



VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Co z systemem **NO FAULT?**



Fot. Archiwum

Drugim dniem obrad połączonych z VI Kongresem Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny była konferencja XVI Hospital and Healthcare Management. W jej trakcie debatowano między innymi o zaletach i wadach systemu *no fault* pokazanego z perspektywy pacjentów, lekarzy i prawników. Zastanawiano się, czy te perspektywy mogą bezkolizyjnie się potoczyć w obowiązujące prawo.

Moderatorem dyskusji był **prof. Jarosław J. Fedorowski**, prezes Polskiej Federacji Szpitali.

Zaproszeni do panelu zostali:

- **Jolanta Budzowska**, radca prawny,
- **Bartłomiej Chmielowiec**, rzecznik praw pacjenta,
- **dr Łukasz Jankowski**, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
- **Magdalena Kołodziej**, prezes Fundacji My Pacjenci,
- **dr hab. n. praw. Radosław Tymiński**, radca prawny.



XVI

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

Bartłomiej Chmielowiec:

„Za każdym razem zamiast budować kulturę bezpieczeństwa, otwarcie podejść do problemu, przyznać się do błędu, szefowie placówek obstawali przy stanowisku, że nic się nie stało albo że nie ma w tym ich winy”



Fot. Archiwum Termedi

Konkretna historia jest najlepszym punktem wyjścia do dyskusji. Prof. Jarosław J. Fedorowski przedstawił głośną sprawę półrocznego chłopczyka. Połknął on agrafkę, która utkwiała w przełyku. Lekarka ze szpitalnego oddziału ratunkowego odesłała rodziców ich prywatnym samochodem do innej placówki, gdzie był oddział chirurgii dziecięcej. W drodze dziecko zaczęło się krztusić, przerażeni rodzice poprosili policję o asystę. Nerwy, strach.

Jak zauważył prezes PFSz, choć ostatecznie nie doszło do żadnej dramatycznej, trwałej sytuacji uszczerbku na zdrowiu, to w sprawie badano zarówno odpowiedzialność karną, jak i cywilną oraz zawodową. Nie można jednak powiedzieć, by przyczyniło się to do tego, co najważniejsze – do realnej poprawy bezpieczeństwa pacjenta. – Jak w takim razie w przyszłości takie sytuacje powinny być rozpatrywane? – pytał prof. Fedorowski.

Rzecznik praw pacjenta bezpieczeństwo odnawia przez przypadki

Problemy, które pojawiają się w tej sprawie, ma uprządkować ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.

Zdaniem Bartłomieja Chmielowca przytoczona historia odesłania rodziców do innej placówki to bardzo dobry przykład, dotyczący potrzeby budowania kultury bezpieczeństwa w szpitalach. I tego, jak długa jest jeszcze droga przed nami.

Rzecznik znalazł tę sprawę, bo wystąpił z powództwem z tytułu naruszenia praw pacjenta. O takie roszczenia można dochodzić z art. 4 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, nawet jeśli nie doszło do szkody.

Początkowo dyrekcja szpitala nie poczuwała się do odpowiedzialności. Uważano, że nic wielkiego się nie wydarzyło, że wszystkie procedury zostały zachowane. Rodzice dziecka złożyli zawiadomienie do prokuratury, a także do rzecznika praw pacjenta.

Jak potoczyła się ta sprawa?

Dyrekcja szpitala uznała wreszcie roszczenia, doszło do ugody i wypłaty odszkodowania. W tej sytuacji rodzice chłopca uznali, że nie chcą dochodzić odpowiedzialności karnej wobec lekarki, która odesłała ich do innej placówki. – W tym miejscu przechodzimy do sedna sprawy, czyli kultury *sorry works*, a więc umiejętności przyznania się do błędu. Potrzebna była em-

patia, porozmawianie z rodzicami i przyznanie się do błędu. Tego zabrakło – podkreślił Bartłomiej Chmielowiec.

Takich oczywistych przykładów rzecznik zna wiele. Jednym z nich jest np. pozostawienie szpatułki w jamie brzusznej pacjenta. W tym wypadku szpital sugerował, że być może pacjent sam sobie ją tam umieścił. Inny przykład to wycięcie zdrowej zamiast chorej nerki lub brak prawidłowej reakcji na udar. Różne – często drastyczne – przykłady, ale reakcja placówek wspólna: wyparcie. O słowie „przepraszam” długo nie ma mowy. – Za każdym razem zamiast budować kulturę bezpieczeństwa, otwarcie podejść do problemu, przyznać się do błędu, szefowie placówek obstawali przy stanowisku, że nic się nie stało albo że nie ma w tym ich winy – mówił Bartłomiej Chmielowiec.

Akcja wywołuje reakcję, a więc poza roszczeniami cywilnoprawnymi poszkodowani, którzy czuli się ostentacyjnie lekceważeni, zgłaszali sprawę także do prokuratury. Postępowali tak bardziej z poczucia bezradności niż z chęci ukarania lekarza.

Czy regulacje zawarte w projekcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta pozwolą uniknąć takich sytuacji?

– W mojej ocenie ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, choć wielu interesariuszy ma do niej zastrzeżenia, jest fundamentem, punktem wyjścia do budowania strategii bezpieczeństwa pacjenta – odpowiedział Bartłomiej Chmielowiec. W ślad za tym oczywiście konieczne są kolejne kroki, jak chociażby strategia dotycząca kultury bezpieczeństwa, czyli określenia celów, wskaźników i narzędzi, dzięki którym te cele będą realizowane.

A jaki jest punkt widzenia lekarzy?

Lekarze postulują klauzulę *no fault*

– Ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta w znanym nam kształcie proponuje system *yes fault*, albo *fault fault*, jak niektórzy mówią, czyli system zachęcający lekarzy do donoszenia na samych siebie. Jest tam przepis, że jeżeli lekarz zgłosi zdarzenie niepożądane, będzie mógł liczyć na złagodzenie kary. Jeśli mamy pozostać w retoryce kija i marchewki, to pozostaje sam kij – ocenił Łukasz Jankowski, prezes NRL. – Wydaje mi się, że musimy zrozumieć, dlaczego dzisiaj w Polsce nie ma systemu *sorry works*.



VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Radostaw Tymiński:

„Chcę podkreślić, że sądy lekarskie mają olbrzymie doświadczenie zawodowe z perspektywy lekarza i jeśli ich orzeczenia są łagodniejsze, to z powodu zrozumienia systemowych uwarunkowań działań poszczególnych lekarzy”



Fot. Małgorzata Potoczek

Jego zdaniem w trakcie prac nad omawianą ustawą skupiono się nad sposobami udowodnienia winy lekarzowi, a nie nad przyszłością, nad zmianami systemowymi, które pozwoliłyby błędów unikać. Oczywiście, łatwiej jest obwinąć konkretnego lekarza, niż przyznać, że zawinił system i starać się go zmienić. W efekcie mamy stan prawny, w którym – jak wylicza Łukasz Jankowski – po ewentualnym błędzie medycznym lekarzem może się zająć wiele instytucji, m.in. rzecznik praw pacjenta, NFZ, wojewoda, rzecznik odpowiedzialności zawodowej, sąd cywilny czy sąd karny.

W tej sytuacji, szczególnie biorąc pod uwagę widmo odpowiedzialności karnej, trudno się dziwić, że lekarz nie jest skory, by pacjentowi wyjaśnić błąd, przeproszać i – cytując Łukasza Jankowskiego – „posypywać głowę popiołem”. – Dlatego chcielibyśmy mówić o klauzuli *no fault*, która przenosi ciężar z odpowiedzialności karnej na odpowiedzialność cywilną, a być może na proces mediacji. Przecież wspomniane *sorry works* jest takim właśnie odwołaniem się do procesu mediacyjnego – powiedział Łukasz Jankowski i nakreślił prosty schemat: w kryzysowej sytuacji spotykają się pacjent, lekarz, który popełnił błąd, i jego ubezpieczyciel. Mediacja doprowadza do wyceny szkody, wypłaty i zakończenia postępowania. Wszelkie dalsze dochodzenie dotyczy poszukiwania błędu systemowego, który doprowadził do sytuacji będącej przedmiotem mediacji.

Dzisiejszy system polowania na czarownice wywołuje skutek odwrotny do zamierzonego – na pewno w centrum uwagi nie jest pacjent. Lekarz skupiony jest na tym, aby nie zostać wezwany do prokuratury. Jak tego unikać? – o to pytają już studenci medycyny. Dobro pacjenta zostało zaprzepaszczone, bo lekarz czuje, że jedynym celem jest udowodnienie mu winy, a nie zastanowienie się, jak takich sytuacji unikać. Zniszczono relację lekarz – pacjent. Łukasz Jankowski zwrócił także uwagę na to, że „lekarzy skazywanych za błąd medyczny jest garstka. W tym roku prokuratura wszczęła ponad 1000 spraw, z czego tylko 70 trafiło do sądu, a skazany będzie zapewne jeden lub dwóch lekarzy”. – Ten system jest dysfunkcyjny i należy go pilnie zmienić – nie zmniejszać odpowiedzialności, ale przenieść ciężar na

odpowiedzialność cywilną – mówił Łukasz Jankowski. Jarosław Fedorowski podał przykład ze Stanów Zjednoczonych, który mógł obserwować, gdy był rezydentem. Słowo „prokurator” nie odmienia się tam, jak u nas, przez przypadki, bo do procesu karnego dochodzi tylko w sytuacji umyślnego błędu. Najczęściej doprowadza się do procesu cywilnego, który kończy się ugodą.

Pacjenci o szybkim odszkodowaniu

– Jakie są oczekiwania organizacji pacjentów? – pytał prof. Fedorowski.

– Są bardzo proste. Pacjenci tak naprawdę nie zależy na tym, żeby poszukiwać winnego – odpowiedziała Magdalena Kołodziej. Podobnie jak rzecznik praw pacjenta uważa ona, że „najważniejsze dla pacjenta jest to, żeby ktoś przyznał się, że popełnił błąd, żeby przeprosił i żeby pacjent dostał godne zadośćuczynienie. Takie, które pozwoli mu odzyskać w miarę możliwości utracone zdrowie, jak najszybciej powrócić do funkcjonowania w społeczeństwie. I żeby z popełnionego błędu wyciągnięto wnioski na przyszłość”.

Przedstawicielka Fundacji My Pacjenci omówiła dwa postulaty: stworzenia rankingu placówek uszeregowanych zgodnie z poziomem bezpieczeństwa, jakie zapewniają pacjentom, i stworzenie przyspieszonej osobnej ścieżki do uzyskania rehabilitacji dla osób, które ucierpiały wskutek błędów medycznych. Bez względu na rozstrzygnięcia.

Tak swoje postulaty opisali przedstawiciele pacjentów i lekarze.

Prawnicy wskazują na sprawną mediację

– Co musiałoby zaistnieć w polskim systemie prawnym, abyśmy doszli do tego, czego oczekują główni interesariusze, czyli pacjenci oraz medycy? – zapytał prof. Fedorowski.

Jolanta Budzowska, reprezentująca pacjentów poszkodowanych przez błędy medyczne, wróciła do przykładu chłopca, który połknął agrafkę. O słabości systemu prawnego świadczy fakt, że choć rodziców przeproszono i otrzymali odszkodowanie, to ten proces trwał aż cztery lata i wymagał zaangażowania wielu organów, od prokuratury i sądu po rzecznika praw pacjenta.

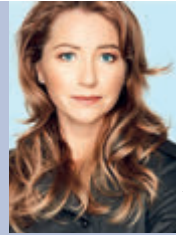


XVI

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

Jolanta Budzowska:

„Pacjent jest podmiotem świadczeń leczniczych i to on stanowi najślabsze ogniwo. O jego interes powinniśmy więc dbać zarówno w trakcie leczenia, jak i w procesie kompensacji szkody, która musi nastąpić w przypadku zdarzenia niepożądanego”



Fot. Archiwum

– Po latach poszkodowani doczekali się przeprosin, po latach oświadczone, że szpital wdrożył odpowiednie procedury, przeszkolił personel, zweryfikował, czy te procedury są przestrzegane. I o to nam wszystkim chodzi, także pacjentom, którzy chcieliby, aby z ich historii i popełnionych błędów wyciągano bardziej uniwersalne wnioski – powiedziała Jolanta Budzowska, która, podobnie jak jej przedmówcy, jest zwolenniczką mediacji. Ale stanie się ona możliwa tylko wtedy, gdy podmioty lecznicze będą skłonne do refleksji i będą podejmowały konkretne działania naprawcze w krótkim czasie po zdarzeniu, a nie jak w historii z agrafką.

Radosław Tyimiński, prawnik, który w sądach występuje jako obrońca lekarzy zarówno w sprawach cywilnych, jak i karnych, również był zwolennikiem rozwiązań systemowych, nie tylko obciążania konkretnego lekarza.

Zwrócił uwagę, że nowej definicji wymaga pojęcie rażącego błędu, który podlega odpowiedzialności karnej (tak zrobiono w orzecznictwie anglosaskim). Powinna być ona tak precyzyjna, by nie zawsze trzeba było powoływać biegłych. Przykładem może być wycięcie nerki – nie tej, którą wskazano. Brak precyzyjnej definicji rażącego błędu powoduje, że na drogę karną trafiają sprawy, którymi powinny się zajmować sądy cywilne. Przykład z praktyki prawnika Radosława Tyimińskiego to ciągnący się już latami proces kilku chirurgów. Pacjentka uważa, że zabieg przeprowadzono zbyt późno. Jest proces karny, a powinien być cywilny.

Nawiązując do mediacji, która we wszystkich wypowiedziach przewijała się jako preferowana metoda, Radosław Tyimiński stwierdził na podstawie własnego doświadczenia, że niekiedy w procesie cywilnym nie godzi się na nią ubezpieczyciel, dla którego korzystniejsze jest, by strony spotkały się w sądzie.

Sens powołania komisji odwoławczej

Jak w miarę szybko, skutecznie i satysfakcjonująco przeprowadzić proces ustalenia i wypłaty odszkodowania?

Bartłomiej Chmielowiec zwrócił uwagę, że w Polsce nie sprawdziły się wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta mówi się o innej instytucji,

o komisji odwoławczej, wzorowanej na doświadczeniach szwedzkich, francuskich czy belgijskich.

– Da ona pacjentom realną możliwość otrzymania szybko należnego świadczenia kompensacyjnego, czyli odpowiednika zadośćuczynienia i odszkodowania. Wypłata ma nastąpić w ciągu trzech miesięcy, a poprzedzona będzie złożeniem prostego wniosku i wniesieniem trzystuzłotowej opłaty. Wniosek rozpatrzy rzecznik praw pacjenta przy wsparciu ekspertów na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez placówkę. Nie będzie przesłuchań świadków, biegłych, niczego, co w konfrontacji prowadziłoby do eskalacji konfliktu. – Ważny jest również fakt, że odszkodowanie będzie finansowane bezpośrednio z budżetu państwa, z odpisu ze składki zdrowotnej, co oznacza, że szpitalowi powinno i będzie zależeć na tym, żeby jak najszybciej wyjaśnić sprawę – tłumaczył Bartłomiej Chmielowiec.

Co ważne, finanse nie kończą sprawy. – Rzecznik jako instytucja będzie występować do tej placówki szpitalnej, wskazywać, gdzie i co należy poprawić i w jakim zakresie, żeby do podobnej sytuacji nie dochodziło w przyszłości – dodał Bartłomiej Chmielowiec.

Oczywiście, nowe rozwiązanie nie wykluczy procesów cywilnych, ale w wielu przypadkach jednak je zastąpi, co oznacza również skrócenie czasu dochodzenia do decyzji – przyznającej zadośćuczynienie lub mówiącej, że do błędu nie doszło, a wszystkie procedury przeprowadzono z należytą starannością. – Najpierw uruchamiamy więc procedurę odszkodowawczą, a proces karny wytaczany jest niezwykle rzadko, tylko w sytuacjach rażącego błędu czy niestaranności – mówił rzecznik.

Czasami placówki próbują samodzielnie wprowadzać rejestr zdarzeń niepożądanych. Tak jest w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Rejestr funkcjonuje tam od pięciu lat, ale jego wprowadzanie nie było łatwe ze względu na wątpliwości zespołu. Finalnie, poza zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych, zbierane są również informacje o nieprawidłowościach w relacjach personelu, np. o mobbingu.

Z tego fragmentu debaty wyłonił się proponowany system, w którym to rzecznik praw pacjenta będzie prowadzić rejestr zdarzeń niepożądanych zgłaszanych przez pacjentów i z tego tytułu będzie przedstawiać wnioski również o charakterze systemowym.



VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Łukasz Jankowski:

„Chielibyśmy mówić o klauzuli *no fault*, która przenosi ciężar z odpowiedzialności karnej na odpowiedzialność cywilną, a być może na proces mediacji”



Fot. Patryk Rydzik

Musi być miejsce dla sądów lekarskich

Prawnik Radosław Tymiński zauważył, że w tle takiego rozwiązania jest nieufność wobec sądów lekarskich. – Myślę, że brak zaufania i podejrzania o pewnego rodzaju solidarność zawodową nie są uzasadnione. Czasem mam wrażenie, że wręcz te sądy dopatrują się problemów tam, gdzie prokurator na pewno by ich nie widział. Natomiast chcę podkreślić, że sądy lekarskie mają olbrzymie doświadczenie zawodowe z perspektywy lekarza i jeśli ich orzeczenia są łagodniejsze, to z powodu zrozumienia systemowych uwarunkowań działań poszczególnych lekarzy – powiedział Radosław Tymiński.

Prawnik porównał orzeczenia sądów lekarskich z wyrokami sądów karnych i stwierdził, że w analizowanym okresie sądy lekarskie były surowsze – o wiele częściej orzekały karę związaną z ograniczeniem prawa wykonywania zawodu lub z zawieszeniem prawa wykonywania zawodu niż sądy karne.

Na przykładzie Szwecji i Nowej Zelandii Radosław Tymiński pokazał, jaką pułapką może być system *no fault* oderwany od działań samorządu lekarskiego. Otóż rzeczywiście w tych krajach system *no fault* zamykał sprawę. Ale lekarz mógł wtedy po prostu zmienić np. szpital, w którym operował, i w kolejnym znowu popełnić błąd medyczny. Zdaniem Radosława Tymińskiego rzecznik praw pacjenta lub inny organ, który będzie rozpatrywał te sprawy, powinien zawiadomić samorząd lekarski, sprawujący pieczę nad należytych wykonywaniem zawodu.

Jarosław Fedorowski podał w tym kontekście konkretny przykład – „każdy amerykański szpital co dwa lata przeprowadza reakredytację lekarzy. Lekarz jest prześwietlany pod kątem błędów medycznych i musi się z nich tłumaczyć”.

– Rolą samorządu jest obrona pacjentów przed lekarzami, którzy nie powinni wykonywać tego zawodu. W związku z tym, to my musimy przekonać otoczenie pacjentów, że jesteśmy zdolni do tego, by czarne owce po prostu z zawodu wyrzucić – powiedział Łukasz Jankowski. Jak jednak zauważył prezes NRL, samorząd musi „postawić na komunikację z pacjentami, na większą przejrzystość postępowań”. Trzeba też zadbać o profesjonalizm kadry sądów lekarskich. To trudne zadania, bo lekarze realizują je jako misję społeczną, a poza tym nie jest łatwo wyjść poza swoje środowisko i je sądzić.

Szybka ścieżka naprawy szkody – pacjent jest najważniejszy

Odpowiedzialność lekarza – jak ją zmierzyć i kto to ma zrobić – to ważne tematy, ale tylko w kontekście dobra pacjenta.

– Pacjent jest podmiotem świadczeń leczniczych i to on stanowi najsłabsze ogniwo, o jego interes powinniśmy więc dbać zarówno w trakcie leczenia, jak i w procesie kompensacji szkody, która musi nastąpić w przypadku zdarzenia niepożądanego – powiedziała Jolanta Budzowska. Jej zdaniem, najkorzystniejsza dla pacjenta i najszybsza do przeprowadzenia byłaby wspomniana już mediacja zakończona ugodą, która jednocześnie mogłaby wykluczyć odpowiedzialność karną. Jej zaletą jest także fakt, że nawet w przypadku niedojścia stron do porozumienia przebieg mediacji nie mógłby być narzędziem w rękach prokuratora, bo jest objęty tajemnicą.

W tle dochodzenia do przyczyny błędu są pieniądze. Wątpliwości Jolanty Budzowskiej budzi postulat odwrócenia odszkodowań od finansów winnych podmiotów leczniczych i ich ubezpieczycieli. Sprzeciwia się tym samym postulatowi rzecznika praw pacjenta, by rekompensaty pochodziły z budżetu państwa, „czyli *de facto* z danin publicznych, z podatków czy ze składki zdrowotnej, jak przewiduje projekt ustawy o jakości”. To, jak zauważył Radosław Tymiński, zamknie sprawę bezboleśnie dla placówki. Jeśli mowa o pieniądzach, to poza tym, z czyich funduszy będą pochodzić, ważne jest, by pacjent otrzymał je szybko, kiedy są mu one potrzebne np. na rehabilitację. A jeśli już pieniądze dostanie, to – jak uważa Magdalena Kołodziej – „powinien również być w sposób priorytetowy potraktowany”. Analogicznie jak jest szybka ścieżka onkologiczna, powinna być szybka ścieżka naprawy wyrządzonej szkody.

Postulat ten spiął debatę, uzyskał akceptację dyskusyjantów. Rozstrzygnięcia wymaga problem pochodzenia odszkodowań – czy płacą szpitale ze swoich ubezpieczeń, czy są one pobierane z naszych podatków. I jeszcze – czy system skupiony na winie jednostki, czy na naprawianiu systemu? To powracający temat.

I, co najważniejsze, łączące wszystkich dyskusyjantów: priorytetem jest poszkodowany pacjent – szybkie odszkodowanie i starania, by wrócił do zdrowia są najważniejsze.

Iwona Konarska