Image not found or type unknown

Uwagi PNRL do sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego

18 stycznia 2024 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęło:

STANOWISKO Nr 2/24/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 18 stycznia 2024 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, przekazanym przy piśmie Ministra Zdrowia Izabeli Leszczyny z dnia 8 stycznia 2024 r. (znak: DLJ.0210.1.2023.WSK), zgłasza następujące uwagi:

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określiła dolną i górną granicę wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy – wynosi ona w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia lub zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym - od 2 tys. złotych do 200 tys. złotych, a w przypadku śmierci pacjenta - od 20 tys. do 100 tys. złotych. Jednocześnie art. 67s ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że wysokość świadczenia kompensacyjnego podlega co roku waloryzacji w stopniu odpowiadającym wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres poprzedniego roku obliczonemu na podstawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, ogłaszanego przez Prezesa GUS. Skoro ustawa przewiduje, że co roku waloryzowane będą przewidziane w niej kwoty świadczenia kompensacyjnego, to ten sam mechanizm waloryzacyjny powinien zostać przewidziany w projektowanym rozporządzeniu. Przedstawiony do zaopiniowana projekt rozporządzenia ani uzasadnienie do tego projektu nie zawierają wyjaśnienia dotyczącego planowanego sposobu corocznego waloryzowania wysokości świadczeń kompensacyjnych ustalonych w rozporządzeniu. Brak w rozporządzeniu takiego mechanizmu będzie skutkował tym, że w przypadku inflacji zwiększy się przewidziana w ustawie maksymalna kwota świadczenia kompensacyjnego, ale na mocy rozporządzenia wnioskodawca będzie mógł otrzymać najwyżej kwotę sprzed waloryzacji (na przykład: w razie inflacji wynoszącej 10% maksymalna przewidziana w ustawie kwota świadczenia kompensacyjnego z tytułu śmierci pacjenta wzrośnie ze 100 tys. do 110 tys. złotych, natomiast rozporządzenie w tabeli do § 6 będzie nadal przewidywało, że kwota świadczenia dla dziecka własnego poniżej 18 roku życia z tytułu śmierci rodzica, który miał nie więcej niż 24 lata, będzie wynosiła 100 tys. złotych).

Dla zapewnienia pacjentom i ich rodzinom prawa do stosownie zwaloryzowanego świadczenia kompensacyjnego można albo co roku - po ogłoszeniu przez Prezesa GUS wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych - nowelizować rozporządzenie, albo – co w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wydaje się właściwsze – dodać do projektu rozporządzenia § 2a o brzmieniu: *„Wysokość świadczenia kompensacyjnego, określonego w §§ 3 - 6, podlega co roku waloryzacji w stopniu odpowiadającym wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres poprzedniego roku obliczonemu na podstawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z*

zaokrągleniem do pełnych złotych w górę".
Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi wysokość świadczenia kompensacyjnego opisanego w tabelach zamieszczonych w §§ 3 – 6 rozporządzenia. Zaproponowane kwoty świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta są w niektórych przypadkach istotnie niższe niż świadczenia wynikające z oceny stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r *. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. z 2020 r. poz. 2033)*. Przykładowo określona w Lp. 1 tabeli do § 3 projektu rozporządzenia wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie uszczerbku na zdrowiu spowodowanego całkowitą utratą kończyny górnej powyżej stawu łokciowego wynosi 55 tys. złotych, podczas gdy w poz. 115 załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. *w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania* utrata kończyny w obrębie ramienia z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej prawej oszacowana jest na 70% stałego uszczerbku, co przekłada się na wysokość jednorazowego odszkodowania w kwocie ponad 88 tys. złotych.
Określona w Lp. 8 tabeli zamieszczonej w § 3 projektu rozporządzenia wysokość świadczenia kompensacyjnego w zakresie uszczerbku na zdrowiu spowodowanego utratą stopy wynosi 25 tys. złotych, podczas gdy w poz. 170 załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. *w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania* utrata stopy oszacowana jest na 50% stałego uszczerbku, co przekłada się na wysokość jednorazowego odszkodowania w kwocie ponad 63 tys. złotych.
Zbyt niskie kwoty świadczenia kompensacyjnego mogą utrudniać funkcjonowanie pozasądowego systemu kompensacji szkód w ochronie zdrowia i stanowić dla pacjentów i ich rodzin argument przemawiający za kierowaniem spraw na drogę postępowania sądowego, zamiast do Rzecznika Praw Pacjenta.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że w tabelach zamieszczonych w §§ 3 – 6 rozporządzenia przyjęto sztywną wysokość świadczenia kompensacyjnego za określony uszczerbek na zdrowiu, tymczasem w wielu opisanych tam sytuacjach klinicznych zasadne byłoby przyjęcie widełek określających dolną i górną granicę wysokości świadczenia kompensacyjnego. Przykładowo w Lp. 38 tabeli zamieszczonej w § 3 rozporządzenia przyjęto taką samą kwotę świadczenia kompensacyjnego (25 tys. złotych) dla oparzenia drugiego lub trzeciego stopnia obejmującego co najmniej 20% powierzchni ciała, tymczasem nie budzi wątpliwości, że skutki oparzenia trzeciego stopnia bardziej uciążliwe dla pacjenta, w związku z tym niezrozumiałe jest ustalenie tej samej kwoty świadczenia kompensacyjnego. Ponadto w Lp. 48 tabeli zamieszczonej w § 3 rozporządzenia ustalono tylko jedną wysokość świadczenia w przypadku zawału serca, tymczasem zawał serca może przebiec bez dodatkowego uszkodzenia mięśnia sercowego lub z jego trwałym istotnym uszkodzeniem, co powinno różnicować wysokość świadczenia. Podobnie uzasadnione byłoby zróżnicowanie wysokości kwot świadczenia w Lp. 71 i 72 tabeli zamieszczonej w § 3 rozporządzenia, które odwołują się odpowiednio do: wad rozwojowych płodu i poronienia.
Odnośnie do Lp. 28 i 29 tabeli zamieszczonej w § 3 rozporządzenia niezrozumiałe jest przyjęcie wyższej kwoty świadczenia kompensacyjnego z tytułu utraty brodawki u kobiet (12 tys. złotych), niż w przypadku utraty sutka (8 tys. złotych). Niezrozumiałe jest także dlaczego w Lp. 29 tej tabeli opisano utratę sutka nie określając płci pacjenta, co oznacza, że świadczenie dotyczy utraty sutka tak u kobiet, jak i u mężczyzn, zaś w Lp. 28 tabeli mowa jest jedynie o utracie brodawki u kobiet, co oznacza, że mężczyźni nie zostali objęci kompensatą szkód za taki uszczerbek.
Biorąc pod uwagę, że w Lp. 9 tabeli zamieszczonej w § 3 projektu rozporządzenia określono wysokość świadczenia kompensacyjnego dla przypadku całkowitej utraty obu stóp (60 tys. złotych), która jest wyższa niż suma dwukrotności całkowitej utraty jednej stopy (25 tys. złotych), należy rozważyć uzupełnienie tabeli o całkowitą utratę obu rąk, której wysokość powinna być

wyższa niż dwukrotność świadczenia z tytułu całkowitej utraty jednej ręki.
W ustępie drugim § 3 projektu rozporządzenia jest mowa o częściowej utracie małżowiny usznej, za którą przysługuje połowa wartości świadczenia kompensacyjnego, tymczasem tabela zamieszczona w § 3 rozporządzenia nie określa wartości świadczenia kompensacyjnego dla całkowitej utraty małżowiny usznej – pozycję tę należy wprowadzić do tabeli i stosownie wycenić.
W tabeli zamieszczonej w § 4 ust. 1 projektu rozporządzenia proponuje się dodać pozycję „tracheostomia" i stosownie ją wycenić.
W tabeli zamieszczonej w § 5 ust. 1 projektu rozporządzenia określającej wysokość świadczenia kompensacyjnego w razie pogorszenia jakości życia doprecyzowania wymaga Lp. 1 – „niezdolność do samodzielnej egzystencji". Przede wszystkim należy uściślić, na jakiej podstawie należy ustalać czy u wnioskodawcy doszło do powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji. Pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji wstępuje bowiem w kilku aktach prawnych i jego definicje nie są identyczne. Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest prawnie zdefiniowana w art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1251). Zgodnie z tym przepisem *„W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji*". Niezdolność do samodzielnej egzystencji występuje w orzecznictwie ZUS dla potrzeb świadczenia uzupełniającego, czy dla potrzeb prawa do dodatku pielęgnacyjnego osobom uprawnionym do emerytury lub renty, czy innych świadczeń jakie wypłaca ZUS (na przykład renty socjalnej, czy renty rodzinnej bez względu na wiek dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji).
Pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji występuje także w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 poz. 44) i funkcjonuje w zakresie wydawanych orzeczeń przez Powiatowe i Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Zgodnie z definicją z art. 4 ust. 4 ustawy o rehabilitacji zawodowej *„Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację*". Obie definicje prawne pojęcia „niezdolność do samodzielnej egzystencji" są wprawdzie bardzo zbliżone, niemniej jednak sądy uznają, że oba te pojęcia nie maja identycznego znaczenia. Ponadto na gruncie wyżej wymienionych przepisów Sąd Najwyższy przesądził, że orzeczenie stwierdzające znaczny stopień niepełnosprawności nie jest równoznaczne z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji z art. 13 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt II UK 77/05, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 2020 r., sygn. III UK 318/19, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 24 listopada 2021 r., sygn. akt III AUa 1230/21).
Dodatkowo wskazania wymaga, w jaki sposób i na podstawie jakiego orzeczenia w toku postępowania o wypłatę świadczenia kompensacyjnego ustalana będzie przesłanka niezdolności do samodzielnej egzystencji lub konieczności zapewnienia stałej opieki pomocy innych osób w przypadku osób poniżej osiemnastego roku życia, ponieważ potwierdzające to orzeczenia w instytucjach ubezpieczenia społecznego (tj. ZUS i KRUS) wydawane są w stosunku do osób powyżej osiemnastego roku życia, a orzeczenia o: znacznym stopniu, umiarkowanym i lekkim stopniu niepełnosprawności wydawane są we właściwych organach w stosunku do osób, które ukończyły szesnasty rok życia. W przypadku procedury ubiegania się o świadczenie kompensacyjne należy umożliwić uzyskanie świadczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji także osobom poniżej 16 roku życia.
Odnośnie do Lp. 3 tabeli zamieszczonej w § 5 ust. 1 projektu rozporządzenia określającej wysokość świadczenia kompensacyjnego w razie pogorszenia jakości życia wskazano na *„Konieczność zapewnienia stałej opieki i pomocy innych osób*" (12 tys. złotych) Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że powstaje pytanie o wzajemny stosunek Lp. 1 i Lp. 3 tabeli. Niezdolność do samodzielnej egzystencji, zamieszczona w Lp. 1 tej tabeli, będzie zapewne polegała na

konieczności zapewnienia stałej opieki i pomocy innych osób (Lp. 3 tabeli). Czy obie te pozycje tabeli będą podlegać sumowaniu?

Odnosząc się do Lp. 3 tabeli zamieszczonej w § 5 ust. 1 projektu rozporządzenia określającej wysokość świadczenia kompensacyjnego w razie pogorszenia jakości życia z uwagi na „ *Konieczność zapewnienia stałej opieki i pomocy innych osób*” – zasadne byłoby rozszerzenie przypadków uzyskania świadczenia kompensacyjnego o sytuację, w której konieczność zapewnienia pacjentowi opieki i pomocy innych osób występuje tylko przez określony czas po zdarzeniu medycznym, a potem ustępuje – wówczas kwota świadczenia kompensacyjnego mogłaby zależeć od długości trwania tego stanu liczonego np. w tygodniach czy miesiącach.

Odnosząc się do Lp. 7 tabeli zamieszczonej w § 5 ust. 1 projektu rozporządzenia określającej wysokość świadczenia kompensacyjnego w razie pogorszenia jakości życia wskazano na „ubezwłasnowolnienie”. Powinno się doprecyzować, czy chodzi jedynie o ubezwłasnowolnienie całkowite (art. 13 kodeksu cywilnego) czy także o ubezwłasnowolnienie częściowe (art. 16 kodeksu cywilnego). Przesłanki orzekania o każdym z tych typów ubezwłasnowolnienia są odmienne, zatem zróżnicowana powinna być także kwota należnego świadczenia kompensacyjnego.

Odnosząc się do tabeli zamieszczonej w § 6 ust. 1 projektu rozporządzenia określającej wysokość świadczenia kompensacyjnego w razie śmierci pacjenta, zastrzeżenia budzi zbyt duże zróżnicowanie wysokości świadczenia dla małoletniego dziecka, które straciło rodzica będącego w wieku do 24 roku życia (100 tys. złotych) w stosunku do świadczenia na rzecz małoletniego dziecka, które straciło rodzica, który ukończył 46 rok życia – w tym wypadku świadczenie jest dwukrotnie, a nawet trzykrotnie niższe. Tak znaczne obniżenie wysokości świadczenia dla małoletnich dzieci, które utraciły rodzica bez względu na jego wiek, nie znajduje dostatecznego uzasadnienia.

Ponadto zgłasza się uwagę redakcyjną, że w § 3 projektu rozporządzenia tabela powinna zostać oznaczona jako ustęp 1, tak jak zostało to zrobione w § 4, § 5
i § 6.