

System pozasądowego orzekania o zdarzeniach medycznych przez wojewódzkie komisje nie zapewnia pacjentowi skutecznego dochodzenia rekompensat za szkody powstałe podczas leczenia. Prace komisji często przedłużają się - nawet do dwóch lat - a jej końcowe efekty, jedynie w postaci wydania orzeczenia o zaistnieniu zdarzenia medycznego, nie satysfakcjonują poszkodowanych. System, który nie stworzył możliwości szybkiego uzyskania odszkodowań nie stał się alternatywą dla sądownictwa powszechnego. Liczba rozpatrywanych tam spraw, w wyniku powstania wojewódzkich komisji, miała się zmniejszyć, a tymczasem znacząco wzrosła.

Celem kontroli Najwyższej Izby Kontroli była ocena, czy działania wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych zapewniły pacjentom uzyskanie odszkodowań bez konieczności występowania na drogę sądową. Skontrolowano działanie ośmiu komisji w latach 2014 - 2018 (I kwartał).

NIK zauważa, że obecnie funkcjonujący system orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia zadośćuczynienia. Przede wszystkim wojewódzkie komisje nie umożliwiły poszkodowanym szybkiego uzyskiwania odszkodowań. Ponad połowa spraw rozpatrywanych w I instancji rozstrzygana była z opóźnieniem, czyli po ustawowym czteromiesięcznym terminie. Średnio komisje potrzebowały na to od ponad trzech do blisko pięciu miesięcy. Jednak w skrajnych przypadkach orzeczenia były wydawane nawet po 22 miesiącach. Komisje nie pracowały szybciej rozpatrując wnioski odwoławcze w II instancji. Na 142 skontrolowanych spraw aż 89 zakończono po ustawowym terminie 30 dni (najdłuższy czas wynosił aż 855 dni).

NIK zauważa, że komisje już z opóźnieniem zabierały się do pracy nad wnioskami. Zdaniem Izby zbyt długo realizowano wstępne czynności z nimi związane, jeszcze przed skierowaniem ich na pierwsze posiedzenie składu orzekającego. Gdy do komisji wpływa wniosek, to jej przewodniczący weryfikuje go pod względem formalnym (np. czy zawiera on uzasadnienie i uiszczona została opłata). Stwierdzono przypadki, że weryfikowano wnioski nawet po 168 dniach od ich złożenia. Zweryfikowane wnioski wysyłane były do szpitali z prośbą o stanowisko w sprawie na ogół po 2 - 7 dniach, ale robiono to także po 20, 50 a nawet 98 dniach. Czas oczekiwania na stanowisko szpitala wynosi do 30 dni. Zwykle nie przekraczał on tego terminu, ale stwierdzono przypadki otrzymania stanowiska nawet po 53 dniach. NIK zwraca uwagę na długi okres od otrzymania stanowiska szpitala do skierowania sprawy na pierwsze posiedzenie składu orzekającego. Okres ten wynosił od 38 do 108 dni. Zdarzało się jednak, że trwało to nawet 125 i 379 dni.

Komisje nie sporządzały także w terminie siedmiu dni uzasadnień do wydanych orzeczeń oraz nie doreczały ich w terminie zainteresowanym stronom - pacjentom i szpitalom.

Jednym z powodów przedłużającej się pracy komisji był długi czas oczekiwania na opinie biegłych. Nie sprawdziło się założenie ustawodawcy, że wiedza członków komisji, którzy posiadają wykształcenie i doświadczenie medyczne, pozwoli w dużej mierze na samodzielne rozwiązywanie przez nich zagadnień natury medycznej, a w szczególności istotnie ograniczy konieczność zasięgania w trakcie prowadzonych postępowań opinii biegłych. Z przepisów wynika, że komisje powinny korzystać z biegłych tylko w wyjątkowych okolicznościach. Tymczasem robiły to nawet w przypadku 85 proc. wydanych orzeczeń. Na przykład w latach 2012 - 2018 (I kwartał) komisja „świętokrzyska” przy wydaniu 82 orzeczeń skorzystała aż z 69 opinii biegłych (tj. w ponad 85 proc. orzeczeń), a komisja „zachodniopomorska” - przy wydaniu

157 orzeczeń zasięgnęła 101 opinii u biegłych (tj. w ponad 64 proc.). W toku kontroli stwierdzono przypadki, że w tej samej sprawie były sporządzane dwie - trzy opinie przez różnych biegłych, po czym przy ponownym rozpatrzeniu sprawy w II instancji, również sporządzano opinie - nawet dwie. Jedynie komisja „wielkopolska”, poza jednym przypadkiem, nie korzystała z opinii biegłych.

Czas oczekiwania na opinię wynosił średnio 59 dni, a maksymalny nawet 639 dni. Ponadto NIK zauważa, że zdarzały się przypadki, iż biegli informowali komisje o rezygnacji ze sporządzenia opinii dopiero po pewnym czasie - od 13 do nawet 588 dni.

Kolejną przyczyną opóźnień w wydawaniu orzeczeń przez komisje była liczba posiedzeń potrzebnych do rozpatrzenia danego wniosku. Niektóre komisje zbierały się aż dziewięć razy. NIK zwraca uwagę, iż zmniejszeniu liczby posiedzeń nie sprzyjał przyjęty sposób wynagradzania członków czterech komisji, którzy za udział w każdym posiedzeniu składu orzekającego otrzymywali stałe stawki wynagrodzenia. W trzech przypadkach była to maksymalna stawka (430 zł). W czterech innych komisjach stawka ulegała stopniowemu zmniejszeniu w poszczególnych latach i była uzależniona od liczby kolejnych posiedzeń komisji w danej sprawie.

Łączne wydatki na wynagrodzenia członków komisji I kadencji wyniosły ponad 7,5 mln zł, co stanowiło blisko 70 proc. kwoty wydanej na ich funkcjonowanie (tj. ponad 11 mln zł).

Zdaniem NIK szwankował nadzór wojewodów nad pracownikami urzędu realizującymi zadania związane z obsługą komisji. W efekcie nie oceniano na bieżąco prawidłowości jej pracy. Brak pełnej wiedzy o przekraczaniu przez komisje terminów wydawania orzeczeń był przyczyną niewystarczającej reakcji wojewodów. Posiadając uprawnienia do odwołania członków komisji powinni oni monitorować prawidłowość wykonywania jej obowiązków. W trakcie trwania I kadencji (6 lat) wojewodowie odwołali ze składów komisji łącznie 26 osób, przy czym w 23 przypadkach przyczyną była rezygnacja członka komisji. Jedynie w trzech powodem było nieprawidłowe wykonywanie obowiązków.

NIK zauważa także, że dochodziło do licznych przypadków naruszania obowiązujących regulacji w zakresie powoływania składów orzekających komisji.

Co piąty z członków komisji został powołany bez rzetelnej weryfikacji spełniania przez niego ustawowych wymogów, a nawet sprzecznie z obowiązującym prawem. Przez to orzekały osoby do tego nieuprawnione. Stwierdzono również cztery przypadki powołania do składu komisji osób zgłoszonych przez instytucje do tego nieuprawnione.

W przypadku ponad 50 proc. składów orzekających komisji, ich członkowie złożyli „oświadczenie o braku konfliktu interesów” już po powołaniu ich do nich. Stwierdzono również przypadki (np. w komisji „zachodniopomorskiej” czy komisji „dolnośląskiej”), że składy orzekające nie były wyznaczane według kolejności wpływu wniosków z alfabetycznej listy członków komisji, a w aktach postępowania tych spraw brak było informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków komisji z orzekania w danym przypadku.

NIK zwraca uwagę, że funkcjonowanie komisji, tylko w znikomym stopniu umożliwiło pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień. We wniosku składanym do komisji określają oni, jakiej

wysokości zadośćuczynienie chcieliby otrzymać. Niestety nie ma jasno określonych stawek przysługujących za dane zdarzenie medyczne. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego nie spełnia swojej funkcji, ponieważ na jego podstawie trudno jest pacjentowi określić możliwą do uzyskania wysokość odszkodowania. Brakuje jasnego taryfikatora, na podstawie którego możliwe byłoby łatwe ustalenie, ile przysługuje za np. uszkodzenie wzroku, czy zakażenie. Ponadto, w rozporządzeniu nie określono minimalnych kwot świadczeń, a jedynie ich górne limity, co pozwala szpitalom proponować jak najniższe stawki. Bowiem nie są one zainteresowane wypłatą świadczeń adekwatnych do poniesionych przez pacjentów szkód.

Poza tym komisja nie ma możliwości egzekwowania od szpitala wypłaty odszkodowania. Jej praca kończy się wydaniem orzeczenia stwierdzającego, czy doszło do zdarzenia medycznego. Komisja nie uczestniczy w pertraktacjach pomiędzy szpitalem i pacjentem. Ten dalej sam musi dochodzić swoich praw. Dlatego zdarza się, że mimo rozstrzygnięcia sprawy przez komisję pacjenci kierowali ją do sądu.

Funkcjonowanie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych miał zmniejszyć wpływ do sądów spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone w służbie zdrowia. Szacowano, odnosząc się do lat 2001 - 2019, zmniejszenie liczby spraw trafiających na wokandę z 330 średniorocznie do 99. Jednak w latach 2012-2017 liczba spraw odszkodowawczych wpływających do sądów rejonowych i sądów okręgowych I instancji wyniosła średniorocznie 905, a więc blisko 10-krotnie więcej niż szacowano.

Tym samym utworzenie wojewódzkich komisji nie miało wpływu na odciążenie sądów powszechnych sprawami o odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych.

Postępowania przed komisjami trwały zdecydowanie krócej niż w sądach. NIK jednak zaznacza, że orzeczenie komisji nie stanowi gwarancji uzyskania świadczenia, które naprawiałoby poniesioną przez pacjenta szkodę. Tym samym uzyskanie przez pacjenta korzystnego dla siebie orzeczenia nie oznacza, że nie będzie musiał korzystać z dłuższej dla niego drogi sądowej.

Postępowanie przed komisją, jako droga uzyskania świadczenia odszkodowawczego, nie stało się więc faktyczną alternatywą dla postępowania sądowego.

Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje do Ministra Zdrowia o zainicjowanie procesu legislacyjnego mającego na celu wprowadzenie zmian w postępowaniu przed wojewódzką komisją, pozwalających na skrócenie czasu potrzebnego na wydanie orzeczenia, obejmujących następujące kwestie:

- uproszczenie systemu doręczeń - umożliwienie komisjom zawiadamiania o terminach posiedzeń za pomocą urządzeń telekomunikacyjnych i elektronicznych oraz bezpośrednio na posiedzeniu, bez konieczności uzyskania potwierdzenia doręczenia;
- rozważenie skrócenia czasu na przedłożenie stanowiska przez szpital;
- poszerzenie grupy osób, których opinii komisje mogą zasięgać, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych
- wprowadzenie instytucji zastępcy przewodniczącego.

Z kolei w celu zagwarantowania uzyskania odszkodowania NIK wnioskuje o:

- określenie, w rozporządzeniu, w jasny i zrozumiały dla osób nieposiadających profesjonalnego przygotowania, minimalnych i maksymalnych kwot świadczenia dla poszczególnych rodzajów

zdarzeń medycznych (np. uszkodzenie wzroku minimum - maksimum; zakażenie minimum - maksimum; uszkodzenie organu wewnętrznego minimum - maksimum). Poziom szczegółowości taryfikatora winien być tak określony, aby każdy pacjent znając charakter zdarzenia medycznego, mógł z łatwością ustalić, jaką kwotę może uzyskać.

- zobowiązanie komisji do ustalenia i wskazania w orzeczeniu okoliczności oraz następstw zdarzenia medycznego wskazanych w rozporządzeniu, które winny być wzięte pod uwagę przez szpital przy ostatecznym określeniu proponowanej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Biorąc pod uwagę znaczną liczbę wniosków, które są zwracane wnioskodawcom z uwagi na ich niekompletność, w ocenie NIK, należałoby również rozważyć nowelizację art. 67 d ust. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z tą regulacją wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia. Nie ma możliwości uzupełnienia go, co biorąc pod uwagę uproszczony charakter postępowania byłoby pożądane i umożliwiło dalsze procedowanie.

Zaniechanie działań przez Ministra Zdrowia i utrzymanie dotychczasowych nieskutecznych regulacji może być podstawą kwestionowania celowości funkcjonowania systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów w dotychczasowej formie.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się również do wojewodów o:

- podjęcie działań monitorujących prawidłowość wykonywania obowiązków przez członków komisji;
- dostosowanie składu komisji do wymogów ustawy;
- rzetelne sporządzanie sprawozdań z działalności komisji i terminowe ich przekazywanie Ministrowi Zdrowia i Rzecznikowi Praw Pacjenta.

Źródło: NIK