

Damian Walczak, Dorota Krupa

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk Ekonomicznych
i Zarządzania, Katedra Zarządzania Finansami

Robert Musiałkiewicz

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk Społecznych
i Technicznych, Zakład Administracji

Autor do korespondencji: Damian Walczak, dwalczak@umk.pl

ZADOŚĆUCZYNIENIE I ODSZKODOWANIE ZA BŁĘDY MEDYCZNE ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE

Streszczenie: Celem artykułu jest wskazanie ekonomicznych i prawnych aspektów zadośćuczynienia za błędy medyczne. Konsekwencje błędów medycznych wiążą się z jednej strony ze skutkami zdrowotnymi dla pacjenta, który w wyniku błędu medycznego może wymagać długotrwałego leczenia lub rehabilitacji w ramach powrotu do zdrowia, może tego zdrowia nigdy nie odzyskać bądź stracić życie. Z drugiej strony dotyczą one osób, lekarzy i personelu medycznego, które dopuściły się tego rodzaju błędów, oraz podmiotów, zarówno publicznych jak i prywatnych, w których zdarzenie miało miejsce. Istotna jest zatem sfera zakresu i rodzaju odpowiedzialności, która nieodłącznie jest związana z rynkiem świadczeń ubezpieczeniowych oraz problemem finansowania systemu służby ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność cywilna, ubezpieczenie, błędy medyczne, system ochrony zdrowia.

Klasyfikacja JEL: I13, G28, H51, K13.

COMPENSATION AND DAMAGES FOR MEDICAL MALPRACTICE AND CIVIL LIABILITY OF MEDICAL ENTITIES IN POLAND

Abstract: The purpose of this article is to identify the economic and legal aspects of compensation for medical errors. Issues related to the civil liability of medical entities and their economic consequences for participants in the health care system will be addressed in the paper.

Both the common phrase '*primum non nocere*' and a fragment of the medical oath contained in the Code of Medical Ethics 'to the best of my knowledge prevent suffering and prevent disease, and to help patients without any difference' refer to making the best efforts on the part of doctors and the medical world to exercise their profession fairly. Unfortunately, in practice, medical errors do occur and have serious consequences.

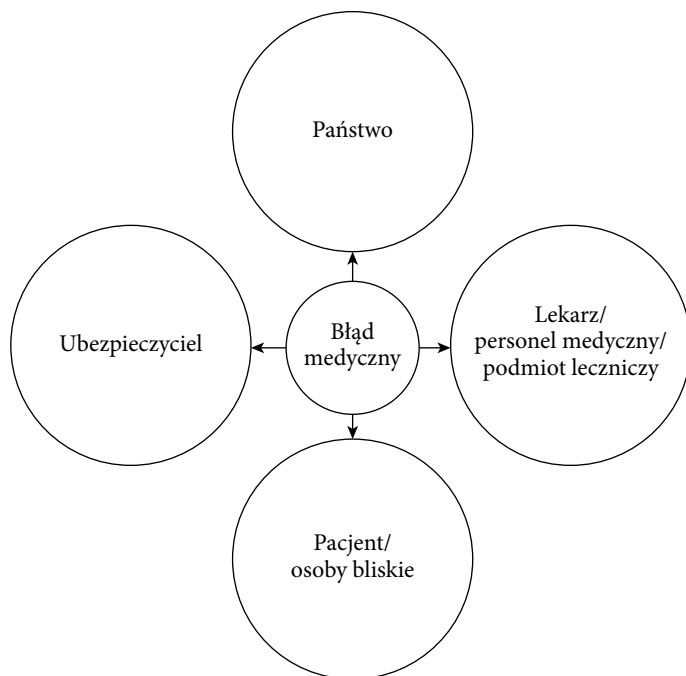
On the one hand, those consequences result in health effects suffered by the patient who may require a long-term treatment or rehabilitation as part of his/her recovery due to medical error, but it may also be the case that the patient may well never recover or may even lose his/her life. On the other hand such errors relate to doctors and medical personnel who have committed a specific error as well as to the entities on the premises in which the event took place. Therefore the sphere of the scope and type of liability are essential. The latter is inextricably linked to the insurance benefits' market and to the problem of financing a health care system.

Keywords: liability, insurance, medical *malpractice*, health care system.

Wstęp

Zarówno rozpowszechniony zwrot „*primum non nocere*”, jak i fragment przyrzeczenia lekarskiego zawartego w Kodeksie etyki lekarskiej [Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004]: „według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic” odnoszą się do jak najlepszych starań ze strony lekarzy oraz środowiska medycznego do rzetelnego wykonywania swojego zawodu. Niestety, w praktyce błędy medyczne występują i mają swoje poważne konsekwencje.

Z jednej strony wspomniane konsekwencje wiążą się ze skutkami zdrowotnymi dla pacjenta, który w wyniku błędu medycznego może wymagać długotrwałego leczenia lub rehabilitacji w ramach powrotu do zdrowia. Może on również utraconego zdrowia nigdy nie odzyskać lub w skutek błędu stracić życie. Z drugiej strony dotyczą one, osób lekarzy i personelu medycznego, którzy dopuścili się tego rodzaju błędów, oraz podmiotów, zarówno publicznych, jak i prywatnych, w których zdarzenie miało miejsce.



Rysunek 1. Uczestnicy stron w przypadku wystąpienia błędu medycznego

Stroną w przypadku wystąpienia błędu medycznego jest również państwo polskie, które często przez media jest oskarżane o dopuszczenie do zaistnienia takiego błędu, a także ponosi koszty leczenia/rehabilitacji pacjenta lub koszty związane ze świadczeniami społecznymi wynikającymi z popełnionego błędu. W przypadku błędów medycznych, a w zasadzie w rezultacie krótszej lub dłuższej niedyspozycji do pracy, państwo traci również z powodu zmniejszonego PKB oraz ograniczonej konsumpcji (IBDiG 2013, s. 8).

Istotny jest zatem zakres i rodzaj odpowiedzialności, która nieodłącznie jest związana z rynkiem świadczeń ubezpieczeniowych oraz problemem finansowania systemu służby zdrowia.

Celem artykułu jest wskazanie ekonomicznych i prawnych aspektów zadośćuczynienia za błędy medyczne. Będzie temu służyć analiza literatury tematu i aktów prawnych. Przedstawione zostaną kwestie związane z odpowiedzialnością cywilną podmiotów leczniczych, sposobów dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia oraz wskazane zostaną skutki ekonomiczne dla przeszłości systemu służby ochrony zdrowia w Polsce.

1. Odpowiedzialność podmiotów leczniczych

W literaturze można się spotkać z różnymi określeniami dla pojęcia błędu medycznego („błąd w sztuce medycznej”, „błąd w sztuce lekarskiej”, „błąd lekarski”, „błąd wiedzy lekarskiej”), które są używane zamiennie, a sama klasyfikacja błędów medycznych jest bardzo obszerna [Fiutak 2010].

Za zawnione szkody wyrządzone pacjentowi, a w razie jego śmierci osobom bliskim, odpowiedzialność ponosi podmiot leczniczy i lekarz. Przed kilkudziesięciu laty pod reżimem prawnym Kodeksu zobowiązań odpowiedzialność lekarza i podmiotu leczniczego była podzielona. Podmiot leczniczy ponosił odpowiedzialność wyłącznie za winę organizacyjną, a lekarz za winę w zakresie błędów w sztuce lekarskiej. Dopiero w wyroku z dnia 8 stycznia 1965 r. [II CR 2/65, LexPolonica nr 319166], Sąd Najwyższy odstąpił od tej linii orzecnictwa i przyjął pełną odpowiedzialność publicznego zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przez lekarza, będącego wówczas funkcjonariuszem państwowym, przy wykonywaniu powierzonych mu czynności, a więc także wtedy, gdy szkoda była następstwem zawnionego błędu sztuki lekarskiej [Nestorowicz 2012, s. 16].

W obecnym stanie prawnym odpowiedzialność odszkodowawcza podmiotu leczniczego (zarówno publicznego, jak i niepublicznego) obejmuje tzw. odpowiedzialność zastępczą oraz odpowiedzialność za działania lub zaniechania o charakterze organizacyjnym.

Odpowiedzialność zastępcza obejmuje odpowiedzialność za zawnione wyrządzenie szkody przez zatrudnionych w podmiocie leczniczym lekarzy i personel medyczny. Należą do nich w szczególności szkody wynikające z tzw. błędów medycznych¹ oraz zdarzeń medycznych.

Odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym obejmuje w szczególności takie zdarzenia, jak: nieuzasadniona odmowa przyjęcia chorego do szpitala, brak odpowiedniej i wymaganej dla prawidłowego działania szpitala liczby doświadczonych lekarzy (specjalistów), zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej w wypadku, brak zapewnienia odpowiednich warunków leczenia, ograniczenie lekarzy w wyborze środków lekarskich (np. brak leków) bądź technicznych, wadliwość identyfikacji pacjenta [Bączyk-Rozwadowska 2007, s. 46].

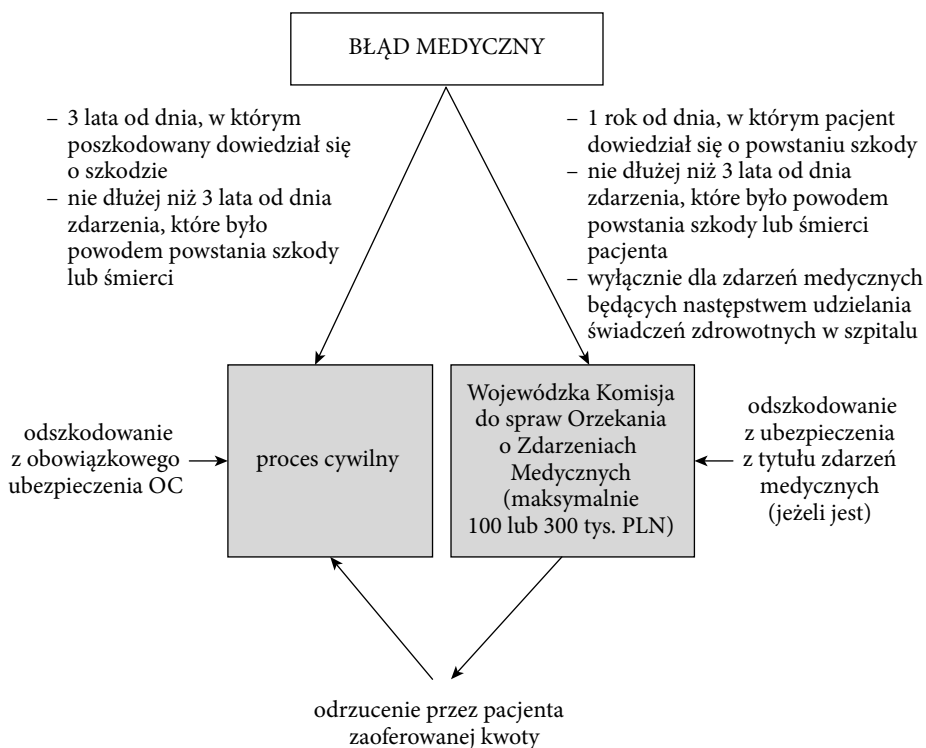
Od 1 stycznia 1999 r. należące do Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego szpitale i przychodnie, działające często w formie jednostek

¹ W ustawodawstwie nie ma legalnej definicji pojęcia „błąd medyczny”; szerzej w: [Bączyk-Rozwadowska 2007, s. 18; Korytkowska 2012, s. 61 i n.].

budżetowych, stały się samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, posiadającymi osobowość prawną. W związku z tym w procesach odszkodowawczych występują we własnym imieniu i ponoszą odpowiedzialność całym swoim majątkiem za szkody wyrządzone pacjentom. Samodzielne zakłady opieki zdrowotnej mogą na podstawie przepisów ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przekształcać się w spółki kapitałowe, niemniej zmiana formy prawnej nie wpływa na podstawy odpowiedzialności za wyrządzone szkody przy leczeniu.

2. Drogi dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia

Na gruncie *de lege lata* pacjent lub jego rodzina mogą w dwojaki sposób dochodzić odszkodowania lub zadośćuczynienia wynikającego z naruszenia praw pacjenta (rysunek 2).



Rysunek 2. Proces kompensacji błędów medycznych

Pierwszą możliwością jest dochodzenie roszczeń w drodze powództwa wytoczonego przed sądem cywilnym. Stanowi o tym art. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym w sytuacji zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę. Wskazany artykuł stanowi także o zasądzeniu sum pieniężnych w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Sąd może zasądzić tę sumę na rzecz małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, na ich żądanie. Podstawę roszczenia o przyznanie zadośćuczynienia na gruncie postępowania sądowego stanowi art. 448 kodeksu cywilnego, przyznający sądowi kompetencję do przyznania zadośćuczynienia pieniężnego na żądanie poszkodowanego w razie naruszenia któregośkolwiek z jego dóbr osobistych lub zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na cel społeczny przez niego wskazany. Ponadto podmiot leczniczy i lekarz ponoszą odpowiedzialność cywilną na podstawie art. 444–449 k.c. za szkody wyrządzone pacjentowi, a w razie jego śmierci za szkody wyrządzone najbliższym członkom rodziny zmarłego.

W orzecnictwie przyjmuje się, że przyznanie zadośćuczynienia za naruszanie praw pacjenta ma charakter samodzielny i niezależny od wystąpienia szkody na osobie [Wyrok Sądu Najwyższego z 22 września 2011; Wyrok Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2012]. Odpowiedzialność podmiotu leczniczego może mieć charakter deliktowy lub – w sytuacji zawarcia umowy z pacjentem – kontraktowy. W przypadku odpowiedzialności kontraktowej dochodzi do zbiegu odpowiedzialności, gdyż szkoda na osobie (np. uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, cierpienia fizyczne i krzywda moralna) będąca niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania, jest zawsze czynem niedozwolonym [Nestorowicz 2012, s. 18].

Odpowiedzialność cywilna jest nieograniczoną odpowiedzialnością majątkową dłużnika (lekarza lub placówki leczniczej), której obligatoryjnym gwarantem w przypadku podmiotów leczniczych ma być ubezpieczyciel². Umowa ubezpieczenia podmiotów leczniczych musi obejmować odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz szkody z tytułu zdarzeń medycznych. Jolanta Budzowska słusznie zauważa, że

² Zgodnie z art. 25 ust.1 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podmioty lecznicze są zobowiązane do posiadania ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zdarzeń medycznych.

założenie posiadania przez pomioty lecznicze obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nie eliminuje ryzyka finansowej odpowiedzialności podmiotu, bowiem obowiązkowa suma ubezpieczenia została określona jako minimalna, a ustawa dopuszcza (w określonych przypadkach) także franszyzę redukcyjną i udział własny ubezpieczonego [Budzowska 2012]. Minimalne sumy gwarancyjne ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Minimalne sumy gwarancyjne ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy

Rodzaj podmiotu	Wysokość sumy gwarancyjnej
Szpitala	100 000 EUR przy jednym zdarzeniu i 500 000 EUR na wszystkie zdarzenia, których skutki zawarte są w umowie ubezpieczenia OC
Całodobowe i stacjonarne świadczenia w placówkach innych niż szpitale	75 000 EUR na jedno zdarzenie i 350 000 EUR w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki zawarte są w umowie ubezpieczenia OC
Lekarze i lekarze dentyści, którzy prowadzą indywidualną praktykę lekarską lub specjalistyczną praktykę lekarską w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, której podstawą jest umowa zawarta z tym przedsiębiorstwem	75 000 EUR na jedno zdarzenie i 350 000 EUR w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki zawarte są w umowie ubezpieczenia OC
Lekarze posiadający indywidualną praktykę lekarską i prowadzący ją w formie spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej	75 000 EUR na jedno zdarzenie i 350 000 EUR w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki zawarte są w umowie ubezpieczenia OC
Pielęgniarki i położne, które prowadzą indywidualną lub specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa lub położniczą, a także indywidualną lub specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa i położniczą wyłącznie w miejscu wezwania w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, której podstawą jest umowa zawarta z tym przedsiębiorstwem	30 000 EUR na jedno zdarzenie i 150 000 EUR w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki zawarte są w umowie ubezpieczenia OC
Pielęgniarki i położne, które prowadzą indywidualną lub specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa lub położniczą w formie spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej	30 000 EUR na jedno zdarzenie i 150 000 EUR w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki zawarte są w umowie ubezpieczenia OC

Źródło: Na podstawie: [Rozporządzenie 2011].

Dруга możliwość dochodzenia roszczeń przez pacjentów została wprowadzona dnia 1 stycznia 2012 r. [Ustawa z 28 kwietnia 2011] i zakłada odrębny od sądowego system kompensacji szkód medycznych w postaci postępowania o charakterze ugodowo-mediacyjnym przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego skutkiem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne, a w następstwie wypłata świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia). System ten dotyczy wyłącznie szkód wyrządzonych pacjentom w szpitalach w rozumieniu przepisów ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, więc dotyczy również szpitali nieposiadających umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podstawa prawna tego postępowania została określona w art. 67a–67o Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Postępowanie ma zastosowanie do zdarzeń medycznych, do których ustawa zalicza: zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym; uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Odszkodowania i zadośćuczynienia – na wniosek pacjenta lub w przypadku jego śmierci na wniosek spadkobierców – przyznaje wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zaś wypłaca ubezpieczyciel (jeżeli szpital wykupił ubezpieczenie)³. Ustawodawca ograniczył maksymalną wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w sytuacji zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta do 100 000 PLN, zaś w przypadku śmierci pacjenta do 300 000 PLN. Wnioskodawca przyjmujący⁴ propozycję świadczenia jest zobowiązany do złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.

Główną funkcją odpowiedzialności odszkodowawczej jest funkcja kompensacyjna, której celem jest wyrównanie uszczerbku na dobrach prawnie chronionych, przy czym w przypadku szkody materialnej przybiera ona postać restytucji naturalnej lub pieniężnej, a w przypadku szkody niematerialnej poszkodowany może żądać zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę [Kaczmarek i Marcinkowski 2011, s. 82].

³ Ubezpieczenie to będzie obowiązkowe od 1 stycznia 2017 r.

⁴ Wnioskodawca może odmówić przyjęcia przedstawionej propozycji świadczenia i skorzystać z drogi sądowej.

3. Ekonomiczne aspekty zadośćuczynienia a rynek świadczeń ubezpieczeniowych

W najnowszych badaniach rynku amerykańskiego [James 2013] autor szacuje, że każdego roku w Stanach Zjednoczonych od 210 tys. do 440 tys. pacjentów trafiających do szpitala ponosi szkody zdrowotne w wyniku błędów medycznych, które przyczyniają się do ich śmierci. Sytuacja ta sprawia, że błędy medyczne mogą być nawet trzecią, po chorobach serca i nowotworach, przyczyną śmierci w Stanach Zjednoczonych. USA posiadają jeden z najbardziej zaawansowanych systemów opieki zdrowotnej. Mimo to wysoka liczba błędów medycznych zwiększa koszty funkcjonowania całego systemu, za co finalnie bezpośrednio płaci, w zależności od zasad finansowania systemu, pacjent lub podatnik. Podczas gdy w 2006 r. koszty błędów medycznych w USA wynosiły około 3,5 mld USD, w 2008 r. wynosiły już 19,5 mld USD, co stanowiło niemal 0,14% PKB Stanów Zjednoczonych [Stoyanova, Raycheva i Dimova 2012]. W tabeli 2 zawarto przegląd systemów kompensacji błędów medycznych w USA, Szwecji, Danii oraz Nowej Zelandii. W przeglądzie tym uwzględniono również stawki roszczeń oraz koszty administracyjne systemów.

Wskazane w tabeli 2 statystyki dają pogląd na duże zróżnicowanie zarówno rozwiązań systemowych w zakresie kompensacji szkód pomiędzy różnymi krajami, jak i kosztów całego systemu.

W Polsce nie są prowadzone oficjalne statystyki błędów medycznych. Według szacunków Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego wskutek błędów w sztuce lekarskiej corocznie w Polsce umiera od 7 do 23 tys. osób. W 2012 r. do 16 komisji wojewódzkich wpłynęło ponad 400 wniosków z zarzutem popełnienia przez lekarza błędu medycznego w trakcie leczenia, a w pierwszym kwartale 2013 r. takich wniosków było prawie 450 [Hołdyńska 2013].

Rosnąca świadomość pacjentów i ich rodzin odnośnie do możliwości dochodzenia spraw o zadośćuczynienie w wyniku błędów medycznych, nagłaśnianie spektakularnych spraw⁵ przez media sprawia, że kwestia kosztów błędów medycznych dla placówek medycznych i ubezpieczycieli staje się coraz bardziej istotna. Każdy podmiot świadczący usługi medyczne, bez względu na wielkość i zakres tej działalności, ma obowiązek posiadania ubezpieczenia OC.

⁵ Za przykład może służyć głośna sprawa Grażyny Garboś-Jędral, na rzecz której w listopadzie 2013 r. sąd pierwszej instancji zasądził 1,5 mln PLN odszkodowania, 1 mln PLN zadośćuczynienia oraz odsetki na łączną sumę 5 mln PLN. Wyrok korzystny dla powódki nie jest jednak prawomocny, ponieważ pozwany Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie przy ul. Banacha złożył apelację.

Tabela 2. Przegląd systemów kompensacji błędów medycznych, stawki roszczeń oraz koszty administracyjne systemów

Wyszczególnienie	USA	Szwecja	Dania	Nowa Zelandia
Podmioty administrujące	sądy stanowe i federalne	firmy ubezpieczeniowe oraz spółka publiczna (LOF – Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag)	spółka publiczna (PIA – Patient Insurance Association, Patientforsikringen)	Agencja rządowa (ACC – Accident Compensation Corporation)
Płatnik (ze wskazaniem źródła świadczeń)	prywatne firmy ubezpieczeniowe, z wykorzystaniem składek zebranych od podmiotów świadczących usługi medyczne	firmy ubezpieczeniowe, odszkodowania od LOF są finansowane przez rady powiatów	samoubezpieczone regionalne instytucje szpitalne, z wykorzystaniem wpływów podatkowych	ACC z wykorzystaniem wpływów podatkowych
Standard odszkodowania	szkoda została wyrządzona przez zaniechanie w postępowaniu medycznym	szkoda była wynikiem braku leczenia	szkoda była wynikiem braku leczenia	uraz był nieoczekiwanym wynikiem leczenia w zarejestrowanej jednostce służby zdrowia
Limity odszkodowania (USD)	w zależności od stanu	do 1,2 mln	do 1,7 mln	w przypadku strat nieekonomicznych do 85 tys.
Roczna stopa roszczenia (na milion osób)	200	1000	1330	2000
Wskaźnik skuteczności początkowego roszczenia stopa (%)	56	45	34	63
Średnia wypłacona kwota (USD)	323 818	20 000	40 000	4450
Stopa odwołania (%)	brak danych	10	12	4
Wskaźnik skuteczności odwołania (%)	brak danych	10	2	14

Źródło: Na podstawie: [Mello, Kachalia i Studdert 2011].

Jeżeli dany podmiot prowadzi więcej niż jeden rodzaj działalności, to suma gwarancyjna jest równa najwyższej sumie dla jednego z rodzajów usług.

Wzrastające kwoty przyznawanych zadośćuczynień przez sądy, poza finansowymi skutkami dla ofiar błędów medycznych (lub ich bliskich), mają wpływ na podmioty, które dopuściły się takiego błędu. Jednym ze skutków może być istotny wzrost cen ubezpieczenia OC, jak i z tytułu zdarzeń medycznych, co niewątpliwie pogłębi tylko kryzys w służbie zdrowia poprzez zwiększenie kosztów funkcjonowania publicznej służby zdrowia, oraz cen świadczeń w prywatnej. Oczywiście szpitale mogą zrezygnować z zakupu dobrowolnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych i zdecydować się wyłącznie na zakup ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (które najczęściej kupowane jest w PZU). Ale czy brak zakupu ubezpieczenia można potraktować jako oszczędność?

Wzrost świadczeń przyznawanych w publicznej służbie zdrowia może również doprowadzić do przeprowadzania niepotrzebnych badań, w obawie przez podejrzeniem o błąd w sztuce medycznej. Przykładowo w badaniach prowadzonych na rynku amerykańskim podaje się, że 93% specjalistów w stanie Pensylwania oraz 83% w stanie Massachusetts regularnie zaleca niepotrzebne badania wyłącznie w celach obronnych (angielskie określenie takich kosztów to *defensive cost*), a około 20–30% badań rentgenowskich, tomograficznych, rezonansem magnetycznym czy ultrasonograficznych to badania przeprowadzone wyłącznie w takim celu [Hermer, Brody 2010, s. 470–472]. Wydaje się, że obecnie w polskiej służbie zdrowia zbędne badania nie są przeprowadzane, ze względu na konieczność ciągłych oszczędności i długich terminów oczekiwania na zlecone badania. Jednak zbędne badania są już obecne np. na szpitalnych oddziałach ratunkowych⁶, które w określonych przypadkach są zobligowane do przeprowadzenia np. tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, aby pacjent nie mógł być potraktowany w sądzie jako przykład „zaniechania”.

Dla ograniczenia w przyszłości problemów finansowych służby zdrowia w zakresie ponoszenia kosztów odpowiedzialności za błędy medyczne istotne jest zastosowanie modelu prewencji błędów medycznych [Stoyanova, Raycheva i Dimova 2012]. Model ten, odnoszący się do podmiotu medycznego, np. szpitala, składa się z czterech etapów:

- wprowadzenie raportowania i rejestracji błędów medycznych poprzez utworzenie krajowego rejestru błędów medycznych, a istnienie poważnej

⁶ Szpitalne oddziały ratunkowe posiadają kontrakty ryczałtowe (dobowe stawki ryczałtowe), a środki z Narodowego Funduszu Zdrowia zależą tylko w niewielkim zakresie od liczby pacjentów lub liczby świadczeń (w okresie sprawozdawczym, historycznym).

bariery w zgłaszaniu tego rodzaju błędów⁷, która wynika z tzw. „kultury obwiniania”, powinno się wiązać z zachowaniem anonimowości osób zgłaszających dany błąd;

- gromadzenie, analiza i podsumowanie danych dotyczących błędów medycznych;
- ustawianie „klubów jakości” usług medycznych w każdym podmiocie medycznym, które stanowiłyby dla pracowników służby zdrowia otwarte forum wymiany poglądów w zakresie unikania błędów medycznych;
- zmiana kultury organizacyjnej w podmiotach medycznych – przejście od kultury „obwiniania” do kultury samooceny, analizy i otwartej dyskusji na temat ograniczania błędów medycznych.

Zastosowanie modelu pozwoliłoby na wypracowanie i rozwój najlepszych praktyk mających na celu zmniejszenie błędów medycznych oraz wpłynęłoby na obniżenie kosztów opieki medycznej poprzez eliminację błędów powtarzalnych.

Poza modelem prewencji, sposobem na zminimalizowanie liczby błędów medycznych w szpitalu jest ich akredytowanie, co wpływa na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów⁸. Akredytowanie, w którego wyniku spadnie liczba błędów w danym szpitalu, może skutkować zmniejszeniem liczby i (lub) wartości przyznawanych świadczeń, a tym samym ograniczać koszty błędów medycznych w całym systemie, zatem pieniądze przeznaczane na wdrożenie procedur przyczyniają się do poprawy jakości funkcjonowania służby zdrowia, a nie służą jedynie do płacenia za skutki powstałych błędów.

Zakończenie

Ze względu na dobro pacjentów zakres odpowiedzialności szpitali wzrasta. Wzrastają również kwoty przyznawane pacjentom z tytułu zadośćuczynienia lub odszkodowania. Jednak zmiany te należy ocenić nie tylko z punktu widzenia pojedynczego, niewątpliwie pokrzywdzonego pacjenta, lekarza lub szpitala, ale również z ważniejszego punktu widzenia – systemowego.

Wzrost przyznawanych kwot na rzecz pokrzywdzonych osób niewątpliwie doprowadzi do zwiększenia kosztów funkcjonowania służby zdrowia poprzez wzrost cen ubezpieczenia (lub wypłacanych świadczeń przez odpowiedzialny podmiot z własnych środków), co przy odszkodowaniach w wysokości 1–5

⁷ Szerzej na ten temat w: [Waring 2005; Barach i Small 2000].

⁸ Należy również podkreślić, że szpitale akredytowane mogą otrzymać wyższy kontrakt z Narodowego Funduszu Zdrowia.

mln PLN (takie kwoty są już orzekane) lub wielokrotnie wyższych (zapewne takie będą) może wpłynąć negatywnie na sytuację finansową wszystkich placówek, czyli *de facto* pacjentów.

Wzrost liczby wypłacanych świadczeń (oraz ich wartości) prowadzi do zwiększania liczby niekoniecznych świadczeń medycznych, które są zalecane wyłącznie w celu uniknięcia podejrzenia o błąd w sztuce medycznej. Koszty tych świadczeń bezpośrednio wpływają na funkcjonowanie obciążonych nimi podmiotów, które z tego tytułu przeważnie nie otrzymują zwiększonych środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podsumowując, określenie procedur zadośćuczynienia oraz wypłat odszkodowań za błędy medyczne może wpłynąć na kondycję systemu ochrony zdrowia w przyszłości. Konieczność wypłacania kwot rzędu od kilku do kilkunastu milionów PLN może doprowadzić do radykalnego zwiększenia cen ubezpieczeń oraz wartości niekoniecznych świadczeń medycznych, co tylko pogłębi problemy finansowe NFZ i zwiększy ceny usług w prywatnej służbie zdrowia.

Można również zwiększyć stosowanie drugiej drogi odszkodowawczej, która umożliwia szybsze otrzymanie mniejszego świadczenia w przypadku błędu medycznego. Ścieżka ta nie będzie prowadzić do istotnego zwiększenia kosztów ochrony zdrowia.

Jednak najrozsądniejszym rozwiązaniem jest finansowanie wprowadzenia modelu prewencji błędów medycznych bądź chociażby najważniejszych procedur minimalizujących nie tyle same skutki błędów medycznych, ile sytuacje, które do takich błędów mogą prowadzić. Zyskałby na tym nie tylko sam system służby zdrowia, oferując znacznie wyższą jakość opieki, a przy tym minimalizując koszty ubezpieczeń i kompensacji błędów medycznych, ale przede wszystkim pacjenci, dla których ochrony zdrowia i życia taki system istnieje, o czym często się zapomina.

Bibliografia

- Barach, P., Small, SD., 2000, *Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons from Non-medical Near-miss Reporting Systems*, BMJ, vol. 320, no. 7237.
- Bączyk-Rozwadowska, K., 2007, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń.
- Budzowska, J., 2012, *Odpowiedzialność finansowa z tytułu błędów i zdarzeń medycznych – rozwiązania ugodowe*, w: Pasowicz, M. (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, Kraków.

- Fiutak, A., 2010, *Klasyfikacja błędów medycznych*, Medycyna Rodzinna 2, s. 50–55, <http://www.czytelniamedyczna.pl/3297,klasyfikacja-bledow-medycznych.html>.
- Hermer, L.D., Brody, H., 2010, *Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform*, Journal of General Internal Medicine, vol. 25, no. 5, s. 470–472.
- Hołdyńska, E., 2013, *Błędy, które kosztują życie*, Rzeczpospolita, 28 września.
- IBDiG, 2013, *Metoda oraz wycena kosztów wypadków i kolizji drogowych na sieci dróg w Polsce na koniec 2012 r. wyodrębnieniem średnich kosztów społeczno-ekonomicznych zdarzeń drogowych na sieci TEN-T*, Instytut Badawczy Dróg i Mostów, Warszawa.
- James, J.T., 2013, *A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*, Journal of Patient Safety, 9(3), s. 122–128, doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69.
- Kaczmarek, T., Marcinkowski J.T., 2011, *Odszkodowania za niepowodzenia lecznicze*, Orzecznictwo Lekarskie, 8(2).
- Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., tekst jednolity zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.
- Korytkowska, D., 2012, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica, 274.
- Mello, M.M., Kachalia, A., Studdert, D.M., 2011, *Administrative Compensation for Medical Injuries: Lessons from Three Foreign Systems*, Issues in International Health Policy, Commonwealth Fund, pub. 1517, vol. 14.
- Nestorowicz, M., 2012, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, LexisNexis, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U., nr 293, poz. 1729.
- Stoyanova, R.G., Raycheva, R.D., Dimova, R.Tz, 2012, *Economic Aspects of Medical Errors*, Folia Medica, 54(1), s. 58–64, doi: 10.2478/v10153-011-0079-5.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U., 2012, poz. 159.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U., nr 112, poz. 654.
- Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U., nr 113, poz. 660.
- Waring, J.J., 2005, *Beyond Blame: Cultural Barriers to Medical Incident Reporting*, Social Science & Medicine, vol. 60, no. 9.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 22 września 2011 r., sygn. akt V CSK 401/2010, LexisNexis, nr 3921953.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2012 r., sygn. akt V CSK 142/2011. II CR 2/65, LexPolonica, nr 319166.