

MEMORANDUM W SPRAWIE ZWIĘKSZENIA BEZPIECZEŃSTWA I JAKOŚCI LECZENIA POPRZEZ WPROWADZENIE SYSTEMU OPARTEGO NA IDEI NO-FAULT

Naczelna Rada Lekarska postuluje wprowadzenie do polskiego prawodawstwa systemu komplementarnych rozwiązań przekładających się na poprawę bezpieczeństwa leczenia – z perspektywy i pacjenta, i lekarza. Rekomenduje wdrożenie założeń mechanizmu *no-fault*, sprawdzającego się w państwach o wysokich standardach opieki zdrowotnej.

Preambuła

Celem zaproponowanych rozwiązań jest stworzenie w Polsce systemu efektywnej i szybkiej kompensacji szkód poniesionych przez pacjenta w czasie procesu leczniczego, przy jednoczesnym podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zapewnieniu bezpiecznych warunków pracy osobom wykonującym zawód medyczny.

Realizacja powyższych założeń powinna być wspólnym celem wszystkich interesariuszy systemu, m.in. środowisk pacjenckich, organizacji reprezentujących osoby wykonujące zawody medyczne, Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta i płatnika publicznego.

Diagnoza aktualnej sytuacji

Samorząd lekarski ocenia, że obecny system kompensowania szkód poniesionych w następstwie zdarzeń medycznych jest z wielu powodów niezadowalający i skrajnie nieefektywny zarówno z punktu widzenia interesu indywidualnego, jak również interesu społecznego.

Aktualnie, dochodzenie naprawienia szkód związanych z niepowodzeniem leczniczym obarczone jest znaczącymi wadami, niezależnie od wybranej drogi prawnej.

Domaganie się naprawienia szkody zaistniałej w trakcie procesu leczniczego angażuje pacjenta (nie tylko czasowo, ale również finansowo i emocjonalnie) w długotrwały proces sądowy. Batalie sądowe w sposób naturalny antagonizują uczestników, czyli z jednej strony pacjenta a z drugiej strony placówkę ochrony zdrowia i personel medyczny. Tego rodzaju postępowania sądowe są bardzo trudne pod każdym względem – pacjent zmuszany jest do wieloletniego oczekiwania na orzeczenie sądowe, którego wynik nie zawsze dla pacjenta jest satysfakcjonujący; placówka medyczna z kolei często spotyka się z negatywnymi opiniami formułowanymi przez media zainteresowane poszukiwaniem sensacji; sąd i wymiar sprawiedliwości ponoszą natomiast ogromne koszty prowadzenia takiej sprawy, w tym koszty biegłych sądowych. Ograniczają również wydolność systemu sprawiedliwości.

Nie istnieje przy tym żadne efektywne i racjonalne rozwiązanie alternatywne dla sądowego dochodzenia roszczeń o naprawienie szkody powstałej podczas procesu leczenia. Wprawdzie w roku 2012, na mocy nowelizacji ustawy o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta, utworzono wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, ale okazało się to rozwiązaniem wysoce wadliwym, które nie spełniło nadziei w nim pokładanych. Mechanizm orzekania przez te komisje nie daje bowiem pacjentowi gwarancji uzyskania jakiejkolwiek rekompensaty – nawet w przypadku stwierdzenia przez taką komisję nieprawidłowości podczas procesu leczenia. Do tego komisje orzekają tylko w sprawach, w których do zdarzenia medycznego doszło w szpitalu, poza zakresem ich działania są natomiast placówki ambulatoryjne. Reasumując, dotychczasowy system powinien zostać zastąpiony znacznie bardziej efektywnym i sprawniejszym systemem naprawiania szkód w ochronie zdrowia.

Związek systemu kompensacji szkód z podnoszeniem jakości opieki zdrowotnej

Wadą aktualnego systemu jest także to, że nie realizuje on żadnego z priorytetów polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Przede wszystkim zapadające w indywidualnych sprawach orzeczenia sądowe nie pozwalają na ocenę zjawiska niedostatecznej jakości poszczególnych świadczeń zdrowotnych ani skali jego występowania, a w związku z tym nie przyczyniają się do wprowadzenia rozwiązań wspierających poprawę jakości w danym obszarze świadczeń.

Orzeczenia sądowe w indywidualnych sprawach nie pozwalają na systemowe monitorowanie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, nie przyczyniają się do poprawy skuteczności diagnostyki i leczenia, udoskonalania praktyki klinicznej, poprawy bezpieczeństwa pacjenta w kontekście wystąpienia w przyszłości podobnych zdarzeń niepożądanych.

W rezultacie pacjent otrzymuje odszkodowanie, personel medyczny jest karany, natomiast system opieki zdrowotnej nie uzyskuje żadnych instrumentów do poprawy jakości.

Aktualny system kompensacji szkód a inne postępowania

Brak efektywnego systemu naprawienia szkód cywilnych (tj. wypłaty świadczeń, odszkodowań i zadośćuczynień) sprawia, że pacjenci lub ich bliscy poszukują innych metod „*dochodzenia sprawiedliwości*” za poniesioną krzywdę.

Efektem jest zwiększenie liczby spraw – kierowanie ich do różnych organów publicznych. W rezultacie dochodzi do sytuacji, że w sprawie jednego zdarzenia medycznego toczy się kilka równoległych postępowań prowadzonych przez różne organy. Co istotne, w każdym z tych postępowań może zapaść odmienne rozstrzygnięcie, organy ten bowiem co do zasady zachowują autonomię decyzyjną i nie są związane rozstrzygnięciami innych organów.

Wśród organów, których działania oczekuje pacjent lub jego bliscy niezadowoleni z opieki medycznej, można wymienić między innymi:

- 1) Rzecznika Praw Pacjenta, od którego oczekuje się wszczęcia i prowadzenia postępowania z zakresu naruszenia przez placówkę medyczną praw pacjenta – w przypadku zdarzeń niepożądanych jest to postępowanie w sprawie

naruszenia art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy o prawach pacjenta tj. prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadającym wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością.

- 2) Prokuraturę, od której żąda się wszczęcia przeciwko pracownikom medycznym postępowania karnego. W prokuraturze wyodrębniono specjalne działy do spraw błędów medycznych, które prowadzą i nadzorują postępowania przygotowawcze w sprawach dotyczących błędów medycznych. Postępowania karne w sprawach medycznych trwają bardzo długo, angażują dużą liczbę świadków spośród personelu medycznego, czasami paraliżując pracę nawet całego oddziału szpitala. Jednocześnie – co warto podkreślić – spośród spraw wytaczanych lekarzom tylko nieliczne kończą się orzeczeniem o winie (np. w 2017 r. prokuratorzy zakończyli 4206 spraw, z czego aktem oskarżenia lub wnioskiem o dobrowolne poddanie się karze zakończyło się jedynie 141 spraw).
- 3) Organy odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych – do nich kierowane są skargi dotyczące naruszenia przez lekarza lub lekarza dentyzę zasad etyki zawodowej lub zasad wykonywania zawodu. Liczba składanych skarg i wszczynanych postępowań utrzymuje się na stałym wysokim poziomie.
- 4) Narodowy Fundusz Zdrowia, który prowadzi na wniosek pacjenta postępowania kontrolne dotyczące sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, dostępności świadczeń oraz zgodności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z obowiązującymi przepisami. Narodowy Fundusz Zdrowia dokonuje kontroli za pośrednictwem wyspecjalizowanej grupy kontrolerów powoływanych przez Prezesa NFZ. Kontrola może zakończyć się nałożeniem na podmiot leczniczy dotkliwych sankcji finansowych w postaci kar umownych, mogą one wynieść nawet do 4% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy z NFZ dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły stwierdzone naruszenia.
- 5) Ministra Zdrowia, który ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem oraz pod względem medycznym. Kontrole prowadzone przez Ministra Zdrowia mają na celu ocenę prawidłowości postępowania diagnostyczno-leczniczego w stosunku do poszczególnego pacjenta. W trakcie kontroli Minister Zdrowia ma prawo m.in. korzystać z opinii konsultantów krajowych czy wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny.
- 6) Organy dokonujące wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wojewódzkie, okręgowe izby lekarskie), które są uprawnione do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.
- 7) Kierownictwo właściwego podmiotu leczniczego.

Tak duża liczba postępowań, które mogą zostać zainicjowane w związku z jednym zdarzeniem medycznym sprawia, że lekarze są narażeni na wielokrotne składanie wyjaśnień, zeznań, są wzywani na policję, do prokuratury, do sądu. Jest to obciążające psychicznie, emocjonalnie oraz odbywa się kosztem czasu, który lekarz

mógłby poświęcić pacjentom. Ponadto należy tu podkreślić kontekst problemów z dostępnością.

Aktualne skutki braku no-fault

Aktualny stan prawny istniejący w Polsce w obszarze zdarzeń medycznych prowadzi do szeregu negatywnych zjawisk, w tym w szczególności:

- 1) Pacjenci, którzy doznali szkód związanych z procesem leczenia, nie mają żadnej prostej i efektywnej ścieżki prowadzącej do uzyskania odpowiedniej rekompensaty w rozsądnym terminie.
- 2) Konieczność toczenia długotrwałych procesów sądowych antagonizuje pacjentów w relacjach z personelem medycznym. Dotyczy to przy tym nie tylko relacji indywidualnego pacjenta z indywidualnym lekarzem, ale rzutuje także negatywnie na postrzeganie całego środowiska medycznego i powoduje obniżenie zaufania społecznego do osób wykonujących zawody medyczne.
- 3) Koszty prowadzenia sporów sądowych na linii pacjent-lekarz-placówka medyczna są znaczne, zarówno dla stron postępowania, jak i dla wymiaru sprawiedliwości. Jednocześnie odsetek spraw prokuratorskich zakończonych skierowaniem aktu oskarżenia jest na tyle niski, że należy podać w wątpliwość zasadność wykorzystywania tej drogi.
- 4) Personel medyczny coraz bardziej obawia się odpowiedzialności karnej z tytułu podjęcia działań leczniczych wobec swoich pacjentów. Im większa presja na odpowiedzialność karną, tym lekarze gorzej pracują – lekarz zaczyna w swojej pracy zawodowej wykazywać postawy bezpieczne dla siebie pod względem prawnym, ale niekoniecznie najlepsze dla poprawy zdrowia pacjenta. Nie podejmuje się bardziej ryzykownych działań terapeutycznych w obawie o zakwalifikowanie ich w razie niepowodzenia terapeutycznego jako przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta.
- 5) W trosce o zapewnienie sobie możliwości względnie bezpiecznego wykonywania zawodu lekarze zaczynają rezygnować z kształcenia się w specjalizacjach, w których ryzyko niepowodzenia leczniczego jest podwyższone np. w specjalizacjach zabiegowych. W ostatnim (wiosennym) postępowaniu kwalifikacyjnym nie było chętnych na prawie 2/3 miejsc rezydenckich przyznanych w dziedzinie chirurgii ogólnej. Lekarze rezygnują też z pracy w szpitalach – gdzie ryzyko wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych jest znacznie wyższe – na rzecz pracy w warunkach ambulatoryjnych. Ponadto jedną z istotnych przyczyn emigracji lekarzy jest obecnie poszukiwanie za granicą warunków pracy wolnych od ciągłej presji związanej z zagrożeniem surową odpowiedzialnością karną. W ciągu połowy 2022 r. okręgowe izby lekarskie wydały prawie tyle samo zaświadczeń dla lekarzy i lekarzy dentyistów ubiegających się o uznanie kwalifikacji w innych krajach Unii Europejskiej, co w całym 2021 r.
- 6) System opieki zdrowotnej nie zmierza w kierunku poprawy efektywności i jakości leczenia. Niepowodzenia lecznicze nie są raportowane, nie powstają na ich bazie opracowania mogące poprawić jakość opieki zdrowotnej w Polsce.

Proponowany kierunek rozwiązań

Proponuje się zatem stworzenie opartych na idei *no-fault*, ściśle ze sobą powiązanych, trzech filarów wpływających na bezpieczeństwo i jakość świadczeń zdrowotnych:

- funduszu kompensacyjnego zdarzeń medycznych,
- rejestru zdarzeń niepożądanych,
- zmian zasad odpowiedzialności personelu medycznego.

Samorząd lekarski podkreśla konieczność jak najszybszego wprowadzenia w Polsce nowego systemu rekompensaty szkód doznanych przez pacjentów w związku z procesem leczenia. Model ten powinien opierać się na kompensacji szkody przy jednoczesnej rezygnacji z ustalania winy osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Naprawienie szkody powinno następować zatem niezależnie od wykazania winy pracownika medycznego oraz przy założeniu, że pracownik medyczny nie może być bezpośrednio obciążony obowiązkiem jej naprawienia.

Procedura dochodzenia roszczeń przez pacjentów powinna zostać uproszczona. Powinna ona także opierać się na założeniu unikania bezpośredniej konfrontacji pacjenta z medykiem.

Rekomendujemy wprowadzenie równoległe sprawnego mechanizmu raportowania zdarzeń niepożądanych, co przyczyni się do stałego podnoszenia poziomu wiedzy o przyczynach i skutkach niepowodzeń w leczeniu oraz zwiększy możliwość uniknięcia takich zdarzeń w przyszłości.

Jako niezbędne uznać należy dokonanie zmian w obszarze odpowiedzialności personelu medycznego, tak aby w razie niepowodzenia leczniczego personel medyczny nie był pociągnięty do odpowiedzialności karnej za nieumyślne czyny przeciwko życiu czy zdrowiu (z zachowaniem jednak tej odpowiedzialności w przypadku rażącego niezachowania staranności). Zniesienie odpowiedzialności karnej przy stworzeniu dogodnej formy zadośćuczynienia roszczeniom pacjenta pozwoli zdjąć presję z lekarza, rozwieje obawy, że jedno niezawinione zdarzenie w procesie leczenia przerwie jego drogę zawodową.

Należy także rozważyć stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie placówek ochrony zdrowia udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, do podnoszenia jakości.

Wprowadzenie w życie kompleksowych rozwiązań opartych na powyższym modelu powinno być postrzegane również jako zawarcie swego rodzaju umowy społecznej, gdzie zasadniczą rolę odgrywają wzajemne zaufanie i poczucie bezpieczeństwa.