzeń medycznych, jest błędne. Z danych National Institute of Justice, komórki naukowo-badawczej Departamentu Sprawiedliwości USA, która od kilkadziesiąt lat obserwuje działanie systemu kar, wynika, że dotkliwość kary nie wpływa na zmniejszenie częstości występowania przewinień. W medycynie dodatkowo jest z tym związana możliwość „uniknięcia nieumyślnego błędu” – to oczywisty oksymoron. Niemniej jednak dużo silniejszym czynnikiem zmniejszającym częstość występowania przewinień jest nieuchronność ich wykrycia, a ekwiwalentem tego może być obowiązkowy rejestr zdarzeń niepożądanych.

Dla mnie system no-fault to forma umowy społecznej połączona z kreowaniem kultury bezpieczeństwa, która powinna zastąpić obecną od lat „kulturę” obwiniania i strachu. W systemie no-fault znosi się orzekanie o winie, co radykalnie zmienia dynamikę relacji lekarz-pacjent w sytuacji ewentualnego błędu i roszczenia.

Kompleksowy system no-fault jest też pacjentocentryczny, gdyż skupia się na jak najszybszym przekazaniu pacjentowi rekompensaty za doznaną szkodę, a długofalowo ma zmniejszać ryzyko powtarzania się tych samych błędów – ma więc walor edukacyjny i jest sprawiedliwy w ujęciu społecznym zarówno wobec lekarzy, jak i pacjentów.

Istotą jest kompensacja szkód bez orzekania o winie.

Stanisław Iwańczak pełnomocnik dyrektora Katowickiego Centrum Onkologii ds. bezpieczeństwa pacjentów, diagnosta laboratoryjny, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej

Pojęcie no-fault bardzo często jest używane nie tak, jak trzeba. Tak naprawdę powinno się mówić o „no-fault compensation”, tzn. o systemie umożliwiającym uzyskanie odszkodowania bez orzekania o winie.

Aby zrozumieć, skąd w ogóle wzięło się to pojęcie, trzeba cofnąć się kilkadziesiąt lat wstecz – do lat 70. XX w. w Nowej Zelandii, która była prekursorem rozwiązań opartych na odejściu od wskazywania winnych. Początkowo dotyczyły one wypadków drogowych i związanych z nimi wypłat odszkodowań – oparto się na założeniu, że nikt nie szuka winnego. Dopiero w późniejszych latach zakresem no-fault objęto odszkodowania za obrażenia medyczne ponoszone w czasie wypadków drogowych, a w 2005 r. również zdarzenia niepożądane i błędy medyczne.

Na świecie nie ma uniwersalnego rozumienia systemu no-fault compensation, a regulacje obowiązujące w poszczególnych krajach różnią się w szczegółach, np. co do sposobu wypłaty odszkodowania czy możliwości odwoływania się od decyzji. Jednak generalnie dotyczy ono wyłącznie kompensacji finansowej szkody powstałej w wyniku jakichś działań. W ochronie zdrowia powinno być ono używane tylko w odniesieniu do zadośćuczynienia za szkody wyrządzone pacjentom m.in. z tytułu zdarzeń niepożądanych czy błędów medycznych. W praktyce stało się multipojęciem obejmującym różne kwestie związane z bezpieczeństwem pacjenta, które nie są ściśle związane z no-fault, np. system rejestracji zdarzeń niepożądanych.

W Polsce, kiedy mówi się o no-fault, bardzo mocno podnoszona jest kwestia niewskazywania winnego. Chodzi o to, by nie szukać ich wśród lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Część środowisk opiniotwórczych i pacjenckich jest negatywnie nastawiona do tej idei, bo nie rozumie, że istotą no-fault nie jest wprowadzenie systemu bez ponoszenia jakiegokolwiek winy czy uchwalenie przepisów zwalniających z odpowiedzialności za popełnione błędy, lecz kompensacja szkód bez orzekania o winie. To zasadnicza różnica. Pojęciem nadrzędnym wobec no-fault compensation jest bezpieczeństwo pacjenta (ang. patient safety). No-fault stanowi tylko jeden z elementów systemu bezpieczeństwa pacjenta, a w jeszcze szerszym ujęciu – bezpieczeństwa w systemie opieki zdrowotnej. Warto o tym pamiętać.

W naszym kraju bardzo często no-fault mylnie utożsamia się z całością zagadnień związanych z rejestracją zdarzeń niepożądanych, systemem odpowiedzialności zawodowej czy kulturą bezpieczeństwa, a nawet zamiennie stosuje się te pojęcia. Przy okazji zwracam uwagę, że błąd medyczny nie zawsze stanowi przyczynę zdarzenia niepożądanego, a bezpieczeństwo pacjenta jest uzależnione od wielu czynników, w tym m.in. od bezpieczeństwa personelu, co dla wielu osób nie jest oczywiste.

Ochrona zdrowia to sektor wysokiego ryzyka.

Robert Mołdach członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, współzałożyciel Instytutu Zdrowia i Demokracji

Ochrona zdrowia to sektor wysokiego ryzyka – podobnie jak transport lotniczy czy wydobywanie kopalin, nie wspominając o branży kosmicznej czy energetyce jądrowej. Łączy je m.in. to, że popełniane w tych branżach błędy mogą dotyczyć dużej liczby osób i – a by im zapobiegać – w znacznym stopniu stosowane są podobne procedury bezpieczeństwa.

Od lat te sektory czerpią od siebie nawzajem różne doświadczenia w zakresie podnoszenia bezpieczeństwa personelu i osób, na które oddziałują. Wiele osób nie traktuje ochrony zdrowia jako sektora wysokiego ryzyka, choć trzeba przyznać, że na przestrzeni ostatnich 20 lat to postrzeganie bardzo się zmieniło. Jako pacjenci mamy duże zaufanie do personelu medycznego, oddając się pod jego opiekę i powierzając lekarzom czy pielęgniarkom swoje zdrowie i życie. Nie zawsze myślimy o tym, że personel medyczny pracuje w bardzo złożonych warunkach, w których z pozoru nawet drobne błędy mogą prowadzić do katastrofalnych skutków dla pacjenta, podobnie jak np. w lotnictwie dla pasażerów.

Od innych sektorów podwyższonego ryzyka ochrona zdrowia może się uczyć sprawiedliwego traktowania, co ma duże znaczenie w kontekście systemu no-fault nie tylko w obszarze medycyny. Kultura sprawiedliwego traktowania polega na ocenianiu pracowników zgodnie z ich umiejętnościami i sytuacją, w której się znaleźli.

Nie można przykładać tej samej miary do identycznego błędu bez spojrzenia na sytuację, w której znalazł się człowiek, bez spojrzenia na otoczenie i dojrzałość organizacji, w których działa, a także bez uwzględnienia jego doświadczenia. Czym innym jest przypadek młodego lekarza, bez zaplecza i doświadczenia, pozostawionego w pojedynkę na dyżurze, zderzającego się z ogromem wyzwań, na które jest nieprzygotowany osobiście i systemowo, a czym innym sytuacja doświadczonych zespołu profesjonalistów popełniającego błąd, który w ogóle nie powinien był się wydarzyć.

Medycyna powinna czerpać z wzorców postępowania obecnych w innych sektorach wysokiego ryzyka, gdzie od lat skutecznie rozwiązuje się niektóre ważne problemy. Nie trzeba wszystkiego wymyślać od nowa.

Błędy często mają charakter systemowy.

Michał Sutkowski członek Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, nieprzerwanie od 1989 r. pracuje jako lekarz w POZ

System no-fault ułatwia znalezienie prawdziwej przyczyny, z powodu której dochodzi do zdarzenia niepożądanego albo błędu medycznego. Po jego wprowadzeniu można usystematyzować wszystkie te przypadki i doprowadzić do ograniczenia ryzyka ich wystąpienia lub nawet całkowicie je wyeliminować.

W ochronie zdrowia błędy dość często mają charakter systemowy, a nie ludzki. To jeden z powodów, by karać co do zasady tylko w sytuacjach ewidentnie kryminalnych. Doświadczenia innych państw wskazują, że po wprowadzeniu no-fault nie zmiata się niczego pod dywan, a lekarz i pacjent przestają być nastawieni do siebie nieufnie.

Mam nadzieję, że dyskusja o możliwości wprowadzenia no-fault to przyczynek do rozpoczęcia poważnej debaty o prawach i obowiązkach pacjentów. Sam Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że warto na ten temat rozmawiać, ale w obszarze legislacji jak na razie niewiele się dzieje. Chodzi o to, by relacje opierały się na zasadzie partnerskiej, a nie aternalistycznej, ale też – jak mówił prof. Tadeusz Tołłoczko – nie klientelistycznej. System no-fault może w tym pomóc.

Poprawa relacji lekarz-pacjent ma duże znaczenie dla poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Niestety w przeszłości narosły pewne antagonizmy między tymi, którzy leczą i tymi, którzy są leczeni. Często antagonizował decydent, organizator systemu czy płatnik, ustawiając się tak jakby bokiem do lekarzy, co było szczególnie widoczne zwłaszcza w czasie pandemii.

To dobrze, że dużo mówi się o perspektywie pacjenta, a Ministerstwo Zdrowia deklaruje, że system ochrony zdrowia ma być nakierowany właśnie na niego. Trzeba jednak pamiętać, że perspektywa pacjenta musi uwzględniać perspektywę lekarza.

Lekarz nie powinien czuć presji.

Magdalena Kołodziej wiceprzewodnicząca Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia, prezes Fundacji „My Pacjenci”

Jestem zwolenniczką systemu no-fault, jak i tego, by po wystąpieniu niepożądanych zdarzeń medycznych wyciągano wnioski w celach rozwojowych bez zamiatania niczego pod dywan.

Myślą przewodnią w pracy lekarza musi być podejmowanie działań mających na celu pomoc pacjentowi, nawet jeśli czasami wiązałyby się one z możliwym niepowodzeniem. W niektórych przypadkach dla chorego może jednak nie być innej drogi ratunku i albo lekarz podejmie się skomplikowanego zabiegu, albo się wystraszy i zrezygnuje z niosącego ryzyko działania.

Lekarz nie powinien czuć presji ze strony przepisów prawa karnego, lecz przede wszystkim walczyć o życie i zdrowie pacjentów. Jeśli nad nim i zespołem podejmującym się leczenia czy bardzo trudnego zabiegu wisi zagrożenie, że w razie, gdyby coś się nie powiodło lub popełniono by nieumyślny błąd, mogą trafić do więzienia, bez wątpienia jest to ze szkodą dla pacjenta. Sankcje karne mogą prowadzić do unikania przez medyków podejmowania niektórych decyzji ze strachu.

Świat coraz bardziej idzie w kierunku wprowadzania rozwiązań typu no-fault. Takie podejście

zaczyna być stosowane także w Polsce. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku nie unika się raportowania błędów czy zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a wręcz jest to wskazane. Kiedy do nich dojdzie, zespół analizuje sytuację i dyskutuje nad możliwymi rozwiązaniami, tak by wyciągnąć wnioski i uniknąć ich popełnienia w przyszłości. Powinniśmy dążyć do takiego propacjenckiego podejścia.

Artykuł ukazał się w [„Gazecie Lekarskiej”](#) nr 7-8/2022

