

Wszystko potrafimy spieszyć

3 grudnia 2018

Komisje wojewódzkie miały być lekarstwem na przewlekłość procesów o błędy medyczne. Za sprawą jej członków stały się karykaturą, żerującą na nieszczęsnych pacjentach, funkcjonującą jeszcze wolniej niż sądy i skoncentrowaną na wyrywaniu pieniędzy dla siebie.



Wiadomo, jak trudno uzyskać w Polsce odszkodowanie nawet za ewidentny błąd medyczny. Procesy wloką się latami, a lekarze, zasiadający w komisjach biegłych i wydający ekspertyzy, starają się nie zaszkodzić koledze po fachu – bo wiedzą, że też mogą znaleźć się w sytuacji, gdy będą potrzebowali życzliwej oceny.

Dlatego, widząc te patologie, rząd PO, w 2011 r. wprowadził pozasądowy system orzekania o zdarzeniach medycznych. Jego celem było usprawnienie dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu szkód w wyniku leczenia szpitalnego. Miał być alternatywą dla często długiej i skomplikowanej drogi sądowej.

Wszyscy chcieli dobrze

Niestety, jak wskazuje Najwyższa Izba Kontroli, utworzony wówczas system, w którym o ewentualnym zaistnieniu błędu w

sztuce medycznej orzekały 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 (bez przesądzania o winie konkretnych osób), nie satysfakcjonują poszkodowanych. W rezultacie, nowy system nie stworzył możliwości szybkiego uzyskania odszkodowań i nie stał się alternatywą dla sądownictwa powszechnego. Liczba rozpatrywanych tam spraw, w wyniku powstania wojewódzkich komisji, miała się zmniejszyć – a tymczasem znacząco wzrosła.

Generalnie, podważa to cały sens mediacji, która nie sprawdza się nie tylko w sprawach o błędy medyczne, lecz i w innych sytuacjach, takich jak na przykład sprawy o przemoc domową.

Przed wejściem w życie przepisów z 2011 r., w przypadku wystąpienia błędu medycznego, jedyną możliwą drogą dochodzenia roszczeń był proces sądowy. Natomiast od ponad siedmiu lat pacjenci mogą składać wnioski o zadośćuczynienie szkód wynikających z niewłaściwego leczenia, do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

W Polsce działa 16 komisji, w skład każdej z nich wchodzi członkowie powoływani przez wojewodę (14 osób), Ministra Zdrowia (1 osoba) i Rzecznika Praw Pacjenta (1 osoba).

Wyszło tak jak zwykle

Od dawna już do Rzecznika Praw Pacjenta docierały sygnały o problemach w funkcjonowaniu komisji. Poza tym, wysokość odszkodowań za zdarzenia medyczne często nie satysfakcjonowała pacjentów.

W rezultacie, nastąpił drastyczny spadek liczby wniosków kierowanych przez pacjentów do komisji. Jednocześnie, w ostatnich latach wzrosła, zamiast spadać, liczba spraw

dotyczących błędów medycznych.

W 2016 r. prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania, tj. o blisko 46 proc. więcej niż w 2015 r. (3394 postępowania). Tymczasem, nie tak miało być.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że obecnie funkcjonujący system orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu osiągnięcia zadośćuczynienia.

Po pierwsze, wojewódzkie komisje są bardzo powolne i nie umożliwiały 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 bynajmniej nie pracowały szybciej, rozpatrując wnioski odwoławcze w II instancji. Ponad połowę skontrolowanych spraw zakończono po ustawowym terminie 30 dni (najdłuższy czas wynosił aż 855 dni).

Żeby trwało to jak najdłużej

NIK zauważa, że komisje już na starcie z opóźnieniem zabierały się do pracy nad wnioskami. Zbyt długo wykonywano 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.

Jak widać więc, członkowie komisji robili wiele, aby tylko odwlec sprawę. Oczywiście komisje nie sporządzały także w terminie siedmiu dni uzasadnień do wydanych orzeczeń oraz nie doręczały 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 – i znacząco 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 nagminnie, 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 (w ponad 85 proc. orzeczeń), a komisja „zachodniopomorska” – przy wydaniu 157 orzeczeń zasięgnęła 101 opinii u biegłych (w ponad 64 proc.).

Członkowie komisji albo nie posiadali więc odpowiedniej wiedzy, albo, co bardziej prawdopodobne, nie chcieli się nią dzielić, uważając, że w celu przedłużenia postępowania warto zwracać się o opinie biegłych.

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 drugiej instancji,

również sporządzano opinie – nawet dwie. Znakomicie wydłużało to postępowanie. Jedynie komisja „wielkopolska”, tradycyjnie solidna, poza jednym przypadkiem, nie korzystała z opinii biegłych.

Czas oczekiwania na opinię wynosił średnio 59 dni, ale maksymalnie nawet 639 dni. Ponadto NIK zauważa, że zdarzały się przypadki, iż biegli rezygnowali ze sporządzenia opinii – ale informowali o tym komisje dopiero po pewnym czasie – od 13 do nawet 588 dni.

A przez te 588 dni poszkodowany był święcie przekonany, że biegły trudzi się nad opinią w jego sprawie!.

Zachapać jak najwięcej kasy

Poza tym, komisje miały bardzo konkretny powód, aby nie śpieszyć się z rozpatrywaniem spraw. NIK zwraca uwagę, iż sprzyjał temu sposób wynagradzania członków komisji, którzy za udział w każdym posiedzeniu składu orzekającego otrzymywali stałe stawki wynagrodzenia.

Albo była to maksymalna stawka (430 zł), albo ulegała ona stopniowemu zmniejszeniu w poszczególnych latach i była uzależniona od liczby kolejnych posiedzeń komisji w danej sprawie. W każdym razie, z punktu widzenia członka komisji, opłacało się debatować jak najdłużej – i zbierać na posiedzeniach jak najczęściej.

W rezultacie niektóre komisje zbierały się nawet i dziewięć razy w celu rozpatrzenia jakiegoś wniosku. A kasa leciała... łączne wydatki na wynagrodzenia członków wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych stanowiły w pierwszej, sześcioletniej kadencji, około 70 proc. całej kwoty wydanej na ich funkcjonowanie (koszt jednej komisji to ponad 1,5 mln zł).

Na to wszystko nie reagowali wojewodowie, których mało obchodził nadzór nad funkcjonowaniem komisji. Posiadając

uprawnienia do odwołania członków komisji, powinni oni monitorować prawidłowość wykonywania jej obowiązków – czego nie robili.

NIK zauważa także, że dochodziło do licznych przypadków naruszania obowiązujących regulacji przy powoływania składów komisji. Jest to atrakcyjna finansowo fucha, więc średnio co piąty z członków komisji został powołany bez sprawdzenia czy spełnia ustawowe wymogi, lub nawet sprzecznie z obowiązującym prawem.

W rezultacie, w komisjach często orzekały osoby nieuprawnione, co przyczyniło się do tego, iż funkcjonowanie komisji tylko w znikomym stopniu umożliwiło pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień.

Jest znacznie gorzej niż było

W dodatku komisja nie ma możliwości egzekwowania od szpitala wypłaty odszkodowania i nie uczestniczy w pertraktacjach pomiędzy szpitalem i pacjentem. Jej praca kończy się wydaniem orzeczenia stwierdzającego, czy doszło do zdarzenia medycznego. Potem nieszczęsny pacjent sam musi dochodzić swoich praw – i po rozstrzygnięciu sprawy przez komisję oczywiście idzie do sądu.

Funkcjonowanie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, które miało więc zmniejszyć wpływ do sądów spraw o odszkodowanie za szkody medyczne, spowodowało, że wpływa ich znacznie więcej.

Szacowano, że liczba spraw trafiających na wokandę zmniejszy się z 330 średnio rocznie, do 99. Wzrosła, za sprawą działań komisji, do 905 średnio rocznie. I tak właśnie wygląda polska przemyślność i skuteczność działania na rzecz innych. Ofiarom błędów medycznych trzeba zaś życzyć dużo zdrowia i wytrwałości.

Autorstwo: Andrzej Leszyk

Zdjęcie: [Alterfines](#) (CC0)

Źródło: [Trybuna.eu](#)