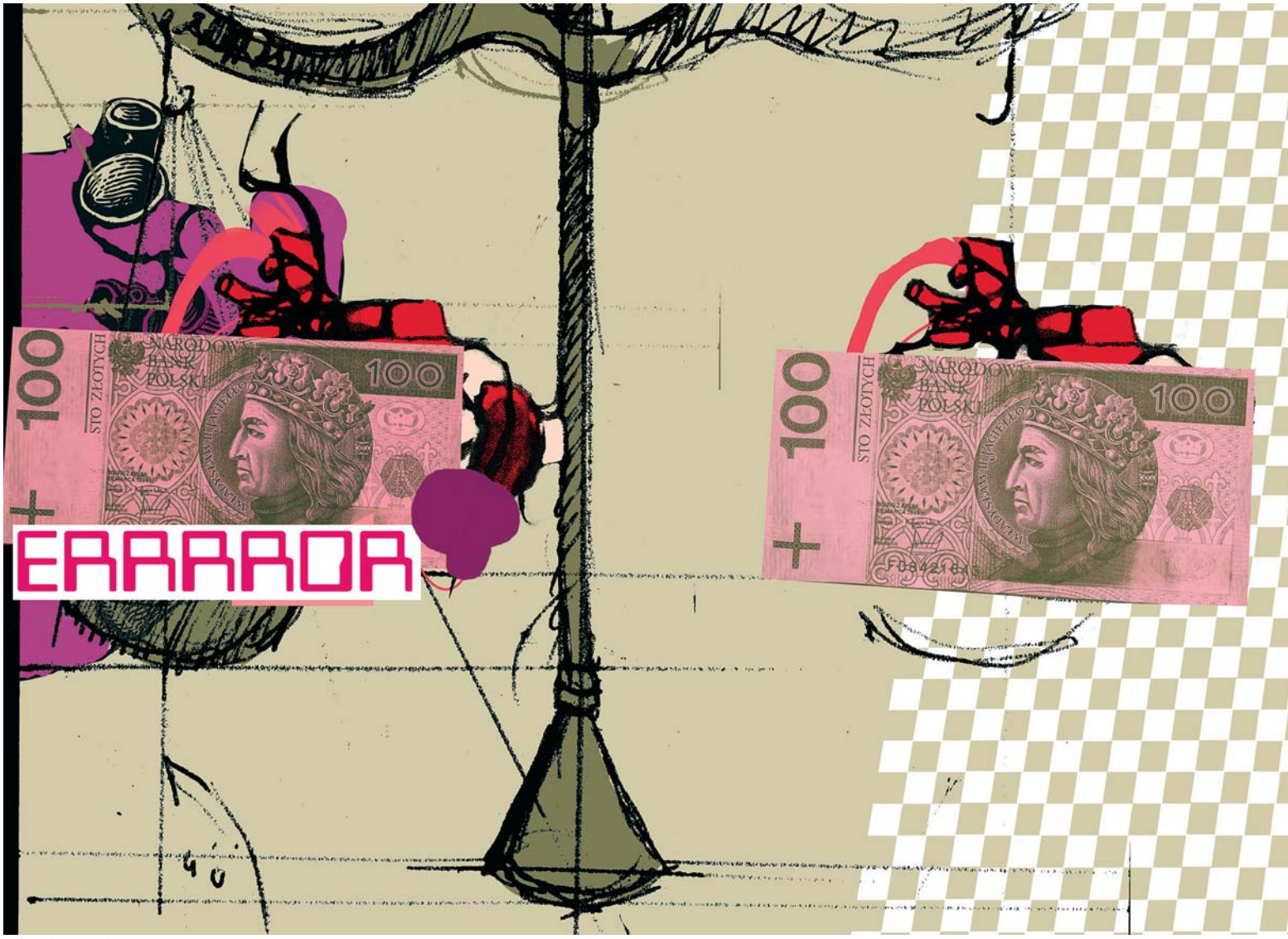


graf. Natalia Gościniak

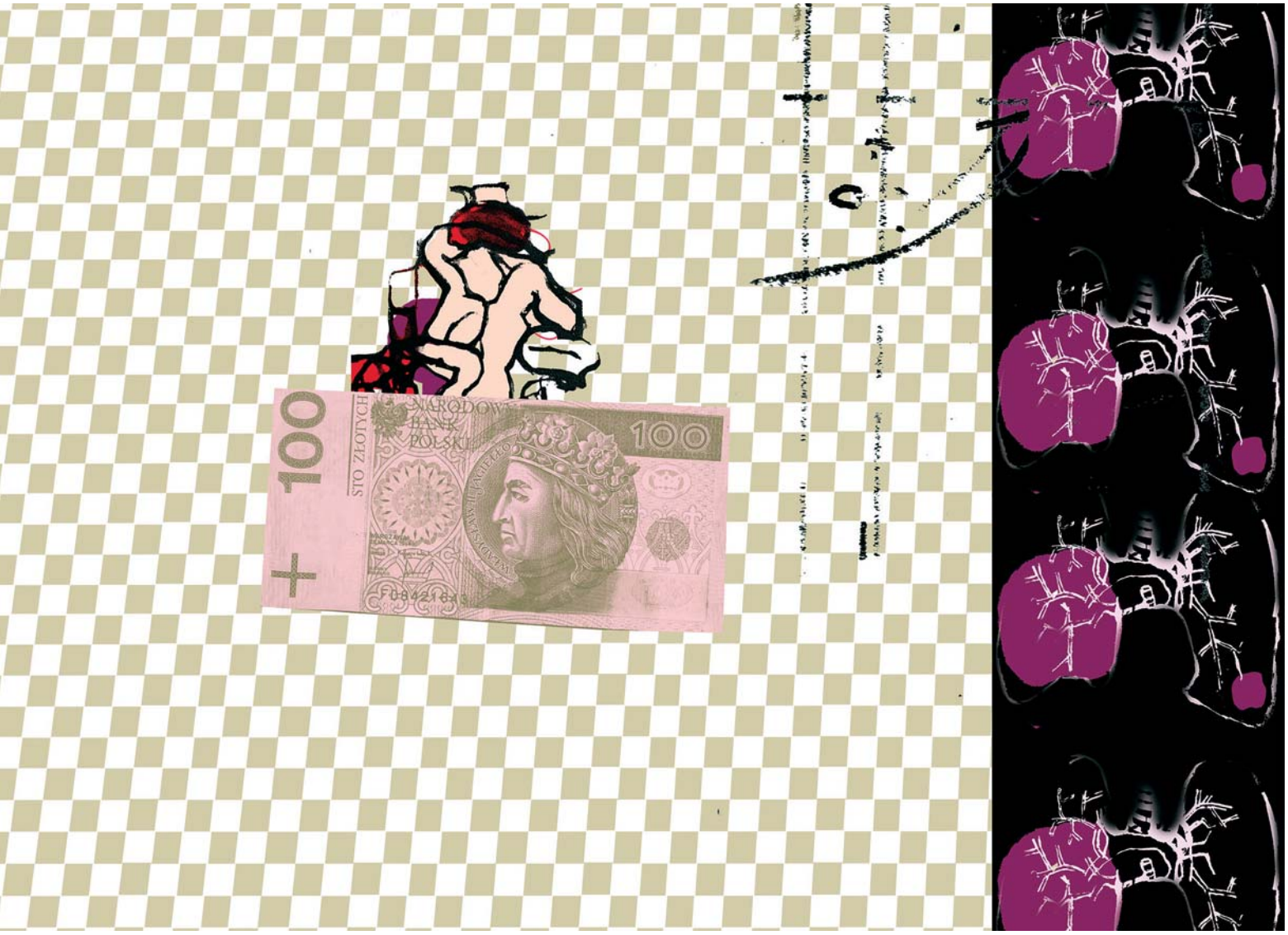
Błędy medyczne są nie tylko problemem lekarzy, lecz całego systemu ochrony zdrowia w Polsce

Błędne szpitale

Jacek Szczęsny

Odszkodowania za błędy medyczne to coraz bardziej intratny biznes. Stawki ubezpieczeń dla szpitali w wielu przypadkach wzrosły nawet 500 razy. Z kolei na ulotkach w szpitalach, w Internecie i prasie można znaleźć ogłoszenia kancelarii prawnych, specjalizujących się w sprawach przeciw szpitalom i lekarzom. To efekt wzrastającej świadomości prawnej pacjentów i wysokości zasądzanych odszkodowań. Jeszcze 4 lata temu średnie odszkodowanie wynosiło 12,5 tys. zł. W zeszłym roku było to już prawie 57 tys. zł.

Aby się zabezpieczyć, 2 lata temu zakłady opieki zdrowotnej wpłaciły do PZU (które obok Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska SA jest największym ubezpieczycielem lekarzy, szpitali i przychodni) ponad 38 mln zł składki. Jednocześnie ofiarom pomyłek lekarskich w ciągu kilkunastu lat firma wypłaciła do tej pory ponad 100 mln zł odszkodowań. Jako że kancelarie



> Polska jest chyba jedynym krajem europejskim, w którym błędy lekarskie są tajemnicą poliszynela. Wszyscy o nich wiedzą, ale nikt nie chce mówić

prawne pobierają za prowadzenia sprawy 20 proc. wartości zasądzonego odszkodowania, łatwo wyliczyć, że zarobiły one co najmniej 20 mln zł.

Miliony na odszkodowania

O boomie na odszkodowania za błędy medyczne doskonale wiedzą lekarze. Już niemal wszyscy wykupili polisy. – *Od kilku lat liczba lekarzy ubezpieczonych przez INTER wynosi 30, 40 tys. Udział procentowy przedstawicieli poszczególnych specjalności odpowiada w zasadzie ogólnopolskim danym statystycznym na temat specjalności w zawodzie lekarza – najwięcej jest specjalistów chorób wewnętrznych i lekarzy poz* – mówi Wojciech Czapiński, członek Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska SA.

Lekarze i szpitale ubezpieczają się, bo coraz więcej prawników będzie liczyć na dobry zaro-

Solidarność lekarzy

Według najnowszego badania CBOS, aż 91 proc. respondentów jest przekonanych, że pacjent, który poniósł uszczerbek na zdrowiu spowodowany błędem lub brakiem należytej staranności personelu medycznego, ma trudności z uzyskaniem odszkodowania. Jedynie 4 proc. ankietowanych jest przeciwnego zdania. Za główną przyczynę trudności respondenci uważają solidarność lekarzy, chroniących kolegów przed odpowiedzialnością (72 proc. badanych). Znacznie rzadziej wskazywano na przewlekłość spraw sądowych (39 proc.), brak organizacji lub instytucji, która pomogłaby poszkodowanemu pacjentowi (33 proc.), czy wysokość kosztów sądowych (28 proc.).

Odpowiedzialność cywilna

Adam Babik, prezes Zarządu warszawskiej Kancelarii Likwidator.com Pomoc Ubezpieczeniowa Sp. z o.o.

Wielu prawników opowiada się za ustaleniem górnej granicy odszkodowań. To świadczy, że nie są na bieżąco z orzecznictwem Sądu Najwyższego i praktyką sądów powszechnych. Kwestia złożonego roszczenia do osoby odpowiedzialnej za naprawienie szkody, a wysokość realnego odszkodowania, to zupełnie odrębne kwestie. Górna granica odszkodowania, każdorazowo ustalana jest stosownie do stylu i zasobności życia człowieka przed wypadkiem. Niewielu obywateli uzyskuje dochody roczne w wysokości kilkuset tysięcy złotych, nie mówiąc o pensjach liczonych w milionach złotych. W każdym razie ci ludzie korzystają z klinik, które się nie mylą. Jednocześnie wiele osób twierdzi, że poręczycielem wypłat odszkodowań powinien być budżet państwa. Ja jednak uważam, że budżetu państwa nie powinniśmy

> Nie widzę konieczności wspierania finansowo stomatologów czy chirurgów plastycznych ich zarobki zapewne pozwolą im na pokrycie składki

w tę kwestię mieszać. Lekarz prowadzący praktykę lekarską powinien mieć obowiązek wykupienia polisy odpowiedzialności cywilnej wykonywanego zawodu. Nie widzę różnicy między adwokatami, na których spoczywa taki obowiązek a chirurgami. Oba zawody wymagają szczególnej staranności wykonywanego fachu. Tyle że w drugim wypadku ktoś może nie przeżyć. Państwo mogłoby partycypować w części składki ubezpieczeniowej, ale stwierdzam to niechętnie, bo nie widzę konieczności wspierania finansowo stomatologów czy chirurgów plastycznych – ich zarobki zapewne pozwolą im na pokrycie składki. Ryzyko lekarza konkretnej specjalizacji powinno być oszacowane przez specjalistyczną firmę, bo pacjent zawiera z nim kontrakt na usługę z góry określoną, i nie widzę problemu, żeby towarzystwa ubezpieczeniowe nie potrafiły realizować tego typu umów. Pomijając fakt, że służba zdrowia powinna być prywatna, lekarze już teraz mogliby posiadać tego typu polisy, zresztą dostępne na rynku od dawna. ■

Życie i zdrowie mają niewymierną wartość

Sławomir Winiarczyk z Kancelarii Prawnej SłaWin PW z Lublina

Odpowiedzialność lekarzy i placówek medycznych kształtuje się na zasadzie winy, a moim zdaniem, w takich wypadkach powinno się stosować zasadę ryzyka – podobnie, jak przy szkodach wyrządzonych przez przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą. Jednocześnie uważam, że w celu obiektywnej oceny błędów lekarskich rzecznik praw pacjenta powinien powołać grupę lekarzy bek. Świadczą o tym kwoty zasądzanych odszkodowań. Za zakażenie wirusem HIV w Śląskim Centrum Pediatrii sąd orzekł wypłatę odszkodowania dwóm pacjentkom w sumie w wysokości 1,3 mln zł. W sądzie w Kaliszu toczy się z kolei sprawa o 750 tys. zł (pierwot-

> Ofiarom pomyłek lekarskich wypłacono do tej pory ponad 100 mln zł odszkodowań. Łatwo wyliczyć, że co najmniej 20 mln zł zarobiły kancelarie prawne

nie było to 1,5 mln zł) odszkodowania od przychodni w Bralinie i Szpitala Rejonowego w Kępnie. Trzy czwarte miliona ma być rekompensatą za utratę zdrowia przez 2-letniego chłopca. To najlepsze potwierdzenie gwarancji bezpieczeństwa, jaką musi mieć szpital lub lekarz. – *Gdy chodzi o poziom bezpieczeństwa, możemy mówić o minimalnej sumie gwarancyjnej. Składka nie ma tutaj nic do rzeczy. Minimalna wysokość sumy gwarancyjnej jest związana z rodzajem ochro-*

Europejskie odszkodowania

W Niemczech pacjent, który uważa, że lekarz lub szpital popełnili błąd, może dochodzić swoich praw w sądzie, w procesie cywilnym, albo w komisjach rozjemczych przy izbach lekarskich, do których można się zwrócić za zgodą lekarza lub władz szpitala. Postępowanie przed komisją rozjemczą (w jej skład wchodzą lekarze i prawnicy) jest bezpłatne i trwa ok. roku. W ok. 1/3 wypadków komisja przyznaje rację pacjentowi. Ocena komisji może być podstawą do wypłacenia odszkodowania przez ubezpieczyciela, u którego ubezpieczony jest lekarz. W spektakularnych wypadkach w śledztwo włącza się prokuratura.

We Francji pacjent ma do wyboru dwie możliwości. Pierwsza z nich to zgłoszenie się do towarzystwa ubezpieczeniowego, w którym jest ubezpieczony jego lekarz. Jeśli towarzystwo ubezpieczeniowe uzna, że poszkodowany ma rację, może mu zaproponować odszkodowanie. Dotyczy to jednak tylko lekarzy mających własne gabinety oraz pracujących w prywatnych klinikach. W razie niekorzystnej decyzji towa-

ny czasowej (tzw. triggera), trudno jest przewidzieć dziś, jaka będzie wysokość roszczeń np. za 8 czy 10 lat. Naszym zdaniem, dzisiaj suma gwarancyjna w wysokości 40–50 tys. euro wydaje się (względną) granicą bezpieczeństwa dla większości specjalności lekarskich – mówi Wojciech Czapiński.

Opisane sytuacje powinny się stać ostrzeżeniem dla rządu. Polska jest bowiem chyba jedynym krajem europejskim, w którym błędy lekarskie są tajemnicą poliszynela. Wszyscy o nich wiedzą, ale nikt nie chce mówić. Nie ma wiarygodnych statystyk, a w efekcie firmy brokerskie nie potrafią ocenić ryzyka zoz-ów oraz pojedynczych lekarzy, a stawki ubezpieczeń biorą z sufitu. W ten sposób grozi nam powielenie zjawiska z Europy Zachodniej, gdzie mówi się o kryzysie ubezpieczeń zdrowotnych. W Hiszpanii doszło do tego, że żyrantem usług wysokiego ryzyka został rząd. Państwo wzięło po prostu na siebie wypłatę potencjalnych odszkodowań, bo żaden ubezpieczyciel nie chciał się tego podjąć.

Zmniejszanie ryzyka

Aby temu zaradzić, należy dążyć do zmniejszania ryzyka występowania błędów przez wprowadzenie procedur bezpieczeństwa usług.

rzystwa ubezpieczeniowego pacjent może wystąpić na drogę sądową. W przypadku osób leczonych przez lekarzy prywatnych sprawą zajmuje się sąd cywilny, a sprawy poszkodowanych przez lekarzy zatrudnionych w placówkach publicznych rozpatruje sąd administracyjny. W razie przyznania odszkodowania za lekarzy prywatnych wypłaca je towarzystwo ubezpieczeniowe. Za błędy popełnione w szpitalach publicznych odpowiedzialność finansową bierze państwo.

W Wielkiej Brytanii odszkodowanie można uzyskać jedynie na drodze sądowej. Rocznie na skutek przegranych spraw sądowych w Anglii i Walii wypłaca się poszkodowanym ponad miliard funtów. Średnio 2-krotnie większe kwoty otrzymują pacjenci na podstawie ugody pozasądowej. Jak wynika z raportu *National Audit Office* (brytyjski odpowiednik NIK), co roku w Anglii i Walii z powodu błędów popełnionych przez szpitale lub lekarzy umiera ok. 40 tys. chorych. Co 14. pacjent pada ofiarą błędnej diagnozy lub źle przeprowadzonej operacji. Według raportu, tylko nieznaczny odsetek poszkodowanych domaga się zadośćuczynienia w drodze powództwa cywilnoprawnego, ale ta liczba systematycznie rośnie.

specjalistów, którzy nie byliby związani z żadną placówką medyczną. W sprawie wysokości odszkodowań należy stwierdzić, że wartość życia i zdrowia jest niewymierna, trudno jest zatem sztucznie ograniczać wysokość roszczeń odszkodowawczych – świadczenia zasądzane przez polskie sądy są bardzo niskie. Przy stuprocentowym uszczerbku na zdrowiu mało który sędzia decyduje się zasądzić zadośćuczynienie wyższe niż 200 tys. zł, pomimo że np. w OC komunikacyjnym ustalona jest suma gwarancyjna dla poszkodowanego w wysokości 350 tys. euro. Uważam, że w normalnym państwie prawo powinno chronić obywateli, a nie partaczy i łapówkarzy. Zasadne byłoby ustalenie dolnej granicy odszkodowania, np. 1 tys. zł za każdy proc. uszczerbku na zdrowiu oceniony przez zespół lekarzy specjalistów, ponieważ obecne uregulowania prawne pozwalają ubezpieczycielom stosować dowolny sposób naliczania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę związaną z trwałym kalectwem lub stosownego odszkodowania w związku ze śmiercią bliskiej osoby. Prowadzimy obecnie 15 spraw związanych z błędami lekarskimi.

> ” Uważam, że w normalnym państwie prawo powinno chronić obywateli, a nie partaczy i łapówkarzy ”

Na razie zakończyliśmy jedną taką sprawę. Łączne świadczenie odszkodowawcze wypłacone tuż po wyroku wyniosło ponad 115 tys. zł. Zasądzono także 945 zł dożywotniej renty kwartalnej. W tej sprawie pozwanym był ZOZ MSWiA w Lublinie. W przewodzie sądowym wykazaliśmy zaniedbania personelu szpitala zarówno jeśli chodzi o opiekę nad powódką, jak i błędną diagnozę oraz błędne leczenie. A oto fragment z uzasadnienia wyroku: *Na brak profesjonalizmu w procesie leczenia urazu wskazał biegły ortopeda, który podniósł brak właściwej diagnozy, brak badania KT, brak oceny ortopedy specjalisty, brak oceny spondyloortopedycznej (…) Postępowanie lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu budzi uzasadnione zastrzeżenia co do sposobu leczenia nawet dla osób nieposiadających wiedzy medycznej*. W czterech innych sprawach mamy już pozytywne opinie biegłych lekarzy sądowych, które przesądzają o odpowiedzialności pozwanych placówek medycznych. ■

Zmowa gapowiczów

Marzena Fedan-Walczak, wiceprezes Zarządu Kancelarii Odszkodowawczej RESIDENT sp. z o.o. w Zielonej Górze

Zasadniczym problemem jest brak obiektywnej miary ludzkich cierpień. Przełożenie materiału dowodowego na konkretną kwotę zadośćuczynienia zawsze będzie sprawą skomplikowaną. Zdaniem mec. Huberta Szaraty, w ostatnim czasie można zauważyć inklinację polskiego sądownictwa do przyznawania świadczeń realnych, sowitych. Judykatura sądów odeszła m.in. od powszechnej poprzednio tendencji do odnoszenia wymiaru odszkodowania do zarobków biedniejszej części społeczeństwa (wyrok SN z 6 czerwca 2003 r., IV CKN 213/01). Przechodząc do kwestii błędów le-

karskich, należy oddzielić tę kategorię od powikłań związanych z procesem leczenia oraz podkreślić, iż – co fundamentalne – lekarz nie odpowiada za rezultat leczenia, ale za staranne działanie w świetle dostępnej wiedzy i procedur medycznych. Kwestia dochodzenia roszczeń z powodu błędów lekarskich nie jest więc tylko problemem wad systemu prawnego, bowiem istniejący system stwarza możliwości dochodzenia odszkodowań. Problem ma raczej charakter natury cywilizacyjnej, a nie prawnej. Jednocześnie chcę podkreślić, że doświadczenia naszej kancelarii nie potwierdzają w praktyce istnienia pojęcia syndykatu niekompetentnych lekarzy. Funkcjonuje co prawda w niektórych wypadkach tzw. *zmowa gapowiczów*, a każdy z lekarzy, broniąc swego kolegi po fachu, broni po części i siebie na przyszłość. Jest natomiast faktem, iż w niektórych sytuacjach szpitale i lekarze próbują zamieść swoje błędy pod dywan. Pracownicy szpitala, którzy podczas hospitalizacji krytykowali kolegów po fachu, po prostu nabierają wody w usta, a szpital bezpodstawnie odmawia wydania dokumentacji medycznej. Duże nadzieje należy wiązać z coraz powszechniejszym ubezpieczaniem odpowiedzialności cywilnej przez szpitale i lekarzy. Kwestie

> Coraz powszechniejsze ubezpieczanie odpowiedzialności cywilnej przez szpitale i lekarzy sprawia, że ocena działań lekarzy staje się bardziej obiektywna, bo w gruncie rzeczy dokonuje jej podmiot trzeci

związane z oceną działań poszczególnych lekarzy są wówczas bardziej obiektywne, w gruncie rzeczy oceny tej dokonuje podmiot trzeci. Wiele jednak do życzenia pozostawiają wysokości sum, na jakie ubezpieczają się te osoby i placówki. Odnosząc się do propozycji wprowadzenia górnej granicy odszkodowania, należy wskazać, iż wszelkie ręczne manipulacje nigdy nie wychodzą na dobre. Równie Amerykanie poszli w tym tak daleko, że np. przed operacją kilkakrotnie upewniają się, czy na stół operacyjny trafił właściwy pacjent i czy właściwie wytypowano organ do zabiegu.

> Za zakażenie wirusem HIV sąd przyznał dwóm pacjentkom odszkodowanie wynoszące w sumie 1,3 mln zł. W sądzie w Kaliszu toczy się z kolei sprawa o wypłatę 750 tys. zł

W Danii postawiono na ujawnianie błędów – lepiej się na nich uczyć, niż udawać, że nic złego się nie dzieje. Tymczasem u nas wszechobecna wolnoamerykanka może zagrozić budżetowi NFZ i państwa, bo apetyty pacjentów rosną. Agnieszka Sieńko (prawnik specjalizująca się w prawie medycznym), która jest pełnomocnikiem przychodni zdrowia w Bralinie, twierdzi, że wzrost liczby procesów o błędy w sztuce podyktowany jest przede wszystkim komercjalizowaniem rynku usług medycznych. – *Wśród moich kolegów pojawia się coraz więcej chętnych podjęcia się sprawy medycznej, ale, niestety, grono tych, którzy wiele lat temu poświęcili się medycynie, jest niewielkie. Klienci – zarówno pacjenci, jak i lekarze oprócz szczegółowej wiedzy prawniczej wymagają od nas biegłej orientacji w przebiegu procesu leczenia, znajomości obowiązujących standardów itd. Przygotowując się do roli*

Amerykański sen o błędach

W sierpniu na łamach amerykańskiego periodyku *The Archives of Internal Medicine* opublikowano wyniki badań na temat błędów medycznych, jakie przeprowadzono wśród ponad 2,5 tys. chirurgów i lekarzy specjalistów. Autorzy sondażu zaprezentowali respondentom hipotetyczne, ale klinicznie realistyczne błędy medyczne. Na podstawie ankiety zamierzano ustalić, w jaki sposób medycy ujawniliby błąd oraz jakie czynniki były związane z przyznaniem się do niego. Wszystkie hipotetyczne błędy, ujęte w badaniu, spowodowałyby poważną szkodę dla zdrowia. Niektóre były bardziej oczywiste – jak pozostawienie gąbki w ciele operowanego, a inne mniej, jak nieprawidłowe odczytanie danych z karty. Gdy błąd był oczywisty, np. niewłaściwie wypisana recepta, prowadząca do przedawkowania leków, 81 proc. lekarzy stwierdziło, że z pewnością powiedzieliby o tym pacjentowi. Jednak w wypadku mniej wyraźnych pomyłek tylko 50 proc. ankietowanych uważało, że warto o nich wspominać. Chirurdzy częściej niż przedstawiciele innych specjalności uważali, że następstwem przyznania się do pomyłki byłoby wytocze-

pełnomocnika spółki cywilnej MEDICA w Bralinie, przestudiowałam dwa podręczniki z zakresu neurologii dziecięcej. Było mi to potrzebne, mimo że praktykuję w medycynie od powstania systemu ubezpieczenia zdrowotnego – mówi Sieńko.

Osobista odpowiedzialność

Warto przy okazji przypomnieć, że zawód prawnika jest bardzo bliski zawodowi lekarza, z uwagi na przynależność do grupy zawodów zaufania publicznego. Działania lekarzy są objęte osobistą odpowiedzialnością. Oznacza to, że skutki podejmowanych działań zależą wyłącznie od talentu, umiejętności spostrzegawczości i wiedzy. Jako że cechy te są trudne do oceny, a nie ma ludzi nieomylnych, można się spodziewać wzrostu liczby procesów, do których pretekstem będą błędy medyczne. Warto uświadomić to lekarzom, z których wielu w cichości ducha staje się oponentami wprowadzenia reform polegających na bardzo precyzyjnym określeniu standardów (a co za tym idzie – na stworzeniu koszyka świadczeń czy RUM). Warto też przypomnieć, że jedyną dziedziną, która doczekała się standardów podniesionych do rangi aktu prawnego, jest anestezjologia. W innych dziedzinach medycyny procesy zawsze trzeba opierać na opiniach biegłych, stanowiących centralny punkt postępowania dowodowego. Korporacyjna solidarność lekarzy powoduje, że opinie te często nie wykazują winy oskarżonego. Jednak sytuacja ta będzie się zmieniać – coraz więcej kancelarii zaczyna się bowiem specjalizować w pozyskiwaniu odszkodowań za błędy medyczne. ■

prawdopodobne, jak obniżenie kwoty odszkodowań w sporadycznie występujących najcięższych przypadkach pozostaje zwiększenie odszkodowań za lekkie przypadki, które w sposób naturalny będą miały punkt odniesienia w górnej granicy ustawowej. ■

Mierniki ryzyka

Renata Firmanty, specjalista prawa farmaceutycznego i medycznego z warszawskiej Kancelarii Prawnej Chałas i Wspólnicy

Czy polskie regulacje prawne i system prawny sprzyjają uzyskiwaniu odszkodowań za błędy medyczne?
Nasz system prawny przewiduje rozwiązania potrzebne do egzekwowania praw osoby, która stała się ofiarą błędu medycznego. Trzeba pamiętać, że uzyskiwanie odszkodowań za błędy medyczne jest zjawiskiem stosunkowo nowym, a w konsekwencji nie zdążyło się jeszcze wykształcić dotyczące tej materii orzecznictwo, które pomogłoby w ustaleniu prawidłowej wykładni stosowanych przepisów. Przykładem takiego orzeczenia jest wyrok NSA z 19 maja 2003 r. (sygn. OSA 1/03), który rozwiał wątpliwości dotyczące warunków udostępniania przez zakłady opieki zdrowotnej dokumentacji medycznej wykorzystywanej w postępowaniach dotyczących błędu lekarskiego. Nie trzeba dodawać, że zdobycie pełnej dokumentacji warunkuje często skuteczne dochodzenie roszczeń.

> ” Ukrywanie lub pomijanie milczeniem przez lekarzy błędów kolegów wynika z tego, że jest to wciąż temat tabu, a społeczeństwo uważa, że lekarz musi być nieomylny ”

nie przez poszkodowanego procesu sądowego, częściej też jednak twierdzili, że ujawniliby swój błąd. Jednocześnie wyjawiliby pacjentowi mniej szczegółów niż inni lekarze, byli też mniej skłonni do używania słowa *błąd*. Ogółem nieco ponad połowa lekarzy wspomniałaby o problemie, ale tylko 42 proc. powiedziałoby, że jego przyczyną był błąd. Lekarze różnili się także w opiniach co do tego, jak szczegółowych informacji należy udzielić. Połowa stwierdziła, że wyczerpująco opowiedziałaby o problemie, co trzeci zaś podałby tylko wybrane informacje. Pozostałe 13 proc. nie ujawniłoby żadnych szczegółów dopóty, dopóki pacjent by o nie nie spytał. W przypadku mniej oczywistych pomyłek, niemal 1/5 nie udzieliłaby samorzutnie żadnych informacji. Tylko 8 proc. przemilczałoby poważniejsze błędy. Jak piszą autorzy, uzyskane przez nich wyniki ujawniają wyraźny brak zgody wśród lekarzy, jeśli chodzi o ujawnianie błędów medycznych i dyskutowanie o nich. Taka sytuacja zwiększa prawdopodobieństwo, że oczekiwania pacjentów nie zostaną spełnione. Jednocześnie, jak wykazały badania przeprowadzone w 36 instytucjach leczniczych, błędy medyczne są w USA dosyć częstym zjawiskiem. Na przykład w przypadku podawania leków aż 19 proc. dawek podano błędnie. Najczęstsze nieprawidłowości to niewłaściwy czas podania leków (43 proc.), pominięcie dawki (30 proc.), niewłaściwa dawka (17 proc.) i podanie leku niezarejestrowanego (4 proc.). Na szczęście tylko 7 proc. błędów uznano za przyczynę niepożądanych epizodów.

Naszym zdaniem, z punktu widzenia interesów poszkodowanego, największe znaczenie ma dochodzenie zaspokojenia roszczeń cywilnych. Wynika to przede wszystkim z faktu, że odszkodowanie lub zadośćuczynienie daje pacjentowi realną szansę choćby na częściowe odwrócenie lub zniwelowanie skutków błędu lekarskiego, umożliwia mu podjęcie profesjonalnego leczenia. Z aprobatą przyjęliśmy informację o planowanych zmianach art. 442 Kodeksu cywilnego, wydłużających czas dochodzenia roszczeń o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia z 10 do 20 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę.

Jedną z przeszkód w uzyskiwaniu odszkodowań jest korporacyjna solidarność środowiska lekarzy. Czy tę sytuację można zmienić?

Fakt, że lekarz unika wydania opinii, która wskazywałaby, że inny lekarz postąpił sprzecznie z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, jest w głównej mierze zagadnieniem etyki, a nie prawa. Ukrywanie lub pomijanie milczeniem błędów kolegów wynika z tego, że są one w naszym kraju wciąż tematem tabu, a w społeczeństwie powszechnie uważa się, że lekarz musi być nieomylny. Taka absolutna nieomylność oczywiście nie jest możliwa, o czym doskonale wiedzą sami lekarze. Należy jednocześnie podkreślić, że nic nie usprawiedliwia nieudolności, niedokształcenia i niedbalstwa, a ukrywanie takiego faktu przez inną osobę powinno być przedmiotem zainteresowania rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego. Mimo to atmosfera skandalu, jaką wytwarzają w ostatnim czasie media wokół tej problematyki, tylko pogłębia solidarność – lekarz boi się wydać negatywną opinię o koledze po fachu, nie chcąc narażać go na napiętnowanie, a równocześnie często zdaje sobie sprawę, że błąd może przytrafić się również jemu. Podsumowując, korporacyjna solidarność może stracić negatywną konotację, jeśli zmieni się nastawienie do błędów wszystkich zainteresowanych i oczywiście wtedy, gdy lekarze będą popełniać mniej karygodnych błędów. Całkowite ich wyeliminowanie jest bowiem niemożliwe. Pokazują to przykłady państw, w których służba zdrowia znajduje się na zdecydowanie wyższym poziomie.

Wielu prawników uważa, że należałoby wyznaczyć górną granicę odszkodowań, bo żądania odszkodowań, np. w wysokości miliona złotych mogą zrujnować budżet szpitala i systemu ochrony zdrowia.

Osoba poszkodowana w wyniku błędu lekarskiego ma prawo do zadośćuczynienia za wszelkie fizyczne i psychiczne cierpienia, jakich doznała, a ponadto do odszkodowania za wszelkie szkody majątkowe. W naszej ocenie, pacjenci nie powinni ponosić negatywnych konsekwencji faktu, że system finansowania odszkodowań jest wadliwy. Nie ulega wątpliwości bowiem, że obecny system finansowania odszkodowań jest zły. Prywatne firmy ubezpieczeniowe narzucają szpitalom bardzo wysokie koszty polis, aby się zabezpieczyć przed ewentualnymi następstwami procesów wynikłych z błędów lekarskich. Wysokość polis nie znajduje w praktyce odzwierciedlenia w liczbie wypłacanych odszkodowań, bo procesów wynikłych z popełnionych błędów lekarskich jest zbyt mało, zasądzone odszkodowania zbyt niskie, czyli w praktyce pacjent nie korzysta z umów ubezpieczenia. Pomysł wyznaczenia górnej granicy odszkodowań wynika zapewne z obawy przed przeniesieniem na grunt polski wzorów amerykańskich. Tam pacjenci uzyskują w procesach ogromne sumy. Praktyka wskazuje jednak, że polskie sądy operują kwotami bardzo ostrożnie, a wysokie odszkodowania zasądzane są tylko w przypadkach, gdy procent doznanego uszczerbku na zdrowiu jest bardzo duży.

Kto powinien być poręczycielem wypłat odszkodowań – prywatne firmy ubezpieczeniowe (w których ubezpieczają się szpitale) czy może budżet państwa?

Nie ulega wątpliwości, że obecny system pokrywania kosztów odszkodowań za błędy lekarskie jest wadliwy. Podstawowym zarzutem pod adresem obecnego systemu jest niewspółmierność kwot wypłacanych przez prywatne firmy ubezpieczeniowe w ramach zasądzonych na rzecz pacjentów odszkodowań a kosztami, jakie ponoszą szpitale z tytułu składek ubezpieczeniowych. Wadliwość obowiązującego systemu nie oznacza, że przeniesienie odpowiedzialności za wypłatę odszkodowania z firmy ubezpieczeniowej na budżet państwa okaże się dobrym rozwiązaniem. Warto zaznaczyć, że w państwach, gdzie system finansowania odszkodowań działa najsprawniej, gwarantem wypłaty ubezpieczenia są właśnie prywatne firmy ubezpieczeniowe. Sprawą największej wagi jest w chwili obecnej stworzenie systemu umożliwiającego firmom ubezpieczeniowym racjonalną ocenę ryzyka związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia z konkretnym zakładem opieki zdrowotnej lub innym podmiotem świadczącym usługi zdrowotne. W naszej ocenie podstawowym miernikiem takiego ryzyka powinno być udokumentowanie, ile w danym ośrodku popełnia się błędów lekarskich skutkujących dochodzeniem przez pacjenta (lub inną osobę) roszczeń na drodze prawnej. Z uzyskanych przez naszą kancelarię informacji wynika, że żaden taki rejestr nie funkcjonuje, informacje o błędach i toczących się procesach nie są gromadzone. Naszym zdaniem, przy ustalaniu wysokości składki z tytułu ubezpieczenia pod uwagę powinna być brana także fachowość personelu, wyposażenie placówki w specjalistyczny sprzęt. ■