



KZD.430.005.2018

Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD

Informacja o wynikach kontroli

POZASĄDOWE DOCHODZENIE ROSZCZEŃ PRZEZ PACJENTÓW

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

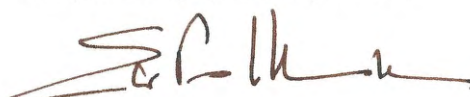
p.o. Dyrektora Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Ewa Polkowska

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 31. X. 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE	6
2. OCENA OGÓLNA.....	8
3. SYNTEZA	10
4. WNIOSKI	15
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	17
5.1. PRZESTRZEGANIE PRZEZ WOJEWÓDZKIE KOMISJE PROCEDURY ZAPEWNIĄCEJ RZETELNE ROZPATRYWANIE WNIOSKÓW O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO, SKŁADANYCH PRZEZ PACJENTÓW	17
5.2. ZAPEWNIENIE PACJENTOM NA DRODZE POZASĄDOWEJ PRAWA DO OTRZYMANIA ODSZKODOWANIA I/LUB ZADOŚĆUCZYNIENIA ZA ZDARZENIA MEDYCZNE	41
6. ZAŁĄCZNIKI	57
6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE	57
6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO-EKONOMICZNYCH.....	59
6.3. MODELE DOCHODZENIA ROSZCZEŃ PRZEZ PACJENTÓW W INNYCH KRAJACH	64
6.4. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI	76
6.5. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI	77

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

Biegli	lekarze z danej dziedziny medycyny którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej, o której mowa w art. 32 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, i/lub konsultanci wojewódzcy w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.
Błąd medyczny	dotyczy działalności osoby wykonującej zawód medyczny i odnosi się do uchybień popełnionych przez nią w procesie leczenia, a więc stanowi naruszenie reguł postępowania ocenianych w kontekście nauki i praktyki medycznej.
Komisja	wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – podając informacje dotyczące danej Komisji, dla uproszczenia nazwę Komisji połączono z województwem na terenie którego ona funkcjonuje (np. „Komisja mazowiecka”, „Komisja lubelska”.....).
Odszkodowanie	ma na celu zrehabilitowanie szkody majątkowej, czyli dotyczącej mienia (uszczerbku w stanie posiadania) jak i szkody odnoszącej się do osoby, na którą składają się szkoda rzeczywista oraz utracone korzyści. Pokrywa wszelkiego rodzaju koszty, które pozostają w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są niezbędne i celowe. Ponoszenie tych niezbędnych wydatków ma prowadzić do przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia, utrzymania tego stanu oraz jego niepogarszania (zalicza się tu m.in. koszty leczenia, koszt dojazdów do placówek opieki medycznej, koszt specjalnego odżywiania się, zakup protez, sprzętu specjalistycznego, a nawet koszt związany z przekwalifikowaniem, jeśli poszkodowany nie może powrócić do wykonywania wyuczonego zawodu).
Podmiot leczniczy prowadzący szpital	dla uproszczenia – zwany dalej „szpitalem.
Posiedzenie	posiedzenie składu orzekającego komisji mające na celu rozpatrzenie wniosku lub skargi.
Postępowanie	pod tym pojęciem, dla celów niniejszej kontroli, należy rozumieć całokształt działań/czynności, określonych w przepisach u.p.p., podejmowanych przez uczestników i wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w celu rozpatrzenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego lub wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, zakończone orzeczeniem o ustaleniu lub braku zdarzenia medycznego albo umorzeniem postępowania.
Sprawa	wszystkie czynności dokonywane przez komisję w celu ustalenia, czy wskazane przez wnioskodawcę zdarzenie stanowi zdarzenie medyczne w rozumieniu przepisów u.p.p.
U.p.p.	ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318, ze zm.).
Wniosek	wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.
Wnioskodawca	podmiot składający wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego.
Zadośćuczynienie	ma na celu zrehabilitowanie szkody niemajątkowej (czyli tzw. krzywdy) polegającej na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia, a także związanymi z tym psychicznymi i/lub fizycznymi dolegliwościami. Zadośćuczynienie ma charakter niemierzalny i ustalenie jego wysokości pozostaje kwestią uznaniową. Należy jednak brać pod uwagę rodzaj, charakter, intensywność i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, stopień trwałego kalectwa, rokowania na przyszłość, negatywne zmiany w psychice, utratę szans na normalne życie i rozwój zainteresowań, poczucie bezradności i nieprzydatności społecznej. Ponadto na rozmiar krzywdy i wysokość zadośćuczynienia wpływa np. wiek poszkodowanego, czy utrata perspektyw i szans życiowych (szczegółowo te kwestie reguluje art. 445 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny Dz. U. z 2018 r. poz. 1025, ze zm.).

Zdarzenie medyczne

zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta - będące 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 (definicja tego pojęcia wynika z art. 67a ust. 1 u.p.p.).

Zdarzenie medyczne oznacza w orzecznictwie niepożądane następstwo zabiegu, spowodowane szczególnymi okolicznościami objętymi tzw. ryzykiem medycznym. Pojęcie to nie odnosi się wprost do błędu ludzkiego, ale koncentruje się, w głównej mierze, na organizacji procesu leczenia i w tym zakresie wiąże się z pojęciem winy organizacyjnej.

Tym samym ustalenie zdarzenia medycznego nie wpływa na odpowiedzialność zawodową i karną lekarzy (nie stanowi przesłanki determinującej przebieg postępowania dyscyplinarnego, ani postępowania karnego: ustalenia z postępowania przed wojewódzką komisją mogą stanowić dowód w sprawie, ale w żaden sposób ustalenie zaistnienia zdarzenia medycznego nie determinuje przesłanek odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny lub błąd w sztuce).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zapewniły pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zgodnie z obowiązującymi procedurami ustalały czy doszło zdarzenia medycznego

Czy prawo pacjenta do otrzymania odszkodowania lub zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne zostało zapewnione na drodze pozasądowej

Jednostki kontrolowane

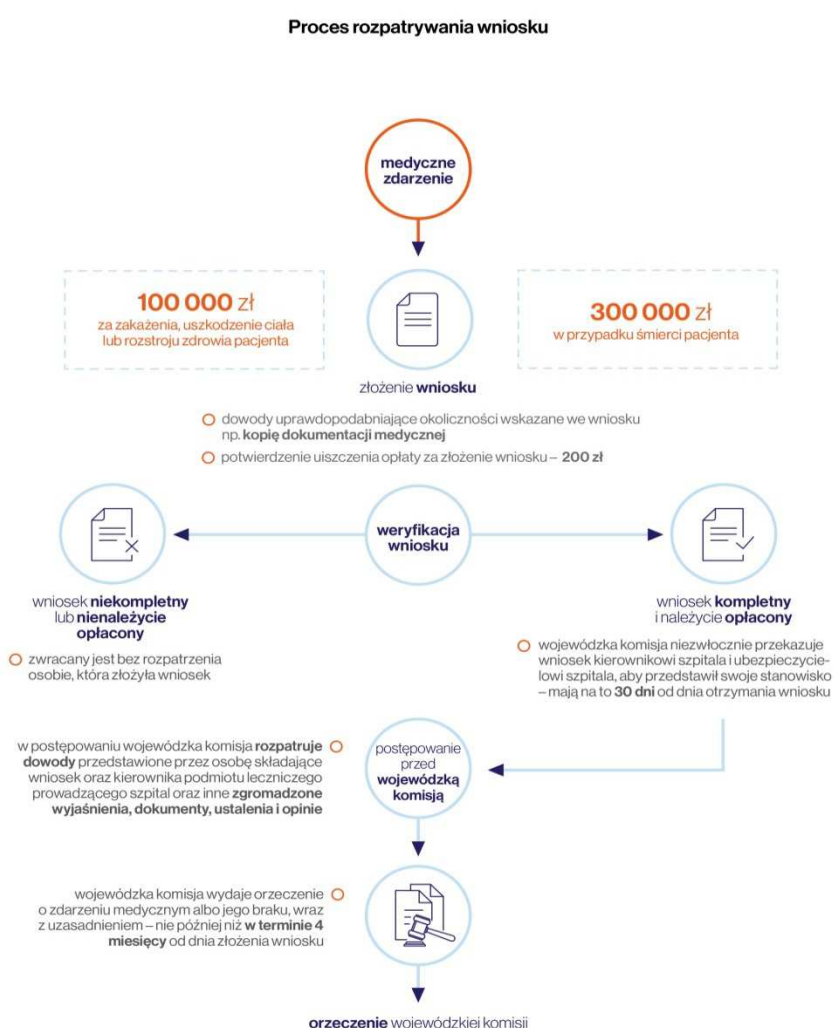
Urzędy wojewódzkie

Okres objęty kontrolą

2014 – 2018 (I kwartał) oraz lata 2012 – 2013 w zakresie danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych

Pozasądowy system kompensacyjny¹ w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych został wprowadzony ustawą z dnia 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 Komunikacyjnych². Celem wprowadzenia tego szczególnego, alternatywnego dla drogi sądowej, trybu postępowania miało być usprawnienie i uproszczenie dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych z tzw. zdarzeń medycznych, których efektów doznali w następstwie udzielania im świadczeń zdrowotnych w szpitalach.

Infografika 1.



Przed wejściem w życie przywołanej ustawy, w przypadku wystąpienia błędu medycznego, jedyną możliwą drogą dochodzenia roszczeń był proces sądowy

¹ Ten model kompensacji szkód będących następstwem błędów medycznych jest hybrydą systemu nordyckiego i francuskiego. System nordycki przewiduje zastąpienie odpowiedzialności cywilnej szczególnej postaci ubezpieczeniem bez winy (tzw. Ubezpieczeniem NFPI-No Fault Patient Insurance), natomiast samo postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw zdarzeń medycznych odpowiada modelowi francuskiemu.

² Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660.

z powództwa cywilnego o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie. Od chwili wejścia w życie powyższej ustawy można dochodzić roszczeń z tytułu szkód medycznych w procesie cywilnym przed sądami powszechnymi bądź w postępowaniu prowadzonym przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybór należy do poszkodowanego.

W IV kwartale 2017 r. Departament Zdrowia NIK przeprowadził kontrolę doraźną w trakcie której oceniono funkcjonowanie Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie (dalej „Wojewódzka Komisja” lub „Komisja”). Wyniki kontroli wskazały, że tryb pracy Komisji nie zapewniał pacjentom szybkiego rozpatrzenia sprawy. W żadnym z badanych, w toku kontroli, postępowań, orzeczenie Komisji nie zostało wydane w terminie ustawowym, tj. w ciągu 4 miesięcy³. W efekcie Komisja miała duże zaległości w rozpatrywaniu wnoszonych spraw. Według stanu na dzień 30 września 2017 r. 279 spraw było w toku, co stanowiło 35,4% wszystkich złożonych wniosków. Najstarsze niezakończone sprawy dotyczyły wniosków złożonych w 2013 r. W toku kontroli stwierdzono również m.in. nieterminowe doręczanie orzeczeń (według u.p.p. – w ciągu 7 dni od dnia sporządzenia jego uzasadnienia)⁴, przypadki wyznaczania i dokonywania zmian w składach orzekających z naruszeniem przepisów u.p.p.⁵, składania oświadczeń o braku konfliktu interesów po powołaniu (a nie przed powołaniem) członka Komisji do składu orzekającego lub w ogóle ich niezłożenia⁶.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby prowadzonych spraw dotyczących błędów medycznych. W 2016 roku prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania, tj. o blisko 46% więcej postępowań niż w 2015 roku (3394 postępowania), a o ponad 23% wzrosła liczba wszczętych postępowań o tego typu przestępstwa⁷ (tj. o 408 postępowań).

³ Art. 67j ust. 2 u.p.p.

⁴ Art. 67j ust. 6 u.p.p.

⁵ Art. 67f ust. 2 u.p.p.

⁶ Art. 67g ust. 4 u.p.p.

⁷ <https://serwisoz.pl/zarazadzanie/jak-usprawniono-procesy-o-bledy-medyczne-3807.html>

2. OCENA OGÓLNA

Nie zostało zapewnione prawo pacjenta do otrzymania odszkodowania lub zadośćuczynienia za zdarzenie medyczne na drodze pozasądowej

Obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie uległa zmniejszeniu, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed komisjami jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów.

Działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewniły pacjentom możliwości szybkiego uzyskiwania odszkodowań lub zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego.

Ponad połowa rozstrzygnięć w sprawach zgłoszonych przez wnioskodawców kończyła się z naruszeniem ustawowego czteromiesięcznego terminu. W skrajnych przypadkach rozstrzygnięcia zapadały nawet po 22 miesiącach. Nie zostało zatem zrealizowane podstawowe założenie wprowadzonych w 2011 r. zmian ustawowych, których celem miało być usprawnienie dochodzenia roszczeń.

Dochodziło do licznych przypadków naruszania obowiązujących regulacji w zakresie powoływania składów orzekających; składania przez członków komisji oświadczeń o braku konfliktu interesów po powołaniu ich do składu orzekającego – a nie przed powołaniem; nieprzestrzegania terminów sporządzenia uzasadnień do wydanych orzeczeń oraz terminów doręczeń stronom orzeczeń, a także nieuzasadnionego przedłużania poszczególnych etapów rozpatrywania wniosków, co miało istotny wpływ na termin wydania orzeczenia o ustalenie zdarzenia medycznego. Nie przestrzegano również przepisów ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przy rozpatrywaniu skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczeń komisji.

Nie sprawdzilo 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. Większość komisji często korzystała bowiem z opinii biegłych, w skrajnym przypadku przy wydaniu 85% orzeczeń. Biorąc pod uwagę trudności z uzyskaniem takich opinii i długi czas oczekiwania na ich sporządzenie, wydłużał się czas wydania orzeczenia przez komisję.

Przewidziana w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta procedura dochodzenia określonej kwoty odszkodowania nie zapewniała pacjentowi uzyskania tego świadczenia. Odbywa się ona poza komisją i jest realizowana przez pacjenta i szpital w drodze negocjacji. Komisje nie posiadają nawet pełnych informacji, czy doszło do porozumienia w kwestii wysokości odszkodowania i czy pacjent ją otrzymał. Brak ściśle określonych regulacji w tym zakresie powoduje, że wielu pacjentów jest nieusatysfakcjonowanych propozycjami szpitali.

Szpital nie były zainteresowane wypłatą świadczeń adekwatnych do poniesionych przez pacjentów szkód. Wykorzystywały one przy tym fakt, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku

zdarzenia medycznego⁸ nie określa minimalnych kwot świadczenia, a jedynie ich górne limity. Stwierdzono również przypadki nieprzestrzegania ustawowego obowiązku przedstawienia pacjentowi propozycji odszkodowania/zadośćuczynienia.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z 2013 r. poz. 750) zwane dalej "rozporządzeniem w sprawie wysokości świadczenia".

3. SYNTEZA

Nieprawidłowości w powoływaniu członków komisji

Objęci kontrolą wojewodowie powołali na członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych łącznie 244 osoby⁹.

Co piąta z tych osób powołana została bez rzetelnie przeprowadzonej weryfikacji spełniania przez nie ustawowych wymogów, a nawet sprzecznie z obowiązującymi normami prawnymi określonymi w art. 67f ust. 2 i art. 67g ust. 4 u.p.p. Skutkowało to orzekaniem przez osoby do tego nieuprawnione¹⁰.

Ponadto, w odniesieniu do 48 osób, brakowało informacji pozwalających stwierdzić, że nie były prawomocnie skazane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, w przypadku 49 osób, że nie były prawomocnie ukarane karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej, a w stosunku do 47 osób, że nie orzeczono wobec nich prawomocnie środka karnego wskazanego w art. 39 pkt 2 lub 2a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny¹¹.

Stwierdzono również cztery przypadki¹² powołania do składu komisji osób zgłoszonych przez instytucje do tego nieuprawnione¹³.

Pojedyncze nieprawidłowości dotyczyły także sytuacji gdy wojewodowie, wbrew postanowieniom u.p.p., nie odwoływali formalnie – w ogóle lub przez okres kilku miesięcy - członków komisji, którzy złożyli rezygnację z dalszego pełnienia tej funkcji i powoływali na ich miejsce nowe osoby. W efekcie liczba formalnie powołanych członków była większa w tym okresie od ustawowo określonej.

[szerzej, str. 17 – 22]

Monitoring działalności komisji przez wojewodów

Wojewodowie, w związku z uprawnieniem do odwoływania członków komisji, powinni monitorować prawidłowość wykonywania obowiązków zarówno przez przewodniczącego komisji, jak i pozostałych jej członków, tak aby zagwarantować sobie możliwość dokonania obiektywnej oceny w tym zakresie. Stwierdzony brak nadzoru nad pracownikami urzędu realizującymi zadania związane z obsługą komisji i nieegzekwowanie od nich rzetelnego wykonywania przypisanych im zadań powodował, że wojewodowie nie dokonywali (lub czynili to sporadycznie) analiz i ocen wykonywania obowiązków przez członków komisji. Brak bieżących ocen prawidłowości pracy komisji, m.in. nieposiadanie pełnej wiedzy o naruszaniu przez członków komisji ustawowych terminów w procesie orzekania, był przyczyną niewystarczającego reagowania przez wojewodów na tę nieprawidłowość, w ramach wyżej przywołanej kompetencji ustawowej.

[szerzej, str. 17]

Nieprawidłowości w powoływaniu składów orzekających

Szereg nieprawidłowości stwierdzono przy powoływaniu składów orzekających do rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego¹⁴.

Ustalono, że tylko 57,4% składów orzekających wyznaczonych zostało zgodnie z przepisami u.p.p., w tym tylko 54,7% składów wyznaczali przewodniczący komisji i tylko w przypadku 47,5% składów, ich członkowie złożyli „oświadczenie o braku konfliktu interesów” przed powołaniem ich do składu orzekającego (pozostali członkowie składali takie oświadczenia już po powołaniu ich do składu orzekającego).

⁹ Na członków Komisji I kadencji, tj. funkcjonującej w latach 2012 – 2017 – 132 osoby a Komisji II kadencji na lata 2018 – 2023 – 112 osób.

¹⁰ W województwie dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim.

¹¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1600.

¹² Wojewoda łódzki i lubelski.

¹³ Art. 67e ust. 5 u.p.p.

¹⁴ Art. 67g ust. 4 u.p.p.

Nadmienić należy, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych¹⁵ stanowi, iż oświadczenie o którym mowa, składa członek komisji, a nie członek składu orzekającego, co oznacza, że „oświadczenie...” powinno być złożone przed wydaniem przez przewodniczącego komisji zarządzenia o wyznaczeniu składu orzekającego.

Stwierdzono również przypadki (np. w komisji „zachodniopomorskiej” czy komisji „dolnośląskiej”), że składy orzekające nie były wyznaczane według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków komisji, a w aktach postępowania przedmiotowych spraw brak było informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków komisji z orzekania w danej sprawie.

[szerzej, str. 22 – 26]

Nieterminowe wydawanie orzeczeń

W latach 2012 – 2017 (I kadencja Komisji) do ośmiu komisji wpłynęło łącznie 2203 wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego. Rozpatrzonych i zakończonych wydaniem orzeczenia zostało jedynie 1456 wniosków (66,1%), a 453 wnioski (20,1%) zwrócono wnioskodawcom bez rozpatrzenia.

Wydano 431 orzeczeń o ustalenie zdarzenia medycznego, a liczba orzeczeń o braku zdarzenia medycznego wyniosła 910.

Do ośmiu komisji wpłynęło ponadto 645 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy (w tym 255 od pacjentów i 286 – ze szpitali¹⁶).

Analiza wytypowanej do kontroli dokumentacji 279 spraw zakończonych w latach 2014 – 2017, w tym 260 zakończonych wydaniem orzeczenia w I instancji, wykazała, że 123 sprawy (47,3%) zakończyły się w ustawowym terminie 4 miesiące, a w 137 sprawach – po tym terminie (najdłuższy czas na wydanie orzeczenia w I instancji wynosił zależnie od komisji od sześciu do nawet ponad 22 miesiące)¹⁷.

Spośród 142 spraw zakończonych wydaniem orzeczenia w II instancji, 53 sprawy zakończono w ustawowym terminie 30 dni, a 89 spraw po tym terminie (najdłuższy czas na wydanie orzeczenia w II instancji wynosił zależnie od komisji od 62 dni do 855 dni).

Nadmienić należy, że 24 orzeczenia zostały zmienione w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy (w tym 10 – na korzyść pacjenta i 14 – na korzyść szpitala).

Na terminowość rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego i wydawania orzeczeń istotny wpływ miał czas, w jakim realizowane były wstępne czynności związane ze złożonym wnioskiem przed skierowaniem go na pierwsze posiedzenie składu orzekającego. Wnioski weryfikowane były z reguły w okresie od 7 do 25 dni od ich złożenia (ale stwierdzono przypadki weryfikacji wniosków nawet po 36 i 168 dniach). Zwraca uwagę również długi okres po jakim sprawy kierowane były do rozpatrzenia na pierwsze posiedzenie składu orzekającego, od otrzymania stanowiska szpitala. Okres ten wynosił od 38 do 108 dni (stwierdzono jednak przypadki, że wyniósł nawet 125 i 379 dni).

Komisje nie dotrzymywały również terminów sporządzenia uzasadnień do wydanych orzeczeń oraz terminów ich doręczeń zainteresowanym stronom (pacjentowi i szpitalowi).

Wyniki kontroli wskazały, że uzasadnienie do orzeczenia (w I i II instancji) zostało sporządzone w ustawowym terminie 7 dni w przypadku 60,3%

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 274, poz.1625).

¹⁶ Brak ustaleń w tym zakresie z komisji „lubelskiej” i „lubuskiej”.

¹⁷ Art. 67j ust. 2 u.p.p.

uzasadnień (spośród tych na których podana była data ich sporządzenia, tj. z 59,3% uzasadnień) a orzeczenia wraz z uzasadnieniem doręczono w ustawowym terminie (pacjentowi i szpitalowi) w 43,7% przypadkach (spośród tych w których ustalono datę doręczenia, tj. z 81,1% doręczeń).

[szerzej, str. 29 – 31, 41]

Wpływ opiniowania biegłych na termin wydania orzeczeń

Istotną przyczyną niedotrzymania terminu rozpatrzenia sprawy i wydania orzeczenia był długi czas oczekiwania komisji na sporządzenie opinii przez biegłych. Czas oczekiwania na przedstawienie opinii wynosił średnio 59 dni, a maksymalny dla poszczególnych komisji od 111 dni do nawet 639 dni.

Nadmienić należy, że zdarzały się przypadki (24 – w badanej próbie 116 spraw, w których komisje wystąpiły o sporządzenie opinii do 163 biegłych), że biegli informowali komisje o odmowie/rezygnacji ze sporządzenia opinii dopiero po pewnym czasie (od 13 do nawet 588 dni).

Ustalono, że czas wydania orzeczenia w przypadku zasięgnięcia opinii biegłych wynosił w I instancji średnio 10,2 miesiąca, a najdłuższy nawet 32,6 miesiąca, natomiast w II instancji – czas ten wynosił średnio, w poszczególnych komisjach, od 110 do 273 dni, a najdłuższy – 511 dni.

W toku kontroli stwierdzono przypadki, że w tej samej sprawie sporządzane były 2 – 3 opinie przez różnych biegłych, po czym w postępowaniu z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, również sporządzano opinie (nawet dwie).

Większość komisji często korzystała z opinii biegłych (w skrajnym przypadku przy wydaniu 85% orzeczeń).

[szerzej, str. 33 – 36]

Wynagrodzenie członków komisji

Kolejną przyczyną przekraczania terminów wydawania orzeczeń przez komisje była znaczna liczba posiedzeń składów orzekających do rozpatrzenia danego wniosku wynosząca nawet 9 posiedzeń.

Pomijając przypadki, w których tak duża liczba posiedzeń składów orzekających mogła być konieczna do rozpatrzenia danej sprawy, NIK zwraca uwagę, iż zmniejszeniu ich liczby nie sprzyjał przyjęty sposób wynagradzania członków czterech komisji, którzy za udział w każdym posiedzeniu składu orzekającego otrzymywali stałe stawki wynagrodzenia przez cały czas funkcjonowania komisji. 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 7.528,8 tys. zł, co stanowiło 68% kwoty wydatkowanej na funkcjonowanie tych komisji (tj. 11.076,1 tys. zł).

[szerzej, str. 37 – 40]

Nieprzestrzeganie obowiązku składania propozycji wysokości odszkodowań

Funkcjonowanie komisji, tylko w znikomym stopniu umożliwiło pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień (dalej „świadczeń”).

Propozycje świadczeń zostały złożone do 231 (spośród 253) orzeczeń o ustalenie zdarzenia medycznego wydanych w I kadencji funkcjonowania pięciu komisji, ale w 166 przypadkach (71,9%) zostały one odrzucone przez wnioskodawców. Natomiast w badanej próbie 336 wniosków (z lat 2014 – 2018), propozycję świadczenia złożono do 81 orzeczeń (spośród 88 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego) ale tylko 19 propozycji zostało zaakceptowanych przez wnioskodawców.

W ocenie NIK rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego¹⁸ nie spełnia swojej funkcji,

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z 2013 r., poz. 750).

ponieważ na jego podstawie trudno jest pacjentowi określić możliwą do uzyskania wysokość odszkodowania/zadośćuczynienia.

Ponadto, w rozporządzeniu podano tylko maksymalne stawki świadczeń, co pozwala szpitalom proponować stawki jak najniższe. Szpitale w składanych propozycjach nie zawierały sposobu kalkulacji świadczeń pieniężnych odnoszących się do pozycji wskazanych w rozporządzeniu.

Komisje nie prowadzą (nie mają takiego obowiązku) ewidencji złożonych przez szpitale propozycji świadczeń oraz zaakceptowanych i wypłaconych świadczeń pacjentom. Badając dokumentację, udało się zidentyfikować wysokość złożonych propozycji tylko w 18 orzeczeniach (spośród 80) na łączną kwotę 226 tys. zł i wielkość wypłaconych świadczeń tylko w odniesieniu do 8 orzeczeń na łączną kwotę 66 tys. zł.

[szerzej, str. 44 – 49]

Nieskuteczne egzekwowanie kosztów postępowania Komisji

Wojewodowie nie egzekwowali skutecznie zwrotów kosztów postępowania przed komisją, określonych w orzeczeniach o ustalenie zdarzenia medycznego, w sytuacji gdy, wpływ z tych kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

Badanie dokumentacji dotyczącej 288 spraw z lat 2014 – 2017 wykazało, że w terminie 30 dni, na konta urzędów wojewódzkich wpłynęły środki tylko w przypadku 37,2% orzeczeń wydanych w I instancji (92 orzeczenia spośród 247 w których podane były koszty) na łączną kwotę 32,5 tys. zł (stanowiącą 37,7% łącznej kwoty kosztów postępowania, tj. 93,6 tys. zł) i z 50,8% orzeczeń wydanych w II instancji (tj. z 66 orzeczeń spośród 130 w których podane były koszty) na łączną kwotę 36,3 tys. zł (stanowiącą 60,2% kwoty należnej, tj. 60,4 tys. zł).

Stwierdzono przypadki (25)¹⁹, że komisje zwalniały wnioskodawców z kosztów postępowania przed komisją (na podstawie art. 102 ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego²⁰ w związku z art. 67o u.p.p.)²¹.

[szerzej, str. 40]

Nieprawidłowości przy rozpatrywaniu skarg

Szereg nieprawidłowości stwierdzono w przebiegu procedury rozpatrywania skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczeń komisji. Dotyczyły one nieprzestrzegania terminów rozpatrywania skarg (tylko 41,7% badanych skarg rozpatrzono w ustawowym 30-dniowym terminie, a pozostałe w terminie nawet 190 – 390 dni), wyznaczenia składów orzekających do ich rozpatrzenia (prawidłowo wyznaczono 90,2%), składania oświadczeń o braku konfliktu interesów (złożono je w 85,4% badanych skarg, ale tylko w 39,0% przypadków – przed powołaniem do składu orzekającego).

[szerzej, str. 32]

Przekazywanie nierzetelnych informacji Ministrowi Zdrowia

Wojewodowie (dwóch spośród ośmiu objętych kontrolą) nie przestrzegali określonych ustawowo terminów przekazywania Ministrowi Zdrowia kwartalnych sprawozdań z działalności komisji, a jeden z nich przekazywał niezgodne ze stanem faktycznym dane o liczbie wpływających wniosków i skarg.

[szerzej, str. 41]

¹⁹ Spośród 402 wydanych orzeczeń w I i II instancji (260 i 142).

²⁰ Dz. U. z 2018 r. poz. 1360, ze zm.

²¹ W toku kontroli nie badano merytorycznej strony orzeczeń, a tym samym nie można stwierdzić czy zwolnienie z kosztów postępowania nastąpiło w wypadkach szczególnie uzasadnionych jak wymaga art. 102 K.p.c.

**Rzecznik Praw Pacjenta
negatywnie ocenia
funkcjonowanie Komisji**

Rzecznik Praw Pacjenta negatywnie ocenił²² funkcjonowanie od 2012 r. wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Rzecznik wskazał na niektóre regulacje u.p.p., których przestrzeganie przez komisję (do czego jest zobligowana) powoduje, że – wbrew założeniom ustawodawcy – obecny system pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów nie stanowi alternatywy dla sądownictwa powszechnego. Rzecznik zwrócił uwagę m.in. na:

- a) ograniczenie możliwości orzekania o zdarzeniach medycznych wyłącznie do zdarzeń mających miejsce w szpitalach;
- b) wątpliwości co do przyznania mocy wiążącej orzeczeń wydanych przez komisje wobec sądów;
- c) kwestie przerwania biegu przedawnienia.

[szerzej, str. 51]

**Wpływ funkcjonowania
Komisji na obciążenie
sądów powszechnych
sprawami o
odszkodowania za
szkody wyrządzone w
służbie zdrowia**

W latach 2012-2017, liczby składanych pozwów do sądów były wyższe niż przywołane w ocenie skutków regulacji wprowadzających system pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Szacowano – odnosząc się do lat 2001-2019 – że wprowadzenie nowych regulacji zmniejszy wpływ spraw do sądów o odszkodowania za szkody wyrządzone w służbie zdrowia 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.

Należy więc stwierdzić, że utworzenie wojewódzkich komisji nie miało istotnego wpływu na odciążenie sądów powszechnych sprawami o odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych.

Postępowania przed komisjami trwały zdecydowanie krócej niż na drodze procesowej. Należy jednak zaznaczyć, 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 dla zaspokojenia swojego roszczenia.

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

[szerzej, str. 29 – 31, 41, 52 - 56]

²² W informacji uzyskanej na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy o NIK.

4. WNIOSKI

Działanie systemu ochrony zdrowia związane jest z ryzykiem występowania różnego rodzaju zdarzeń niepożądanych. Obowiązujące regulacje prawne powinny chronić pacjenta i zapewniać mu skuteczne narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku wystąpienia błędu medycznego. Ustalenia kontroli wskazują, iż obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie spełnia tej roli. Liczba spraw w sądach powszechnych nie uległa zmniejszeniu, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed komisjami jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów, o czym świadczy m.in. niewielki odsetek zaakceptowanych przez nich propozycji dotyczących kwot odszkodowania i zadośćuczynienia.

Najwyższa Izba Kontroli podziela postulaty Rzecznika Praw Pacjenta, w tym w szczególności dotyczące rozszerzenia właściwości rzeczowej komisji oraz wzmocnienia pozycji pacjenta w razie wystąpienia na drogę sądową poprzez określenie mocy dowodowej orzeczeń wydanych przez komisje wobec sądów, czy przerwania biegu przedawnienia.

Minister Zdrowia

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

- a) uproszczenie systemu doręczeń w kierunku umożliwienia komisjom zawiadamiania o terminach posiedzeń za pomocą urządzeń telekomunikacyjnych i elektronicznych oraz bezpośrednio na posiedzeniu. Obecnie konieczność uzyskania potwierdzenia doręczenia zawiadomienia np. o posiedzeniu składu orzekającego powoduje, że posiedzenia muszą być planowane z wyprzedzeniem nawet do 2 miesięcy. Doręczenia za zwrotnym potwierdzeniem odbioru winny bezwzględnie dotyczyć orzeczeń kończących postępowanie;
- b) rozważenie skrócenie czasu na przedłożenie stanowiska przez szpital;
- c) poszerzenie grupy osób, których opinii komisje mogą zasięgać, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, poprzez wskazanie, że komisje mogą zasięgać opinii specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
- d) wprowadzenie instytucji zastępcy przewodniczącego, zastępującego go w kwestiach związanych z przygotowaniem rozpatrzenia sprawy (weryfikacja formalna wniosku, zarządzenie o doręczeniu podmiotowi leczniczemu, wyznaczenie składu orzekającego i jego przewodniczącego, wyznaczenie terminu pierwszego posiedzenia).

Z kolei gwarancja uzyskania odszkodowania i/lub zadośćuczynienia winna być osiągnięta następującymi środkami:

- a) określenie, w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 67k ust. 11 u.p.p., 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. Dzięki temu do komisji nie powinny trafiać sprawy, w których poszkodowani uważają, że ich szkoda jest o wiele więcej warta. Punktem wyjścia do ustalenia kwot w rozporządzeniu winny być orzeczenia przed sądami powszechnymi w zakresie

zasądzonych odszkodowań i zadośćuczynień. W „taryfikator” można wpisać reguły rewaloryzacji;

b) komisja winna być zobowiązana 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 u.p.p.. Zgodnie z tą regulacją wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia. Nie ma możliwości uzupełnienia wniosku, 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.

Wojewodowie

W świetle ustaleń kontrolnych Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne podjęcie następujących działań:

- wzmocnienie/podjęcie działań monitorujących prawidłowość wykonywania obowiązków przez członków komisji,
- wzmocnienie nadzoru nad pracownikami urzędu realizującymi zadania związane z obsługą komisji,
- dostosowanie składu komisji do wymogów u.p.p. (poprzez odwołanie osób powołanych niezgodnie z przepisami i niespełniających wymagań określonych w u.p.p.),
- rzetelne sporządzanie sprawozdań z działalności komisji i terminowe ich przekazywanie Ministrowi Zdrowia i Rzecznikowi Praw Pacjenta.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. PRZESTRZEGANIE PRZEZ WOJEWÓDZKIE KOMISJE PROCEDURY ZAPEWNIĄCEJ RZETELNE ROZPATRYWANIE WNIOSKÓW O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO, SKŁADANYCH PRZEZ PACJENTÓW

5.1.1. Realizacja zadań przez instytucje pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów

Urzędy wojewódzkie

Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów odbywa się w drodze postępowania przed Wojewódzkimi Komisjami do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych²³.

Komisje te stanowią państwowe jednostki organizacyjne, działają przy wojewodach (ich siedzibą są urzędy wojewódzkie), są z nimi zespolone organizacyjnie a ich funkcjonowanie jest finansowane z budżetu państwa. Komisje wykonują zadania publiczne²⁴.

Prowadzenie spraw związanych z działalnością danej komisji jest zadaniem wojewodów, a wykonują je pracownicy wydziałów wyznaczonych przez wojewodę, np. Wydziału Zdrowia, Wydziału Prawnego.

Obsługa komisji polega m.in. na ich bieżącej obsłudze organizacyjno-administracyjnej, prowadzeniu rejestrów wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, o ponowne rozpatrzenie sprawy, skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji, prowadzeniu kalendarza posiedzeń komisji, przekazywaniu informacji o terminach zwoływanych posiedzeń, zawiadamianiu stron, świadków, biegłych o terminach posiedzeń, doręczaniu orzeczeń wraz z uzasadnieniem, przyjmowaniu i wysyłaniu korespondencji, obsłudze posiedzeń komisji, protokołowaniu posiedzeń, prowadzeniu spraw finansowych, w tym dotyczących wynagrodzeń członków komisji, zwrocie kosztów przejazdu członków komisji oraz kosztów podróży, noclegu, utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez komisję, wynagrodzeń za sporządzenie opinii.

Nadmienić jednak należy, że skontrolowani wojewodowie nie nadzorowali i nie egzekwowali od pracowników urzędu rzetelnej realizacji zadań związanych z obsługą komisji,

5.1.2. Wybór członków komisji

Wybór członków komisji

Kadencja komisji trwa 6 lat. W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2017 r. działały komisje „I kadencji” a od 1 stycznia 2018 r. funkcjonują Komisje „II kadencji” (do 31 grudnia 2023 r.)²⁵.

Składy komisji winny być ustalone na podstawie przepisów ustawy u.p.p.²⁶, tzn. po czterech członków każdej komisji wyłonionych spośród osób zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, po czterech spośród osób zgłoszonych przez samorządy prawnicze oraz po sześciu zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Wojewoda powołuje 14 członków, a po jednym członku do każdej komisji także Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta²⁷.

²³ Zwanych dalej „Wojewódzkimi Komisjami” lub „Komisjami”.

²⁴ Por. wyrok NSA w Warszawie z dnia 5 września 2014 r. sygn. I OSK 3062/13 oraz stanowisko Departamentu Prawnego i Orzecznictwa Kontrolnego NIK z dnia 12 września 2018 r., znak: KPK.KPP.440.049.2018.EK-K.

²⁵ Okres funkcjonowania komisji w latach 2012 – 2017 – zwany dalej również „I kadencją” a w latach 2018 – 2023 – „II kadencją”.

²⁶ Art. 67e ust. 5 pkt 1 lit. a-c u.p.p.

²⁷ Art. 67e ust. 5 pkt 2 u.p.p.

Infografika 2. Wybór członków komisji



prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe



prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej



wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt lub 2a Kodeksu karnego

Członkami 8 komisji²⁸ I i II kadencji były łącznie 282 osoby²⁹ (w I kadencji – 153 osoby a II kadencji³⁰ - 129 osób) w tym 244 powołane przez wojewodów (odpowiednio w każdej kadencji – 132 i 112)³¹, 22 – przez Ministra Zdrowia (13 i 9 osób) i 16 – przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Wojewodowie nierzetelnie weryfikowali wymagania stawiane członkom komisji przed ich powołaniem do składu komisji, bez oparcia na dokumentach potwierdzających ich spełnienie. Stwierdzono przypadki, gdy wojewodowie (np. łódzki, lubelski) powołali na członków komisji osoby, których kandydatury zostały zgłoszone przez nieuprawnione instytucje, tj. organizacje społeczne nie działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta³².

²⁸ Kontrolę koordynowaną w zakresie funkcjonowania wojewódzkich komisji przeprowadzono w 8 urzędach wojewódzkich (dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim).

²⁹ Dane dotyczą wszystkich członków komisji niezależnie od tego jak długo byli członkami komisji w danej kadencji.

³⁰ Wszelkie informacje dotyczące funkcjonowania komisji II kadencji odnoszą się do I kwartału 2018 r.

³¹ Po informacji dotyczącej łącznie obu kadencji funkcjonowania Komisji - w nawiasie podane są odnośne dane dotyczące odpowiednio I i II kadencji Komisji.

³² Por. art. 67e ust. 5 pkt 1 lit. a, b, c, u.p.p., który stanowi, że spośród członków wojewódzkiej komisji:

1) 14 członków powołuje wojewoda, przy czym:

Wojewoda łódzki – powołał na członka komisji osobę której kandydatura została zgłoszona przez Stowarzyszenie Rodzina w Centrum z siedzibą w Kutnie, które - jak wynika z informacji zawartych w Krajowym Rejestrze Sądowym - swym zakresem działania nie obejmuje praw pacjenta, więc nie spełnia wymogów dla organizacji społecznej zgłaszającej kandydatów, określonych w art. 67e ust. 5 pkt 1 lit. c u.p.p.

Wojewoda lubelski – powołał na członków komisji I kadencji dwie osoby, których kandydatury zostały zgłoszone przez instytucję nieuprawnioną, czyli niespełniającą przesłanek określonych w art. 67e ust. 5 pkt 1 lit. c u.p.p. (tj. przez Fundację Fuga Mundi). Ponadto jedna z osób zgłoszonych przez ww. Fundację nie spełniała również kryteriów określonych w art. 67e ust. 3 pkt 2 u.p.p., tj. nie przedstawiła dokumentów poświadczających, że przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa, oraz że posiadała wiedzę w zakresie praw pacjenta.

Do składu komisji II kadencji wojewoda powołał także jedną osobę zgłoszoną przez instytucję do tego nieuprawnioną, tj. Towarzystwo Gimnastyczne Sokół w Lublinie, które nie działało na rzecz praw pacjenta.

Wykształcenie w dziedzinie nauk prawnych posiadało łącznie 142 członków komisji (77 i 65 osób), ale doświadczenie zawodowe w tej dziedzinie udokumentowane było tylko w odniesieniu do 116 osób³³, tj. 81,7% (61 i 55 osób).

Wykształcenie w dziedzinie nauk medycznych posiadało łącznie 138 członków komisji (74 i 64 osoby), w tym 76 było lekarzami (37 i 39), 42 – pielęgniarkami lub położnymi (26 i 16), 13 – diagnostami laboratoryjnymi (7 i 6), a 7 osób wykonywało „inny zawód medyczny” (4 i 3). Doświadczenie zawodowe w tej dziedzinie udokumentowane było w odniesieniu do 132 osób, tj. 95,7% (69 i 63 osoby).

Wojewoda łódzki nie zweryfikował spełniania przez 9 członków komisji I kadencji wymogów w zakresie doświadczenia zawodowego, jakim powinien legitymować się członek komisji, a do składu komisji II kadencji powołał osobę która nie spełniała wymagań stawianych członkom w zakresie wykształcenia, ponieważ posiadała tytuł licencjata pielęgniarstwa, a nie tytuł magistra.

Badanie dokumentacji dotyczącej członków komisji obu kadencji wykazało, że w przypadku niektórych osób nie można było ustalić, czy spełniają oni wszystkie wymogi ustawowe³⁴ przewidziane dla członków komisji.

-
- a) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa,
 - b) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy advokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa,
 - c) 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta.

³³ Por. art. 67e ust. 3 pkt 1 i 2 u.p.p., który stanowi, że w skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym:

- 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych,
- 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych
 - którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.

³⁴ Art. 67e ust. 4 u.p.p. stanowi, że członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba:

W dokumentacji dotyczącej 48 członków (19,7%) – spośród powołanych przez wojewodów – nie było informacji, czy nie byli prawomocnie skazani za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, w dokumentacji 49 osób (20,1%) – informacji, czy nie byli prawomocnie ukarani karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej, a w dokumentacji 47 osób (19,3%) – czy wobec nich prawomocnie nie orzeczono środka karnego wskazanego w art. 32 pkt 2 lub 2a Kodeksu karnego.

Wojewoda łódzki – nie zweryfikował, w stosunku do 14 powołanych przez niego członków komisji I kadencji, przesłanek o niekaralności (w Urzędzie Wojewódzkim w Łodzi nie było dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie takiej weryfikacji). Wicewojewoda łódzki wyjaśnił, że „*wydaje się wysoce prawdopodobne, że w 2011 r. formalna weryfikacja nie została przeprowadzona*”.

W trakcie procedury wyboru członków komisji II kadencji – troje kandydatów złożyło oświadczenia, na podstawie których nie można było zweryfikować w pełnym zakresie wymagań niekaralności (dopiero przed zakończeniem kontroli NIK jeden z członków złożył stosowne oświadczenie).

W Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu – w dokumentacji dotyczącej członków komisji nie było dokumentów potwierdzających niekaralność 4 członków komisji I kadencji.

Odwołanie członków Komisji

Wojewodowie sporadycznie korzystali z ustawowej kompetencji odwołania członka komisji w przypadku nieprawidłowego wykonywania przez niego obowiązków lub uchylania się od ich wykonywania³⁵.

Brzmienie tego przepisu ma charakter obligatoryjny dla organu powołującego członka komisji w przypadku wystąpienia przesłanek do odwołania.

Wojewodowie w większości nie dokonywali analiz i ocen pracy członków komisji. Zdaniem NIK, rzetelna realizacja wspomnianego obowiązku wymaga podejmowania przez wojewodów samodzielnej inicjatywy w celu ustalenia, czy nie zachodzi konieczność odwołania członka komisji. Zaniechanie to mogło negatywnie wpływać na prawidłowość i skuteczność pracy komisji w zakresie przestrzegania ustawowych terminów w procesie rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego.

Nadmienić należy, że z racji zapewnienia obsługi komisji i finansowania ich działalności, wojewodowie mają realną możliwość pozyskiwania informacji o funkcjonowaniu komisji oraz nieprawidłowym wykonywaniu zadań przez jej członków.

Wojewoda lubelski podniósł, że nie może przetwarzać dokumentacji komisji, gdyż mimo że zapewnia jej obsługę administracyjno-biurową to ustawodawca w art. 67n u.p.p. upoważnił wojewodów do przetwarzania tej dokumentacji jedynie w celu jej przechowywania.

NIK nie podziela tego stanowiska. W ocenie Izby obowiązujące w okresie objętym kontrolą przepisy w zakresie ochrony danych osobowych umożliwiły wojewodom przetwarzanie dokumentów komisji w zakresie niezbędnym do realizacji zadania określonego w 67e ust. 9 pkt 6 u.p.p. Uprawnienie takie wynikało z ówczesnie obowiązującego art. 23 ustawy o ochronie danych osobowych, który przewidywał dopuszczalność przetwarzania danych:

— w ust.1 pkt 2, gdy jest to niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa, oraz

-
- 1) prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
 - 2) prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej;
 - 3) wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt 2 lub 2a Kodeksu karnego.

³⁵ Art. 67e ust. 9 u.p.p.

— w ust. 4 jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego.

NIK stoi na stanowisku, że zasady wykładni nie pozwalają na przyjęcie tezy, zgodnie z którą przyznanie w art. 67n ust. 4 u.p.p. prawa przetwarzania przez wojewodę danych zawartych w dokumentach wskazanych w art. 67n ust. 1 w zakresie koniecznym dla realizacji obowiązku przechowywania powyższych dokumentów, uniemożliwia realizację przepisu art. 67e ust. 9 pkt 6 powyższej ustawy, statuującego obowiązki wojewody opisane w pkt 4 powyżej. Wykładnia nie może być bowiem sprzeczna z podstawowymi zasadami prawa, z ratio legis danej regulacji lub prowadzić do konsekwencji absurdalnych.

Ze stanowiskiem NIK zbieżna jest opinia Ministerstwa Zdrowia, iż niektóre z przesłanek do odwołania, jak np. zaistnienie okoliczności określonych w art. 67g ust. 1 u.p.p., czy niezłożenie oświadczenia o braku konfliktu interesów, mogą zostać zauważone oraz zweryfikowane jedynie przez urząd obsługujący prace danej komisji, a możliwe jest to wyłącznie na podstawie dokumentacji wytworzonej przez komisję.

Wojewoda warmińsko-mazurski przeprowadził analizę terminowości wydawanych przez komisję orzeczeń wraz z uzasadnieniem, w wyniku której ustalił, że trzech członków komisji przekroczyło terminy na wydanie uzasadnienia. Członkowie ci zostali poinformowani pisemnie, że w razie stwierdzenia dalszych nieprawidłowości w procedowaniu, w tym nie zachowania ustawowo określonych terminów, będą odwołani z pełnionej funkcji.

W trakcie trwania obu kadencji, wojewodowie odwołali ze składów komisji łącznie 26 osób.

Przyczyną odwołania były rezygnacje członków z pełnienia tych funkcji³⁶ (23 odwołania) lub nieprawidłowe wykonywanie obowiązków członka komisji³⁷ (3 odwołania).

Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta również dokonywali zmian w komisjach poprzez odwołanie swoich przedstawicieli (odpowiednio 5 i jedna osoba) i powoływali na ich miejsce nowych członków. Wojewodowie zostali poinformowani o dokonanych zmianach.

Województwo mazowieckie³⁸ – w trakcie trwania komisji I kadencji odwołano 8 członków (w tym 6 – wykonujących zawód prawniczy i 2 wykonujących zawód medyczny), powołując na ich miejsce nowych. Siedem osób odwołał wojewoda, a jedną – Rzecznik Praw Pacjenta (sześciu członków złożyło rezygnację, a 2 – zostały odwołane przez wojewodę za nieprawidłowe wykonywanie obowiązków członka komisji).

Wojewoda świętokrzyski w I kadencji dokonał 4 zmian w składzie komisji: trzy osoby złożyły rezygnację z dalszego pełnienia funkcji członka komisji, a jeden członek został odwołany na wniosek przewodniczącego komisji z powodu „*uchylania się od terminowego sporządzania, redagowania oraz dostarczania do pracownika administracyjno-biurowego uzasadnienia orzeczenia (...) oraz trudności w nawiązaniu kontaktu*”.

W trakcie trwania I kadencji odwołano również z powodu rezygnacji z dalszego pełnienia funkcji z komisji „**lubuskiej**” – trzech członków (2 – wykonujących zawód medyczny, i 1 prawniczy), z komisji „**dolnośląskiej**” – 1 członka, z komisji „**warmińsko-mazurskiej**” – 5 członków i z komisji „**łódzkiej**” –

³⁶ Na podstawie art. 67e ust. 9 pkt 1 u.p.p.

³⁷ Na podstawie art. 67e ust. 9 pkt 6 u.p.p.

³⁸ Kontrolę w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim przeprowadzono w ramach kontroli rozpoznawczej (doraźnej) w tym samym zakresie. Nr kontroli R/17/004.

2 członków; ponadto w dwóch ostatnich komisjach – Minister Zdrowia również dokonał zmiany swojego przedstawiciela.

Stwierdzono przypadki, że wojewodowie – wbrew postanowieniom u.p.p.³⁹ nie odwoływali formalnie – w ogóle lub przez kilka miesięcy – członków komisji którzy złożyli rezygnację z dalszego pełnienia tej funkcji, natomiast powoływali na ich miejsce nowe osoby. W takiej sytuacji liczba członków (powołanych przez wojewodów) była większa w tym okresie od ustawowej⁴⁰, tj. 14 osób (np. wojewoda wielkopolski, łódzki).

Wojewoda łódzki nie odwołał formalnie ze składu komisji I kadencji jednej z osób (która w dniu 13 lutego 2013 r. złożyła rezygnację z funkcji członka komisji), co przy powoływaniu nowych członków spowodowało, że skład komisji dwukrotnie i to przez dłuższy okres czasu był niezgodny ze wskazanym w u.p.p. (tj. najpierw przez okres 27 miesięcy, a następnie przez okres 18 miesięcy), gdyż liczba osób formalnie powołanych przez wojewodę wynosiła 15 (a nie 14).

Wyznaczanie składów orzekających

Pracami komisji kieruje przewodniczący wybierany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu komisji.

Komisje orzekają w składzie 4 – osobowym⁴¹. Do składu orzekającego powoływane są po 2 osoby z wykształceniem prawniczym i medycznym.

Ustawa o prawach pacjenta, w art. 67f ust. 2 i 3 przyznaje wyłączną kompetencję przewodniczącemu komisji w zakresie wyznaczania składów orzekających, ich przewodniczących oraz terminu pierwszego posiedzenia składu orzekającego.

Wyniki kontroli wskazały jednak, że wymogi te nie zawsze były przestrzegane.

Badanie dokumentacji dotyczącej 336 spraw⁴², w których wyznaczono składy orzekające dla 495 postępowań w 7 komisjach⁴³ wykazało, że tylko 271 składów (54,7%) zostało wyznaczonych przez przewodniczącego, a w pozostałych przypadkach przez zastępców przewodniczącego.

Komisja „łódzka” – na 68 przypadków powołania składów Komisji w 23 zrobił to przewodniczący Komisji, a w 45 zastępca przewodniczącego. Umocowanie zastępców wynikało wyłącznie z treści § 13 Regulaminu Komisji, zgodnie z którym zastępcy przewodniczącego wykonują czynności powierzone przez przewodniczącego oraz zastępują go w razie jego nieobecności.

Składy orzekające winny być wyznaczane według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków komisji⁴⁴,

³⁹ Art. 67e ust. 9 pkt 1 u.p.p.

⁴⁰ Art. 67e ust. 3 i 5 pkt 1 u.p.p.

⁴¹ Z wyjątkiem postępowań ze skargami o stwierdzenie niezgodności orzeczenia z prawem, w których to sprawach skład orzekający liczy 6 osób.

⁴² Wybrano losowo po 10 spraw, które rozpoczęły się w każdym roku objętym kontrolą (z lat 2014 – 2018 do 31 marca), w tym co najmniej 5 postępowań, w których wpłynęły wnioski o ponowne ich rozpatrzenie.

⁴³ Wojewoda Lubelski odmówił przedłożenia kontrolerowi NIK dokumentów pracy Komisji (tj. oświadczeń członków składów orzekających o braku konfliktu interesów, protokołów z posiedzeń składów orzekających oraz orzeczeń) z uwagi – jak wyjaśnił – na brak uprawnień do dysponowania tymi dokumentami w celu innym, niż określony w art. 67n ust. 1 i 4 u.p.p. tj. ich przechowywania. Udostępnienia przedmiotowych dokumentów odmówił również przewodniczący Komisji, do którego zwrócono się na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, co uniemożliwiło realizację programu kontroli w zakresie oceny pracy członków Komisji powoływanych przez wojewodę.

⁴⁴ Zgodnie z art. 67f ust. 1, 2, 2a, 2b i 2c u.p.p., przewodniczący komisji wyznacza skład orzekający według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków komisji; jeśli nie jest możliwe wyznaczenie składu orzekającego, to przewodniczący komisji, informuje o tym niezwłocznie (nie później niż w terminie 3 dni od dnia wpływu wniosku) Rzecznika Praw Pacjenta (dalej „Rzecznik”). Rzecznik, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o braku możliwości wyznaczenia składu orzekającego z powodu wyłączenia członka komisji, wskazuje wojewódzką komisję właściwą do rozpatrzenia wniosku, mając na uwadze zapewnienie możliwie dogodnych warunków dojazdu dla uczestników

a odstępstwo od tej kolejności jest dopuszczalne tylko z przyczyn określonych w art. 67g ust. 2 u.p.p., tj. gdy zachodzą przesłanki wyłączenia członka Komisji w sprawie.

W opinii NIK brzmienie przepisu 67f ust. 2 ustawy o prawach pacjenta nie pozwala na swobodne kształtowanie składów orzekających, i to nie tylko przy wyznaczeniu tego składu przed pierwszym posiedzeniem w sprawie, ale również w przypadku konieczności dokonania zmian w składzie orzekającym wynikających z przyczyn obiektywnych. Osoby wyznaczane do składu orzekającego w zastępstwie innego członka Komisji również winny być wyznaczane z zachowaniem kolejności alfabetycznej. Ponadto NIK uważa, że zmiana taka powinna mieć charakter trwały, tzn. po dokonaniu zmiany w składzie orzekającym osoba poprzednio zastępowana nie powinna powrócić do orzekania w sprawie.

Tymczasem stwierdzono przypadki (np. w komisji „mazowieckiej”) gdy zastąpiony członek składu orzekającego „powracał” do składu na kolejnych etapach postępowania. Należy nadmienić, że akta żadnej ze spraw, w których stwierdzono takie okoliczności, nie zawierały informacji o wyłączeniu członka ze składu orzekającego.

Zasada wyznaczania składu orzekającego według kolejności alfabetycznej na liście członków komisji jest jedną z instytucji gwarantujących bezstronność komisji. Można przyjąć konieczność dokonania zmiany w składzie orzekającym w sytuacji obiektywnej (np. uchylenie się członka komisji od wykonywania obowiązków), zwłaszcza, gdy służyłoby to realizacji celu ustawy, tj. rozpatrzeniu sprawy w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Zmiany takie powinny mieć jednak charakter ekstraordynaryjny, a nie stanowić zasadę funkcjonowania komisji. W ocenie NIK brak jest podstaw do wyznaczania członka zastępującego z pominięciem ustawowej zasady kolejności alfabetycznej. Ponadto, każdy przypadek wyłączenia lub „pominięcia” członka Komisji od orzekania w konkretnej sprawie winien być udokumentowany w aktach postępowania, jako uzasadnienie dla odstąpienia od zasady generalnej.

Każdy z członków komisji – przed powołaniem do składu orzekającego – miał obowiązek złożenia „oświadczenia o braku konfliktu interesów”⁴⁵.

Wyniki kontroli NIK wykazały jednak, że oświadczenia były składane po wyznaczeniu do składu orzekającego, co do zasady w dniu pierwszego posiedzenia, w którym dany członek komisji miał uczestniczyć, co było niezgodne z dyspozycją art. 67g ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

Przywołany przepis nie pozostawia wątpliwości, kto jest zobowiązany, w jakim momencie i jakiej treści oświadczenie winien złożyć. W tej sytuacji przyjęta przez członków komisji praktyka nie znajduje uzasadnienia i musi być oceniona jako nieprawidłowa⁴⁶.

postępowania. Komisja, do której wpłynął wniosek, przekazuje całość dokumentacji sprawy komisji wskazanej przez Rzecznika, niezwłocznie, nie później, niż w terminie 3 dni od dnia wskazania.

⁴⁵ Wymóg złożenia oświadczenia przed powołaniem do składu orzekającego wynika z art. 67g ust. 4 u.p.p. Wzór oświadczenia reguluje rozporządzenie Ministra w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

⁴⁶ Ustawodawca wprowadził formalne gwarancje „ustawowych składów” orzekających ustanawianych wedle ogólnego i abstrakcyjnego kryterium, co w założeniu ma stanowić wyraz podstawowej cechy działalności komisji, jaką jest jej neutralność. Ustawowy skład komisji to nie tylko komisja w administracyjnym znaczeniu, lecz także personalnie określony skład. W ten sposób ustawodawca podjął próbę zapobieżenia jakimkolwiek manipulacjom przy obsadzie składów orzekających. Formalnie wyeliminowano też możliwość nie tylko decydowanie co do swobodnego powołania składu, ale i jego rozwiązania. Plany podziału czynności mogą być obiektywne w takim sensie, że sprawa trafia losowo do danego składu orzekającego (D. Karkowska – Komentarz do art. 67f ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; LEX, teza 1.).

Dodatkowego argumentu wspierającego taką interpretację dostarcza tytuł rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie oświadczenia wydanego na podstawie art. 67g ust. 7 ustawy o prawach pacjenta. Zgodnie z tytułem, jak i z § 1 tego rozporządzenia, oświadczenie o braku konfliktu interesów składa członek wojewódzkiej komisji – a nie członek zespołu orzekającego. Oznacza to, że oświadczenie o braku konfliktu interesów powinno być złożone przed wydaniem przez przewodniczącego komisji zarządzenia o wyznaczeniu składu orzekającego⁴⁷.

Zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i przepisami powołanego wcześniej rozporządzenia Ministra Zdrowia, oświadczenie o braku konfliktu interesów powinno być sporządzone przez członka wojewódzkiej komisji osobiście i w całości. Oświadczenie to członek wojewódzkiej komisji powinien złożyć na piśmie, według wzoru określonego powyższym rozporządzeniem, opatrując oświadczenie na każdej stronie własnoręcznie datą i podpisem. Istotne jest także, żeby w treści oświadczenia podane było imię i nazwisko podmiotu składającego wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego. Powodem wyłączenia członka wojewódzkiej komisji ze składu orzekającego jest bowiem określona w art. 67g ust. 2 relacja z pomiotem składającym wniosek. W związku z tym, żeby złożyć oświadczenie o braku konfliktu interesów w zakresie przesłanek wymienionych w tym przepisie kandydat na członka składu orzekającego musi znać jego imię i nazwisko.

Badanie dokumentacji dotyczącej 336 spraw, w których wyznaczono składy orzekające dla 495 postępowań w 7 komisjach wykazało, że tylko 284 składy (57,4%) wyznaczone zostały zgodnie z przepisami u.p.p. i tylko w 235 składach (47,5%), ich członkowie złożyli „oświadczenie o braku konfliktu interesów” przed powołaniem do składu. Należy zauważyć, że gdyby wojewodowie monitorowali pracę członków komisji, to powinni odwołać tych, którzy nie złożyli oświadczeń, stosownie do treści art. 67e ust. 9 pkt 4 u.p.p.

Komisja „łódzka” – badanie akt postępowania 72 składów orzekających wykazało, że 21 z nich zostało wyznaczonych z naruszeniem zasady kolejności alfabetycznej członków (o której mowa w art. 67f ust. 2 u.p.p.), a w aktach brak było informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków komisji. Ponadto w 13 przypadkach oświadczenia zostały złożone już po powołaniu członka komisji do składu orzekającego.

Komisja „zachodniopomorska” – badanie dokumentacji dotyczącej 64 spraw⁴⁸ wykazało m.in., że w 30 sprawach czteroosobowe składy orzekające zostały wyznaczone z naruszeniem zasady kolejności alfabetycznej członków. W ośmiu sprawach kolejności alfabetycznej nie zachowano przy powoływaniu do składu orzekającego członków komisji zarówno z wykształceniem prawniczym jak i medycznym, w 11 sprawach z wykształceniem prawniczym, w kolejnych 11 sprawach z wykształceniem medycznym. W poszczególnych sprawach pominięto od jednej do czterech osób z alfabetycznej listy członków komisji. Jednocześnie w aktach postępowania przedmiotowych spraw brak było informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków komisji z orzekania w danej sprawie. Natomiast w każdym przypadku zachowany został parytet osób wykonujących zawody medyczne i prawnicze. Oświadczenia o braku konfliktu interesów były składane z datą zarządzenia przewodniczącego komisji o wyznaczeniu składu orzekającego dla danej sprawy. W aktach jednej sprawy brak było oświadczenia

⁴⁷ Uchwała Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w NIK z dnia 28 sierpnia 2018 r., KPK-KPO.443.168.2018.

⁴⁸ Kontrolą objęto 45 spraw o ustalenie zdarzenia medycznego (po 10 spraw z lat 2014, 2015, 2016, 2017 oraz pięć spraw z I kwartału 2018 r.), w tym 19 spraw z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy (po pięć spraw o ustalenie zdarzenia medycznego z 2014 r., 2015 r., 2016 r. oraz cztery z 2017 r.).

o braku konfliktu interesów jednego z członków składu, a w aktach dwóch spraw nie było oświadczeń o braku konfliktu interesów żadnej z czterech osób powołanych do składu orzekającego. W czterech innych sprawach, już po wyznaczeniu składu orzekającego, dochodziło do zmiany składu, z uwagi na złożenie przez osobę wyznaczoną do składu oświadczenia o konflikcie interesów w danej sprawie. W przypadkach tych złożenie oświadczenia miało miejsce w terminie do ośmiu dni od daty wyznaczenia składu.

Przewodniczący komisji wyjaśnił, że „(...) *Nie jestem w stanie w rzetelny sposób poczynić stosownych ustaleń i stwierdzić, czy brak oświadczeń w dwóch sprawach z 2018 r. jest wynikiem błędu ludzkiego (np. brak wpięcia do akt sprawy), czy też następstwem faktycznego niezłożenia oświadczeń przez poszczególnych członków Komisji (...).*”

Komisja „dolnośląska” – w trakcie trwania I kadencji, członkowie Komisji wyłączyli się 5 razy ze składu orzekającego.

Ponadto analiza dokumentacji 20 spraw z lat 2014 – 2015 wykazała, że przy wyznaczeniu dziewięciu składów orzekających (45%) odstąpiono od zasady alfabetycznej listy członków komisji, a w aktach postępowania brak było informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków komisji.

Natomiast badanie dokumentacji 50 spraw z okresu 2012 – 2018 (I kwartał) wykazało, że w 26 przypadkach (52,0%) członkowie składów orzekających złożyli „oświadczenie o braku konfliktu interesów” dopiero po powołaniu ich do składu orzekającego (a nie przed powołaniem), co było niezgodne z przepisami u.p.p.⁴⁹ Oświadczenia te, w 24 przypadkach zostały złożone z datą posiedzenia, a w dwóch przypadkach w ogóle nie zawierały daty.

Przewodnicząca komisji I kadencji wyjaśniła, że „*pisemne oświadczenia o braku konfliktu interesów były formalnie podpisywane w różnym czasie, ale nie później niż w dniu pierwszego posiedzenia, przed jego rozpoczęciem. Praktyką było, że daty na oświadczeniach wpisywał przewodniczący komisji w dniu wydania zarządzenia w sprawie wyznaczenia składu orzekającego, a członkowie tego składu składali później swoje podpisy, lub też daty były wpisywane przez przewodniczącego składu orzekającego w dniu odbywania pierwszego posiedzenia i przedkładane do podpisu składu orzekającego przed jego otwarciem (w tych przypadkach na oświadczeniu jest data zbieżna z datą pierwszego posiedzenia).*”

Komisja „wielkopolska” - z dokumentacji 9 badanych spraw – spośród 10 – z roku 2018 (I kwartał) wynika, że członkowie komisji składali „oświadczenia o braku konfliktu interesów” dopiero po wyznaczeniu ich do składu orzekającego (a nie przed powołaniem do tego składu).

Komisja „świętokrzyska” – w 45 badanych postępowaniach realizowanych przez składy orzekające - tylko w sześciu przypadkach członkowie komisji złożyli „oświadczenia o braku konfliktu interesów” w dniu powołania do składu orzekającego a w 39 przypadkach – po dniu powołania.

Zastępca dyrektora Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia wyjaśnił, że składanie oświadczeń po dniu powołania na członka składu orzekającego wynika „z *technicznego braku możliwości uzyskania takiego oświadczenia wcześniej, biorąc pod uwagę ich miejsce zamieszkania i konieczność niezwłocznego przestania wniosku kierownikowi podmiotu leczniczego.*”

⁴⁹ Art. 67g ust. 4 u.p.p.

Komisja „warmińsko-mazurska” – analiza 50 postępowań o ustalenie zdarzenia medycznego wykazała, że członkowie komisji powołani do składów orzekających składali „oświadczenia o braku konfliktu interesów” po powołaniu ich do danego składu, a nie jak stanowią przepisy u.p.p.⁵⁰ – przed powołaniem do składu orzekającego.

Przewodniczący komisji wyjaśnił, że „złożenie pisemnego oświadczenia jest możliwe i skuteczne dopiero po wyznaczeniu członków orzekających w danej sprawie, gdyż dopiero z tą chwilą możliwe jest dokonanie pełnej identyfikacji stron postępowania, tj. szpitala, ubezpieczyciela i podmiotu składającego wniosek i ustalenie relacji zachodzących między nimi a członkiem orzekającym”.

Komisja „lubuska” – analiza dokumentacji dotyczącej 45 spraw z I kadencji komisji wykazała, że w przypadku 37 spraw oświadczenia o braku konfliktu interesów złożone zostały po powołaniu członków Komisji do składu orzekającego i tylko w 5 przypadkach – oświadczenia złożono w ustawowym terminie, tj. przed powołaniem do składu. Natomiast w przypadku 3 spraw w ogóle nie złożono takich oświadczeń.

Przewodniczący komisji wyjaśnił, że członkowie komisji składali oświadczenia przed pierwszym posiedzeniem w sprawie, bo stosowanie ustawowego rozwiązania jest organizacyjnie niemożliwe. Natomiast w odniesieniu do brakujących oświadczeń w trzech sprawach stwierdził, że nie ma jeszcze podpisanych oświadczeń, ponieważ posiedzenia w tych sprawach dopiero się odbędą i zgodnie z przyjętą praktyką, zostaną one fizycznie przedłożone przed pierwszym posiedzeniem.

Przewodniczącymi składów orzekających były z reguły osoby wykonujące zawód prawniczy.

W niektórych komisjach (np. „dolnośląskiej”) przewodniczącymi składów orzekających były również osoby wykonujące zawód medyczny, które deklarowały chęć przewodniczenia danej sprawie.

W trakcie trwania I kadencji, liczba posiedzeń składów orzekających w komisjach była bardzo zróżnicowana i to zarówno w poszczególnych latach funkcjonowania danej komisji, jak i między poszczególnymi komisjami (wynosiła łącznie od 277 w województwie lubuskim do 2625 – w województwie mazowieckim).

Tabela 1. Zestawienie liczby posiedzeń składów orzekających w poszczególnych latach I kadencji i w I kwartale 2018 r. w komisjach na terenie województw objętych kontrolą

L.p.	Województwo	Rok						Razem I kadencja	I kwartał 2018 r. II kadencja
		2012	2013	2014	2015	2016	2017		
1.	dolnośląskie	32	147	148	142	141	117	727	24
2.	lubelskie	10	52	63	64	77	76	342	18
3.	lubuskie	5	27	44	64	56	81	277	10
4.	łódzkie	41	161	133	191	131	145	802	18
5.	świętokrzyskie	36	101	53	123	89	81	483	20
6.	warmińsko-mazurskie	8	104	93	119	131	117	572	30
7.	wielkopolskie	26	240	274	240	197	195	1172	81
8.	zachodniopomorskie	30	132	106	143	131	115	657	27
9.	mazowieckie ⁵¹	57	370	492	525	688	493	2625	-
	Razem	245	1334	1406	1611	1641	1420	7657	228

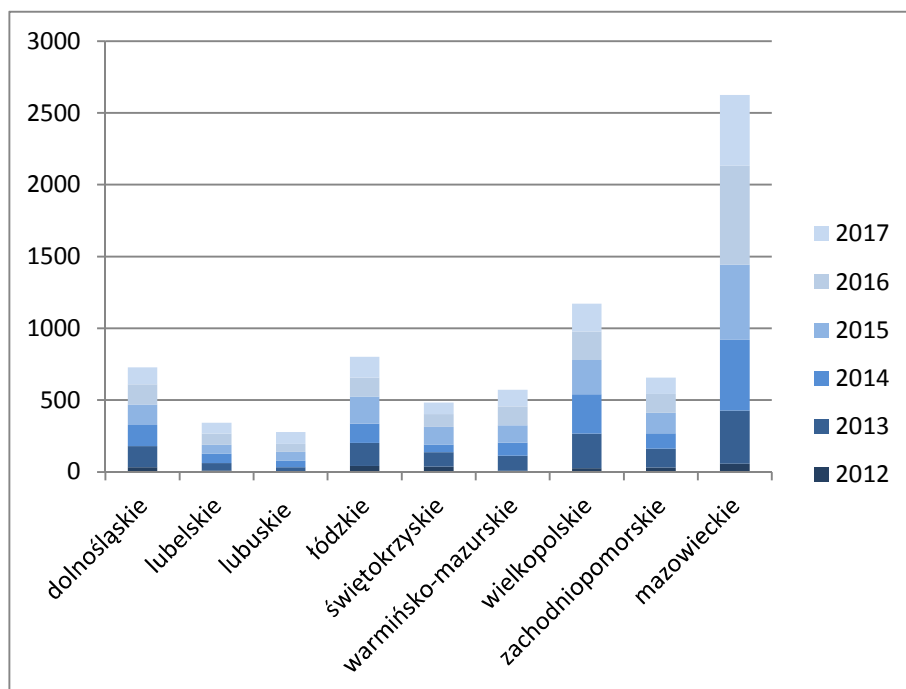
Źródło: Opracowanie własne NIK

⁵⁰ Art. 67g ust. 4 u.p.p.

⁵¹ Kontrola w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim obejmowała okres 2012 – 2017 (do 30 września).

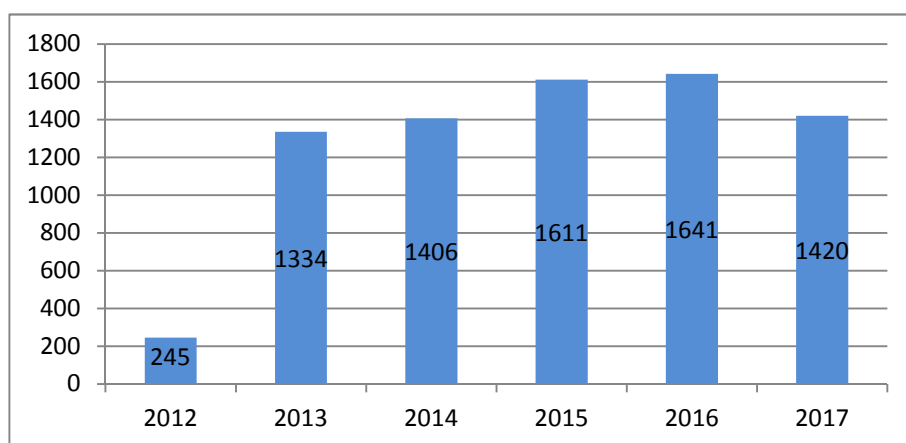
Posiedzenia składów orzekających

Wykres 1. Zestawienie liczby posiedzeń składów orzekających w poszczególnych latach I kadencji w podziale na kontrolowane województwa



Źródło: Opracowanie własne NIK

Wykres 2. Liczba posiedzeń składów orzekających w poszczególnych latach I kadencji, łącznie we wszystkich komisjach, na terenie województw objętych kontrolą



Źródło: Opracowanie własne NIK

Łączna liczba posiedzeń w składach orzekających na jednego członka komisji⁵² (czyli jego „obciążenie pracą”⁵³ w trakcie trwania I kadencji Komisji) była również bardzo zróżnicowana. Jedną z przyczyn tego stanu była różna liczba posiedzeń składów orzekających konieczna do rozpatrzenia danego wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego (zwykle od 2 do 5 posiedzeń, ale były sprawy które rozpatrywano nawet na 6 – 9 posiedzeniach).

⁵² Dotyczy osób które były członkami danej komisji przez całą I kadencję, tj. 2193 dni funkcjonowania komisji.

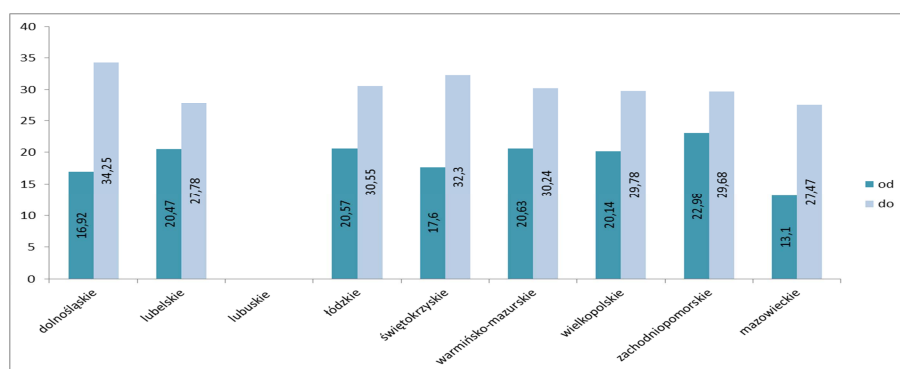
⁵³ Równomierne obciążenie pracą członków Komisji powinno wynosić 25% ponieważ w każdej Komisji jest 16 członków a w każdym składzie orzekającym 4 członków, czyli że każdy z nich winien orzekać w co 4-ej sprawie (przy założeniu, że w każdej sprawie będzie tyle samo posiedzeń).

Tabela 2 Obciążenie pracą członków Komisji I kadencji

L.p.	Województwo	Łączna liczba posiedzeń Komisji I kadencji	Liczba posiedzeń jednego członka komisji			Udział w liczbie posiedzeń ogółem	
			od	do	średnio	od	do
1.	dolnośląskie	727	123	249	186	16,92	34,25
2.	lubelskie	342	70	95	82	20,47	27,78
3.	lubuskie	277	brak danych				
4.	łódzkie	802	165	245	206	20,57	30,55
5.	świętokrzyskie	483	85	156	120	17,60	32,30
6.	warmińsko-mazurskie	572	118	173	145	20,63	30,24
7.	wielkopolskie	1172	236	349	294	20,14	29,78
8.	zachodniopomorskie	657	151	195	173	22,98	29,68
9.	mazowieckie	2625	344	721	532	13,10	27,47

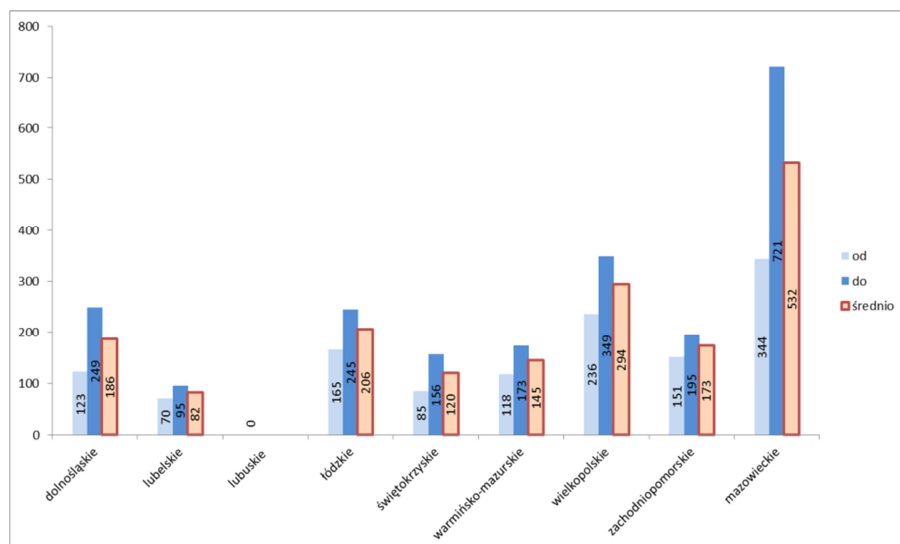
Źródło: Opracowanie własne NIK

Wykres 3. Udział w liczbie posiedzeń ogółem jednego członka komisji



Źródło: Opracowanie własne NIK

Wykres 4. Liczba posiedzeń, w których brali udział członkowie komisji I kadencji.



Źródło: Opracowanie własne NIK

Posiedzenia organizacyjne

Komisje odbywały również posiedzenia organizacyjne, które dotyczyły spraw związanych z funkcjonowaniem komisji (np. uchwalenie regulaminu, wybór przewodniczącego, zastępców przewodniczącego), czy omówienia procedury orzekania przez komisję.

W toku I kadencji, w województwach objętych kontrolą, odbyło się 37 posiedzeń organizacyjnych, a w II kadencji – 8 (łącznie 45).

W I kadencji funkcjonowania komisji liczba posiedzeń organizacyjnych wynosiła od 1 (w komisji „lubuskiej” i „wielkopolskiej”) do 11 (w komisji

„lubelskiej”), a w II kadencji – od 0 (w komisji łódzkiej” i „dolnośląskiej”) do 2 (w komisji „lubelskiej” i „wielkopolskiej”).

Za udział w posiedzeniach organizacyjnych, członkowie komisji nie otrzymywali wynagrodzenia.

5.1.3. Terminowość wydawania orzeczeń

Terminy wydania orzeczeń

Zgodnie z przepisami u.p.p.⁵⁴ komisje wydają orzeczenie wraz z uzasadnieniem nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Jednocześnie, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych komisja zasięga opinii lekarza z listy lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami komisji lekarskiej⁵⁵, albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (zwanych dalej „biegłymi”)⁵⁶.

Analiza dokumentacji 279 spraw, zakończonych w latach 2014 – 2017, w tym 260 zakończonych wydaniem orzeczenia wykazała, że tylko w 116 sprawach (tj. 67,8%) – spośród 171 zakończonych wydaniem orzeczenia w I instancji bez zasięgnięcia opinii biegłego, orzeczenie wydane zostało w ustawowym terminie do 4 miesięcy a w 55 sprawach (32,2%) – po 4 miesiącach. Najdłuższy czas wydania orzeczenia (spośród 116) – w różnych komisjach – wynosił od 6,4 do 22,3 miesiąca a średni od 3,3, do 4,8 miesiąca.

W przypadku 89 spraw zakończonych w I instancji z uwzględnieniem opinii biegłych, orzeczenia w ustawowym terminie 4 miesięcy wydano tylko w 7 przypadkach (7,9%). Najdłuższy czas w różnych komisjach – wynosił od 9,2 do 32,6 miesiąca, a średni – od 4,0 do 10,2 miesiąca.

Na terminowość rozpatrywania wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego i wydawania orzeczeń w tym zakresie istotny wpływ miał czas, w jakim realizowane były wstępne czynności związane ze złożonym wnioskiem przed skierowaniem go na pierwsze posiedzenie składu orzekającego w danej sprawie.

Analiza dokumentacji dotyczącej 288 spraw, z lat 2014-2017, wykazała, że wnioski weryfikowane były w większości w okresie od 7 do 25 dni od ich złożenia (ale stwierdzono przypadki weryfikacji wniosków nawet po 36 i 168 dniach), a wysyłane do szpitali o stanowisko w sprawie – po 2-7 dniach (stwierdzono przypadki wysłania wniosków po 20, 51 a nawet 98 dniach). Czas oczekiwania na stanowisko szpitala, wynosił od 9 do 30 dni (stwierdzono przypadki otrzymania stanowiska dopiero po 43 i 53 dniach).

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na długi okres od otrzymania stanowiska szpitala do skierowania na pierwsze posiedzenie składu orzekającego. Okres ten wynosił przeciętnie od 38 do 108 dni (maksymalny stwierdzony okres wyniósł 379 dni).

Analiza dokumentacji w powyższym zakresie wykazała, że w 244 sprawach, okres jaki upłynął od złożenia wniosku do pierwszego posiedzenia składu orzekającego w danej sprawie był dłuższy niż 50 dni, w tym w 52 sprawach był dłuższy niż 90 dni i w 11 sprawach – dłuższy niż 4 miesiące.

Komisje⁵⁷ nie przestrzegały również ustawowego terminu sporządzania uzasadnień do wydanych orzeczeń⁵⁸ (7 dni) i terminowego doręczania ich do wnioskodawców⁵⁹ i szpitali (w badanych sprawach nie było udziału ubezpieczycieli).

⁵⁴ Art. 67j ust. 1 i 2 u.p.p.

⁵⁵ Art. 32 ust. 2 u.p.p.

⁵⁶ Art. 67i ust. 7 u.p.p.

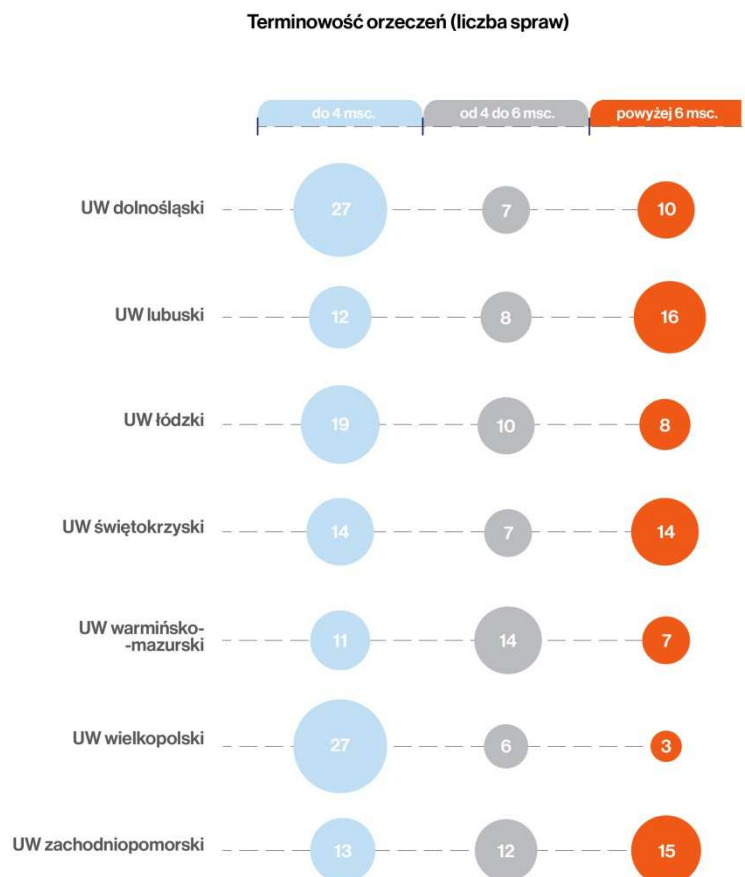
⁵⁷ Brak ustaleń dotyczących komisji „lubelskiej”.

⁵⁸ Art. 67j ust. 5 u.p.p.

⁵⁹ Art. 67j ust. 6 u.p.p.

Badanie dokumentacji dotyczącej 288 spraw z lat 2014 – 2017, spośród których dla 260 wydano orzeczenie wraz z uzasadnieniem wykazało, że tylko 123 sprawy zakończyły się w ustawowym terminie 4 miesięcy (47,3%). Natomiast 64 sprawy zakończono w terminie do 6 miesięcy (24,6%) a 73 – powyżej 6 miesięcy (28,1%).

Infografika 3.



W 260 sprawach odbyły się 403 postępowania (łącznie dla I i II instancji).

Do wydanych orzeczeń sporządzane były uzasadnienia, ale tylko na 239 (spośród 403) podane były daty ich sporządzenia, z których wynikało, że tylko 144 zostały sporządzone w terminie 7 dni (60,3%). W odniesieniu do pozostałych uzasadnień nie można było ustalić, kiedy zostały sporządzone (brak daty).

Orzeczenie, wraz z uzasadnieniem, winno być doręczone szpitalowi i wnioskodawcy nie później niż w terminie 7 dni od dnia sporządzenia uzasadnienia.

Ustalono, że tylko 654 doręczenia (spośród 806)⁶⁰ były potwierdzone datą (tj. 81,1%), ale w ustawowym terminie 7/14 dni (7 dni od dnia sporządzenia uzasadnienia orzeczenia lub 14 dni od dnia wydania orzeczenia – w przypadku gdy brak jest daty uzasadnienia) zrealizowano tylko 286 doręczeń (43,7%).

Komisja „wielkopolska” – w latach 2014 – 2017 zakończyła 33 sprawy wydaniem orzeczeń wraz z uzasadnieniem, z których 26 (78%) zakończonych zostało w ustawowym terminie 4 miesięcy. W 33 sprawach odbyły się łącznie (w I i II instancji) 53 postępowania

⁶⁰ Winno być 806 doręczeń (w 403 postępowaniach winno być po 2 doręczenia, tj. dla wnioskodawcy i dla szpitala).

**Terminowość
w ponownym
rozpatrywaniu sprawy**

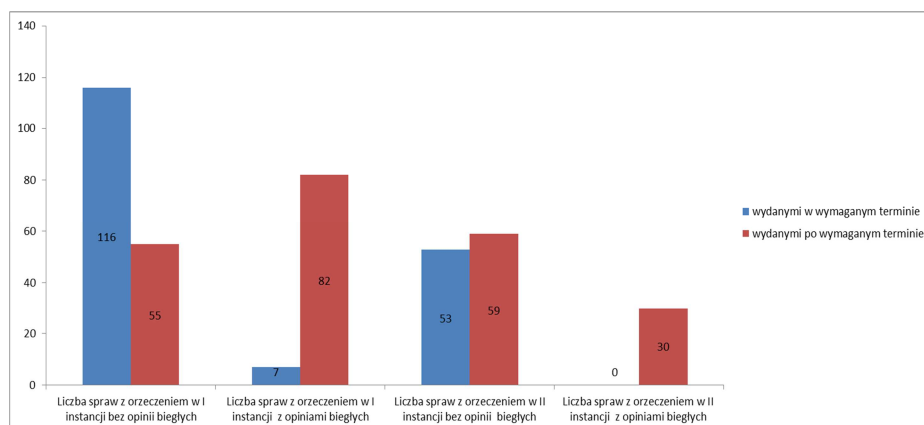
ale tylko na 5 uzasadnieniach (9,4%) do wydanych orzeczeń (53) były podane daty ich sporządzenia z których wynika, że tylko 1 – sporządzone zostało w terminie 7 dni. W odniesieniu do pozostałych 48 uzasadnień (90,6%) – nie można było ustalić w jakim czasie od wydania orzeczenia zostały sporządzone. Tylko 88 doręczeń (83%) orzeczeń wraz z uzasadnieniem (spośród 106) było potwierdzonych datą doręczenia ich stronom (tj. pacjentowi i szpitalowi), ale w ustawowym terminie zrealizowano tylko 24 doręczenia (27,3%).

Zgodnie z przepisami u.p.p.⁶¹, wnioskodawcy, szpitalowi i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do komisji (w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem) umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, który winien być rozpatrzony przez komisję w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania⁶².

Analiza dokumentacji 142 spraw – spośród 153 – zakończonych w latach 2014 – 2017 wydaniem orzeczenia w II instancji wykazała, że w 112 przypadkach nie korzystano z opinii biegłych, ale mimo to orzeczenie wydane zostało w wymaganym terminie 30 dni tylko w przypadku 53 spraw (47,3%), a po upływie wymaganego terminu – w 59 sprawach (52,7%); najdłuższy czas wydania orzeczenia w II instancji bez korzystania z opinii biegłych wynosił w poszczególnych komisjach od 62 do 855 dni, a średni – od 26 do 97 dni.

Natomiast w przypadku 30 spraw zakończonych wydaniem orzeczenia w II instancji z uwzględnieniem opinii biegłych, wszystkie wydane zostały po wymaganym terminie 30 dni; najdłuższy czas wydania orzeczenia w poszczególnych komisjach wynosił od 223 do 511 dni, a średni – od 110,5 do 273,0 dni.

Wykres 5. Wpływ korzystania z opinii biegłych na terminowość wydanych orzeczeń



Źródło: Opracowanie własne NIK

Wskazywano (np. w komisji „mazowieckiej”), że na przewlekłość postępowania w rozpatrywaniu spraw wpływa aktywność uczestników, którzy składają wiele wniosków dowodowych, problemy z dostępnością biegłych oraz terminowością sporządzania przez nich opinii, jak również brak należytego zaangażowania przez wszystkich członków komisji w jej pracę, w szczególności terminowość sporządzania uzasadnień orzeczeń przez członków wykonujących zawody medyczne. Zwracano również uwagę, że przewodniczący składów orzekających, na których ciąży w głównej mierze obowiązek zapewnienia sprawnego i terminowego przebiegu postępowania, nie dysponują narzędziami pozwalającymi na dyscyplinowanie członków składu.

W ocenie NIK przedstawione okoliczności nie mogą stanowić usprawiedliwienia dla tak rażącego przekraczania terminów rozpatrywania spraw, w tym sporządzania i doręczania uzasadnień do orzeczeń. Jakkolwiek można się zgodzić, że przewodniczący składów orzekających nie posiadają

⁶¹ Art. 67j ust. 7 u.p.p.

⁶² Art. 67j ust. 8 u.p.p.

narzędzi do dyscyplinowania członków składów, to należy wskazać, iż opieszałość członków Komisji może być uznana za uchylanie się od wykonywania obowiązków członka wojewódzkiej komisji, co stanowi podstawę do odwołania członka Komisji przez organ, który go powołał⁶³.

5.1.4. Ponowne rozpatrywanie wniosków

Ponowne rozpatrywanie wniosków

Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy złożono do 153 spraw (58,8%), spośród 260 zakończonych w I instancji w latach 2014 - 2017⁶⁴ (wnioski złożyło 82 pacjentów i 71 szpitali).

W wyniku ponownego ich rozpatrzenia komisje wydały 142 orzeczenia, w tym 24 (16,9%) zostały zmienione w stosunku do orzeczeń I instancji (10 orzeczeń zmieniono na „korzyść” pacjenta, a 14 – na „korzyść” szpitala).

Nadmienić należy, że tylko 58 wniosków (40,8%) o ponowne rozpatrzenie sprawy zostało złożonych w ustawowym terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem I instancji⁶⁵.

Komisje rozpatrzyły jednak 142 wnioski (spośród 153), w tym 84 złożone po terminie; natomiast tylko 53 wnioski (37,3%) komisje rozpatrzyły w terminie ustawowym, tj. 30 dni od dnia jego otrzymania.

Ustalono, że przy rozpatrywaniu wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy nie uczestniczyli członkowie składu orzekającego, którzy brali udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.

Orzeczenia wydane w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy były uzasadniane i to zarówno w przypadku zmiany orzeczenia, jak i w przypadkach gdy orzeczenie nie było zmienione.

5.1.5. Skargi

Skargi

Zgodnie z przepisami u.p.p.⁶⁶ wnioskodawca, szpital oraz ubezpieczyciel mogą, w terminie 30 dni⁶⁷, wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzka komisją.

W latach 2012 – 2017 do 7 komisji⁶⁸ wpłynęło 71 skarg, w tym 31 skarg złożyli wnioskodawcy, 39 – szpitale i 1 – ubezpieczyciel, uwzględnione zostały tylko 4 skargi.

Szczegółowo analizowano 51 skarg (spośród 54)⁶⁹ – które wpłynęły do 7 komisji⁷⁰ w latach 2014 – 2017 (w tym 27 – złożonych przez wnioskodawców, 23 - przez szpitale i jedna przez ubezpieczyciela).

Analiza wykazała, że niezgodność z prawem orzeczenia komisji stwierdzona tylko w przypadku 2 złożonych skarg⁷¹.

Badanie dokumentacji dotyczącej skarg wykazało szereg nieprawidłowości w przebiegu procedury ich rozpatrywania przez komisje.

Ustalono, że skład orzekający do rozpatrywania poszczególnych skarg wyznaczony był prawidłowo w 46 przypadkach a członkowie komisji powołani do składu orzekającego złożyli oświadczenia o braku konfliktu interesów tylko

⁶³ Art. 67e ust. 9 pkt 6 u.p.p.

⁶⁴ Z badanej próby 288 spraw z lat 2014 – 2017.

⁶⁵ Art. 67j ust. 7 u.p.p.

⁶⁶ Art. 67m ust. 1 u.p.p.

⁶⁷ Zgodnie z art. 67m ust. 1 u.p.p., termin 30 dni na wniesienie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji, liczy się od dnia bezskutecznego upływu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (o którym mowa w art. 67j ust. 8 u.p.p.).

⁶⁸ Brak danych z komisji „lubelskiej”.

⁶⁹ Dokumentacja 3 skarg została przekazana do sądu.

⁷⁰ Brak danych dotyczących komisji „lubelskiej”

⁷¹ Rozpatrywanie 3 skarg nie zostało jeszcze zakończone.

w 41 przypadkach, a ponadto tylko w 16 przypadkach złożyli je przed powołaniem do składu orzekającego.

Zgodnie z przepisami u.p.p.⁷² skarga winna być rozpatrzona w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.

Tymczasem wyniki kontroli wskazały, że tylko 20 skarg, tj. 41,7% zostało rozpatrzonych w ustawowym terminie.

Maksymalny czas rozpatrywania skarg był zróżnicowany w poszczególnych komisjach i wynosił: w komisji „dolnośląskiej” – 196 dni (średnio 48,0 dni), „lubuskiej” – 58 dni (42,7 dnia), „łódzkiej” – 75 dni (40,7 dnia), „świętokrzyskiej” – 43 (27,6 dnia), „warmińsko-mazurskiej” – 390 dni (157,0 dni), „wielkopolskiej” – 190 dni (76,0 dni), „zachodniopomorskiej” – 95 dni (42,6).

W toku kontroli wyjaśniono (np. przewodniczący komisji „lubuskiej”, „warmińsko-mazurskiej”, „dolnośląskiej”), że zebranie III składu orzekającego – spośród członków komisji którzy nie brali udziału w rozpatrywaniu sprawy w I i II instancji oraz ustalenie jednego akceptowanego przez wszystkich 6 członków składu orzekającego terminu – jest niezwykle trudne i z tego powodu były nawet przypadki, że skargi przekazane zostały do rozpatrzenia innym komisjom (w komisji „lubuskiej” – przekazano 3 skargi, w „warmińsko-mazurskiej” – 1 skargę). Ponadto przewodniczący komisji „lubuskiej” wskazał, że problem zbyt krótkich terminów ustawowych w zakresie prac komisji, był wielokrotnie podnoszony przez przedstawicieli komisji i urzędów wojewódzkich z całego kraju. Wydłużenie terminów miało być uwzględnione w ostatniej nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, jednakże ostatecznie zrezygnowano z tego pomysłu.

W komisji „łódzkiej” skarga nie została rozpatrzona przez 340 dni. Z wyjaśnień złożonych w trakcie kontroli wynika, że przewodniczący nie posiadali wiedzy o aktualnym stanie sprawy i konieczności rozpatrzenia skargi. Na dzień zakończenia kontroli nie został jeszcze wyznaczony termin jej rozpatrzenia.

5.1.6. Opinie biegłych

Zasieganie opinii biegłych

Jak wynika z ustaleń kontroli istotną przyczyną niedotrzymania terminu rozpatrzenia sprawy i wydania orzeczenia był długi czas oczekiwania komisji na sporządzenie opinii biegłych. Z przepisów u.p.p.⁷³ wynika, że „komisja zasięga opinii biegłego jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych”. Komisje występują o sporządzenie opinii na podstawie art. 67i ust. 7 u.p.p. do lekarzy z listy członków komisji lekarskiej lub konsultantów wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Ustalono, że w okresie 2012 – 2018 (I kwartał) komisje często korzystały z opinii biegłych, w skrajnym przypadku nawet w przypadku 85% wydanych orzeczeń, a w niektórych sprawach sporządzono nawet 2 – 5 opinii.

W latach 2012 – 2018 (I kwartał) komisja „świętokrzyska” skorzystała z 69 opinii przy wydaniu 82 orzeczeń (tj. 85,1%), a komisja „zachodniopomorska” – ze 101 opinii przy wydaniu 157 orzeczeń (tj. 64,3%), komisja „łódzka” – ze 120 opinii przy wydaniu 208 orzeczeń (tj. 57,7%) a komisja „dolnośląska” – ze 131 opinii przy wydaniu 286 orzeczeń (tj. 45,8%).

Komisja „zachodniopomorska” – w 27 sprawach (67,5%) – spośród 40 badanych – wydała orzeczenie po ustawowym terminie 4 miesięcy

⁷² Art. 67m ust. 2 u.p.p.

⁷³ Art. 67i ust. 7 u.p.p.

(tj. po upływie od 126 do 690 dni od dnia wpływu wniosku). Do rozpatrzenia 20 spraw powołano 32 biegłych, w tym dziewięciu konsultantów wojewódzkich, w wyniku czego Komisja otrzymała 26 opinii (5 biegłych odmówiło sporządzenia opinii). W poszczególnych postępowaniach wyznaczano od jednego do trzech biegłych, a liczba posiedzeń składów orzekających w danej sprawie wynosiła od 1 do 8.

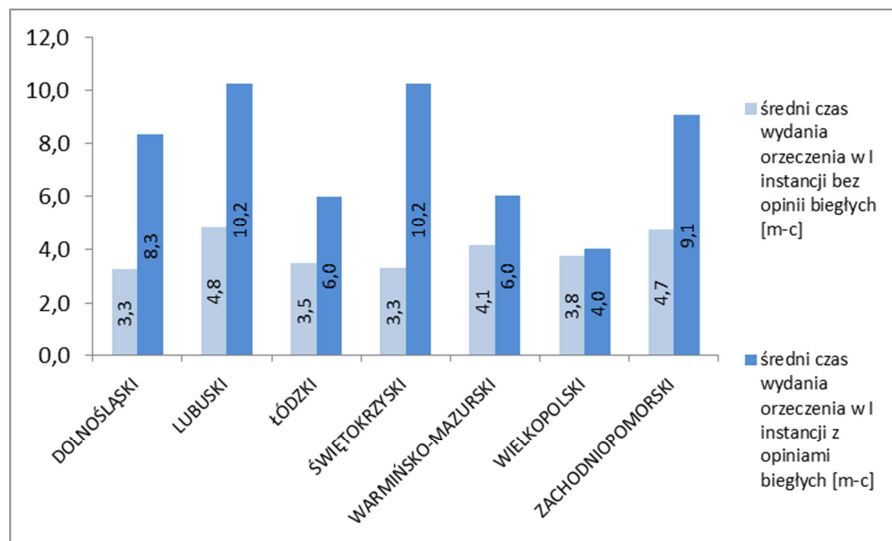
Jedynie komisja „wielkopolska” nie korzystała z opinii biegłych (poza jednym przypadkiem), co rzutowało na terminowość wydawania orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego.

Komisja „wielkopolska” – badanie dokumentacji dotyczącej 36 spraw z lat 2014 – 2017 wykazało, że Komisja tylko w jednym przypadku wystąpiła o opinię biegłego a jej sporządzenie trwało tylko 5 dni i w efekcie orzeczenie wydano w ustawowym terminie 4 miesięcy.

Badanie dokumentacji dotyczącej 336 spraw z lat 2014 – 2018 (I kwartał) wykazało, że 299 spraw zostało zakończonych (89,0%), w tym 274 – wydaniem orzeczenia (91,6%). W 116 sprawach (spośród 336) sporządzono 163 wnioski o opinię biegłych, ale komisje otrzymały tylko 138 opinii (w tym 30 opinii uzupełniających); 24 opinie komisje nie otrzymały. Można to przełożyć na „stracony czas” pracy komisji w łącznym wymiarze 1900 dni, ponieważ czas po jakim biegli informowali komisje o odmowie/rezygnacji ze sporządzenia opinii wynosił od 13 dni do nawet 588 dni.

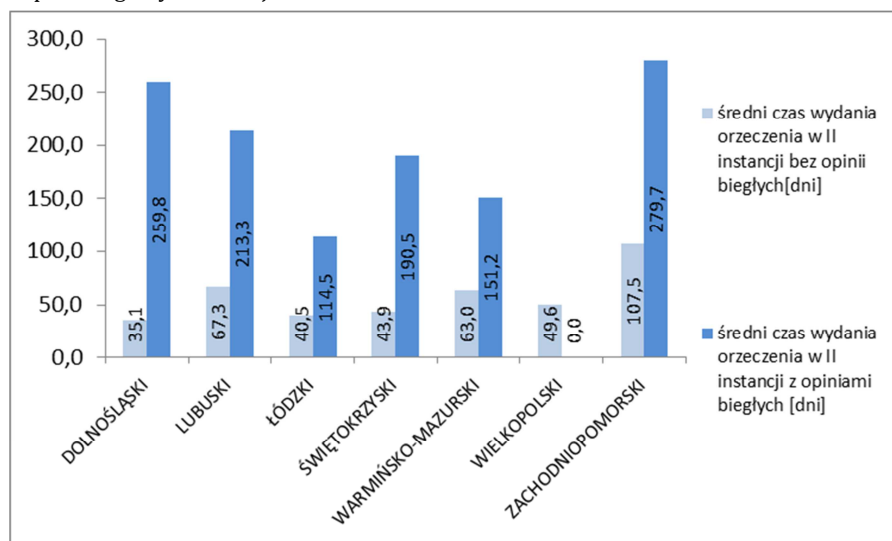
Czas na sporządzenie jednej opinii przez biegłego wynosił średnio 59 dni, a maksymalny aż 639 dni.

Wykres 6. Wpływ opiniowania na czas rozpatrywania wniosków w I instancji w poszczególnych komisjach



Źródło: Opracowanie własne NIK

Wykres 7 Wpływ opiniowania na czas rozpatrywania wniosków w II instancji w poszczególnych komisjach



Źródło: Opracowanie własne NIK

Wynagrodzenie biegłych

Za wydanie 138 opinii w latach 2014 – 2018 (I kwartał), biegli otrzymali wynagrodzenie w łącznej wysokości 52.980 zł.

Osoba, której zostało zlecone przygotowanie opinii składała oświadczenie o braku konfliktu interesów, takie samo jak członkowie składu orzekającego. W toku kontroli stwierdzono przypadki⁷⁴, że „oświadczenia o braku konfliktu interesów” składane przez biegłych nie zawierały wskazania sprawy, której dotyczyły.

Za sporządzoną opinią biegły otrzymywał wynagrodzenie, którego wysokość została określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją⁷⁵. Wynagrodzenie to składa się z dwóch składowych: stałej w postaci zryczałtowanego wynagrodzenia w kwocie 300 zł oraz zmiennej zależnej od stopnia lub tytułu naukowego osoby sporządzającej opinie.

Kwota 300 zł ulegała zwiększeniu o 150 zł – w przypadku gdy opinię sporządzała osoba z tytułem naukowym profesora, o 100 zł – w przypadku, gdy opinię sporządzała osoba ze stopniem naukowym doktora habilitowanego, lub o 60 zł – w przypadku, gdy opinię sporządzała osoba ze stopniem naukowym doktora.

W sprawach objętych kontrolą, opinię sporządziło 61 – profesorów, 21 – doktorów habilitowanych, 60 doktorów i 20 – lekarzy medycyny.

Wśród osób sporządzających opinie, największą grupę stanowili ortopedzi i traumatolodzy narządu ruchu – 35, chirurdzy – 22, ginekolodzy – 18, urolodzy – 11, neurologi – 9, specjaliści chorób zakaźnych – 8, chorób wewnętrznych – 5, kardiologów – 6, neurochirurgów – 8, epidemiologów – 6, neonatologów – 4, radiologów – 4, onkologów – 4.

Pojedyncze opinie sporządzali również laryngolog, psychiatra, patomorfolog. Decyzję o wystąpieniu o opinię komisje podejmowały

⁷⁴ Sygnatura sprawy WKOZDM/Wa/100/2014 w komisji „mazowieckiej”.

⁷⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1740).

głównie z urzędu, ale również na wniosek wnioskodawcy – 18 razy i podmiotu leczniczego – 9 razy.

W toku kontroli stwierdzono, że zdarzały się przypadki odmowy sporządzenia opinii. Szesnastu biegłych odmówiło sporządzenia opinii, uzasadniając to: nawałem obowiązków, urlopem, małym doświadczeniem, znajomością z kierownikiem kliniki lub z lekarzami związanymi z daną sprawą (tj. niemożnością złożenia „oświadczenia o braku konfliktu interesów”). Komisja nie ma wpływu na czas sporządzenia przez biegłego opinii, który dochodził nawet – jak wynika z ustaleń kontroli – do ponad 600 dni). Powyższe okoliczności wpływają na czas rozpatrzenia sprawy i wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego.

Co do zasady, do poszczególnych spraw sporządzana była jedna opinia biegłego. Stwierdzono jednak przypadki, że do tej samej sprawy sporządzane były 2 – 3 opinie przez różnych biegłych, a w postępowaniu z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, również sporządzano opinie (nawet 2).

Komisja „mazowiecka” – do rozpatrzenia jednej z analizowanych w toku kontroli spraw⁷⁶ z wniosku spadkobierców, zostały sporządzone trzy opinie, w tym dwie w postępowaniu z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Średni czas sporządzenia opinii w 11 skontrolowanych postępowaniach wynosił 63 dni a najdłuższy – 374 dni.

Komisja „dolnośląska” – sporządzenie opinii w przypadku badanych spraw trwało od 10 do 639 dni (średnio 103 dni). Biegły, który sporządził opinię w ciągu 639 dni, zrzekł się wynagrodzenia z powodu tak długiego czasu jej wydania.

Przewodniczący komisji wskazywali w toku kontroli na problemy związane z powoływaniem biegłych, wynikające z braku wystarczającej liczby specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, braku woli podjęcia się sporządzenia opinii uzasadnianej brakiem czasu oraz niskimi stawkami wynagrodzenia za ich sporządzenie.

5.1.7. Utrwalanie przebiegu posiedzeń komisji

Protokołowanie posiedzeń komisji

Zgodnie z przepisami u.p.p.⁷⁷ posiedzenia komisji winny być protokołowane. Zgodnie z art. 157 ustawy Kodeks postępowania cywilnego, który ma zastosowanie do postępowania przed Komisją na podstawie art. 67o ustawy o prawach pacjenta, protokół sporządza się, utrwalając przebieg posiedzenia za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk albo obraz i dźwięk oraz pisemnie, a odstąpienie od tej zasady jest możliwe wyłącznie ze względów technicznych.

Stosownie do treści art. 67n ust. 1 ustawy o prawach pacjenta wojewodowie przechowują protokoły posiedzeń przez okres 10 lat.

Wyniki kontroli wskazały, że nie we wszystkich komisjach stosowane były powyższe zasady.

Wielkopolski Urząd Wojewódzki – nie zostały zapewnione warunki techniczne do utrwalania przebiegu posiedzeń komisji za pomocą urządzeń rejestrujących dźwięk lub dźwięk i obraz.

Jak wyjaśnił wojewoda wielkopolski, utrwalenie przebiegu posiedzeń komisji za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk albo obraz i dźwięk nie było możliwe ze względów technicznych, nie podając jednak bliższych okoliczności istnienia tej przeszkody.

Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki – w regulaminie podano, iż posiedzenia komisji są protokołowane, a protokół sporządza się w formie wydruku komputerowego (w wyjątkowych sytuacjach

⁷⁶ Sygnatura sprawy WKOZDM/Wa/38/2013 w komisji „mazowieckiej”.

⁷⁷ Art. 67e ust. 13 pkt 4 u.p.p.

dopuszczono odręcną możliwość sporządzenia protokołu). Wskazano także, że przebieg posiedzenia mógł być utrwalony za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk, jednakże w swoich pracach komisja nie korzystała z tej możliwości.

Łódzki Urząd Wojewódzki – Urząd nie posiadał protokołów dotyczących czterech postępowań z kwietnia 2018 r., mimo że z akt postępowań wynikało, że te posiedzenia się odbyły. Z wyjaśnień przewodniczącego komisji, przedłożonych w tej sprawie przez Dyrektora Wydziału Rodziny i Polityki Społecznej wynika, że protokoły zostały sporządzone, jednak z uwagi na awarie sprzętu komputerowego wydrukowano je ze znacznym opóźnieniem (dopiero w trakcie kontroli NIK dołączono 3 protokoły do akt spraw). Przebieg posiedzeń nie był utrwalany za pomocą urządzeń rejestrujących dźwięk lub dźwięk i obraz.

5.1.8. Finansowanie działalności komisji

Koszty działalności komisji

Działalność wojewódzkich komisji jest finansowana z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody⁷⁸.

Na całkowite koszty dotyczące funkcjonowania komisji składają się koszty związane z wynagrodzeniem członków danej komisji oraz koszty postępowania przed komisją⁷⁹ (które stanowią: zwrot kosztów podróży i noclegów oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych, wynagrodzenia za sporządzenie opinii, opłata za złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego) a także koszty obsługi komisji ponoszone przez urząd wojewódzki na wynagrodzenia osób zapewniających obsługę komisji, oraz wyposażenia biurowego i materiałów biurowych zużywanych na potrzeby komisji.

Na funkcjonowanie komisji I kadencji (tj. na lata 2012 – 2017) wojewodowie⁸⁰ zaplanowali łącznie kwotę 11.831,0 tys. zł, a wydatkowali łącznie 11.076,1 tys. zł (93,6%).

W poszczególnych latach, kwoty planowane i wydatkowane na działalność komisji były na zbliżonym poziomie.

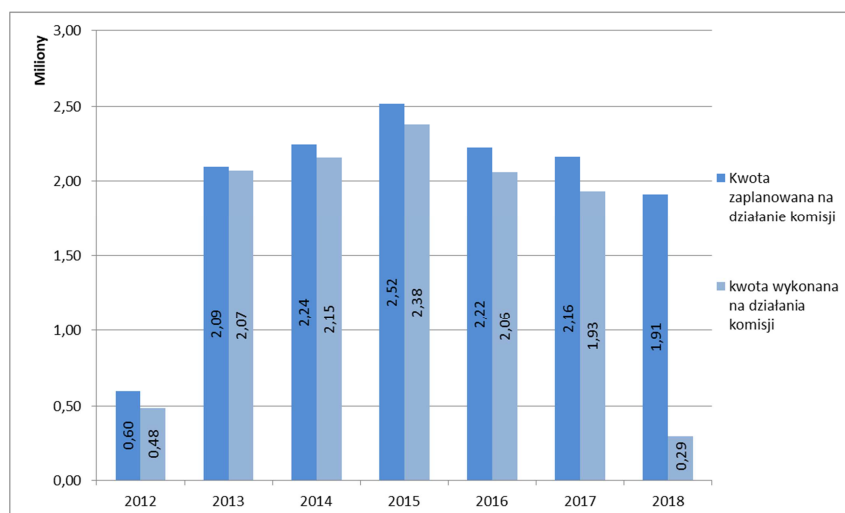
Na 2012 r. zaplanowano 599,4 tys. zł a wykorzystano 483,1 tys. zł (80,6%), na 2013 r. – odpowiednio – 2.093,5 tys. zł i 2.070,2 tys. zł (98,9%), na 2014 r. – 2.241,0 tys. zł i 2.154,8 tys. zł (96,2%), na 2015 r. – 2.516,0 tys. zł i 2.376,1 tys. zł (94,4%), na 2016 r. – 2.221,3 tys. zł i 2.058,1 tys. zł (92,7%) a na 2017 r. – 2.159,8 tys. zł i 1.933,8 tys. zł (89,5%).

⁷⁸ Art. 67h ust. 3 u.p.p.

⁷⁹ Art. 67l ust. 5 u.p.p.

⁸⁰ W 8 urzędach wojewódzkich objętych kontrolą koordynowaną.

Wykres 8. Łączne koszty działalności komisji w województwach objętych kontrolą

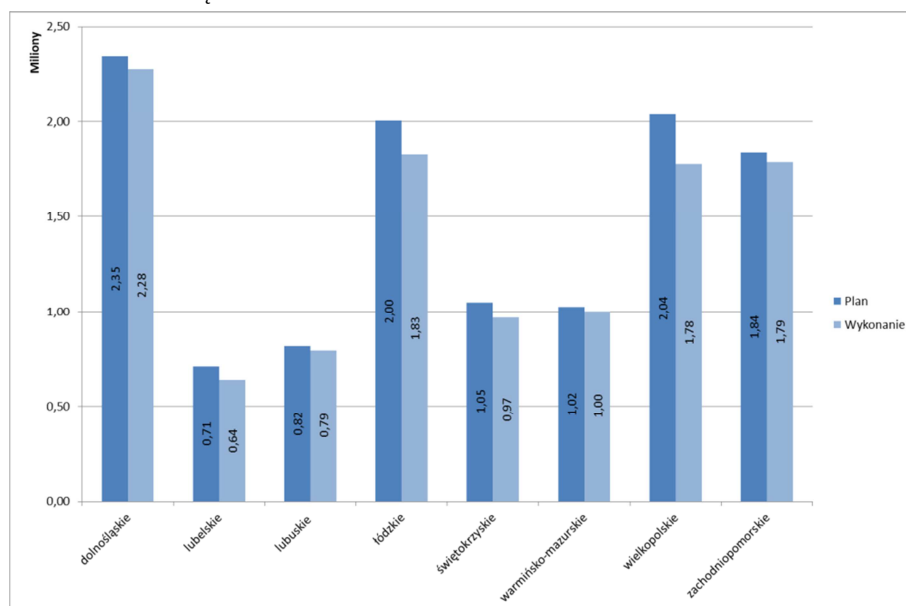


Źródło: Opracowanie własne NIK

W poszczególnych województwach, kwoty planowane i wydatkowane różniły się między sobą. Miało to związek z liczbą wpływających wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego.

W województwie dolnośląskim, na funkcjonowanie komisji I kadencji zaplanowano łącznie kwotę 2.347,5 tys. zł, a wydatkowano 2.279,3 tys. zł (97,1%), lubelskim – odpowiednio – 709,0 tys. zł i 637,5 tys. zł (89,9%), lubuskim – 816,7 tys. zł i 794,1 tys. zł (97,2%), łódzkim – 2.004,9 tys. zł i 1.828,6 tys. zł (91,2%), świętokrzyskim – 1.050,4 tys. zł i 966,9 tys. zł (92,0%), warmińsko-mazurskim – 1.024,3 tys. zł i 1.002,5 tys. zł (97,9%), wielkopolskim – 2.039,2 tys. zł i 1.779,4 tys. zł (87,3%), zachodniopomorskim – 1.839,0 tys. zł i 1.787,8 tys. zł (97,2%).

Wykres 9. Koszty działalności poszczególnych komisji w województwach objętych kontrolą



Źródło: Opracowanie własne NIK

Na rok 2018, tj. na pierwszy rok funkcjonowania komisji II kadencji zaplanowano w 8 województwach objętych kontrolą łącznie 1.910,2 tys. zł a w I kwartale 2018 r. wydatkowano 290,3 tys. zł (15,2%).

Wynagrodzenia członków komisji

W kwocie na funkcjonowanie komisji największą część wydatków stanowiły wynagrodzenia członków komisji.

W latach 2012 – 2017 wydatkowano na ten cel – dla członków 8 komisji łącznie 7.528,8 tys. zł co stanowiło 68,0% kwoty wydatkowanej na funkcjonowanie tych komisji (tj. 11.076,1 tys. zł).

W latach objętych szczegółowymi badaniami kontrolnymi (2014-2017), kwota na wynagrodzenia członków 8 komisji (5.762,1 tys. zł) stanowiła 67,8% kwoty wydatkowanej na ich funkcjonowanie (8.522,8 tys. zł).

W województwie dolnośląskim w latach objętych kontrolą (2014 – 2017) na wynagrodzenia wydatkowano 961,4 tys. zł a w I kadencji, tj. 2012 – 2017 - 1.259,4 tys. zł, lubelskim – odpowiednio 502,7 tys. zł (612,7 tys. zł), lubuskim – 321,6 tys. zł (328,0 tys. zł), łódzkim – 1.041,5 tys. zł (1.391,5 tys. zł), świętokrzyskim – 403,4 tys. zł (633,1 tys. zł), warmińsko-mazurskim – 485,9 tys. zł (637,3 tys. zł), wielkopolskim – 1.238,5 tys. zł (1.606,1 tys. zł), zachodniopomorskim - 807,1 tys. zł (1.060,8 tys. zł).

Wynagrodzenia członków 8 komisji II kadencji w I kwartale 2018 r. (188,8 tys. zł) stanowiły 65,0% kwoty wydatkowanej na ich funkcjonowanie (290,3 tys. zł).

Wynagrodzenie członków komisji (składów orzekających) za udział w 390 postępowaniach (247 I instancji i 143 – II instancji) w latach 2014 – 2017 w wyniku których wydano orzeczenia o zdarzeniach medycznych wyniosło 1.335,1 tys. zł.

Wynagrodzenia członków komisji określali wojewodowie, a ich wysokość nie mogła przekroczyć 430 zł za udział w każdym posiedzeniu⁸¹.

Czterech wojewodów ustaliło stawki, które obowiązywały przez cały czas funkcjonowania komisji I (2012- 2017) i II kadencji (I kw. 2018 r.), w tym maksymalne stawki 430 zł ustalili wojewodowie dolnośląski, lubelski i łódzki a lubuski – 400 zł. Pozostali wojewodowie ustalili stawki, które zmieniały się w poszczególnych latach i uzależnione były od liczby kolejnych posiedzeń komisji w danej sprawie.

Wojewoda zachodniopomorski ustalił wynagrodzenie dla członków komisji w wysokości 430 zł, która była stała przez wszystkie lata 2012 – 2017. Natomiast od 2018 r. stawka w tej wysokości obowiązuje tylko za udział w pierwszym posiedzeniu, 300 zł – za udział w drugim posiedzeniu, 150 zł za udział w trzecim posiedzeniu i 100 zł za udział w czwartym i każdym następnym posiedzeniu.

Wojewoda świętokrzyski ustalił na lata 2012 i 2013 stawki wynagrodzenia dla członków komisji w wysokości 400 zł za każde posiedzenie. Natomiast od roku 2014 wysokość stawek wynosiła 350 zł dla przewodniczącego i 300 zł dla pozostałych członków składu orzekającego za pierwsze, drugie i trzecie posiedzenie i 50 zł dla wszystkich członków za każde kolejne posiedzenie.

Wojewoda warmińsko-mazurski ustalił na rok 2012 stawkę wynagrodzenia w wysokości 430 zł za każde posiedzenie składu orzekającego, na rok 2013 – w wysokości 400 zł za pierwsze i drugie posiedzenie i 100 zł – za kolejne, na 2014 r. – 300 zł za pierwsze posiedzenie i 200 zł – za każde następne i od 2015 r. – 270 zł za każde posiedzenie.

⁸¹ Art. 67h ust. 1 pkt 1 u.p.p.

Koszty postępowania komisji w orzeczeniach

Komisje mają obowiązek ustalania w wydanych orzeczeniach wysokość kosztów postępowania przed komisją, które następnie winny być uiszczane na bieżąco na rachunek właściwego urzędu⁸². Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

Badanie dokumentów dotyczących 288 spraw z lat objętych kontrolą, tj. 2014 – 2017 wykazało, że w tym okresie wydanych zostało 260 orzeczeń w I instancji ale tylko w 247 podane zostały koszty ich postępowania na łączną kwotę 93,6 tys. zł.

W terminie 30 dni⁸³ wpłacone zostały na konto urzędów wojewódzkich środki wynikające tylko z 92 orzeczeń – 37,2% (spośród 247) na łączną kwotę 32,5 tys. zł (stanowiącą 37,7% łącznej kwoty kosztów postępowania).

W wyniku ponownego rozpatrzenia i wydanych orzeczeń w 142 sprawach (tj. w II instancji) koszty postępowania w tych sprawach podano tylko w 130 orzeczeniach na łączną kwotę 60,4 tys. zł ale w terminie na konto urzędów wojewódzkich wpłynęły środki tylko z 66 orzeczeń (50,8%) na łączną kwotę 36,3 tys. zł (60,2% kwoty należnej).

Brak ustalenia kosztów postępowania w 25 orzeczeniach (6,2%) spośród 402 orzeczeń wydanych w I i II instancji wynikał z faktu, że komisje - na podstawie uprawnień wynikających z u.p.p. - zwalniały wnioskodawców z kosztów postępowania przed komisją⁸⁴.

W komisji „świętokrzyskiej” koszty opłat (w wysokości 6,5 tys. zł) leżące po stronie wnioskodawców nie zostały przez nich wpłacone, ponieważ składy orzekające zwolniły ich z tego obowiązku na podstawie art. 102 K.p.c. (w związku z art. 67o u.p.p.).

Koszty obsługi komisji

Poza kosztami funkcjonowania komisji urzędy wojewódzkie ponoszą również koszty obsługi komisji, które dotyczą wynagrodzeń wraz z pochodnymi pracowników urzędu, którym powierzono zadania związane z obsługą organizacyjno-administracyjną ich funkcjonowania. Wysokość tych kosztów zależała głównie od liczby osób wyznaczonych do obsługi komisji.

Warmińsko-Mazurski UW – zadania związane z obsługą organizacyjno-finansową komisji powierzono 2 pracownikom Wydziału Zdrowia. Koszty obsługi dotyczyły wynagrodzeń tych osób i wyniosły w I kadencji funkcjonowania komisji 236,4 tys. zł, a w II kadencji (I kwartał 2018 r.) – 18,2 tys. zł.

Zachodniopomorski UW – wynagrodzenia pracowników Urzędu obsługujących komisje I kadencji wyniosły 565,7 tys. zł (od 21,8 tys. zł w 2012 r. do 116,1 tys. zł w 2017 r.).

5.1.9. Współpraca pomiędzy komisjami**Współpraca komisji**

Współpraca pomiędzy komisjami w celu wypracowania jednolitego podejścia do prowadzonych przez nie spraw miała charakter doraźny.

Miała ona charakter bieżących kontaktów telefonicznych celem wymiany doświadczeń dotyczących m.in. interpretacji ustawy o prawach pacjenta, regulaminów wojewódzkich komisji czy przepisów dotyczących ochrony danych osobowych (RODO).

⁸² Art. 67l ust. 4 i 5 u.p.p. Koszty postępowania przed komisją stanowią: opłata za złożenie wniosku (200 zł), zwrot kosztów podróży i noclegu, oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez komisję, a także wynagrodzenie za sporządzenie opinii. Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

⁸³ Ponieważ nie ma terminu, w jakim organ powinien dochodzić należności, to winien czynić to bez zbędnej zwłoki. Dla celów kontrolnych przyjęto, że termin 30 dni jest wystarczający dla podjęcia czynności zmierzających do „wyegzekwowania” należności stanowiących dochód budżetu państwa.

⁸⁴ W toku kontroli nie badano merytorycznej strony orzeczeń a tym samym nie można stwierdzić czy zwolnienia z kosztów postępowania następowały w wypadkach szczególnie uzasadnionych, jak wymaga art. 102 K.p.c.

Członkowie komisji brali udział w konferencjach naukowych i spotkaniach regionalnych dotyczących ujednoczenia praktyki orzeczniczej, stosowania przepisów Kodeksu postępowania cywilnego w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

W ocenie jednej z przewodniczących komisji II kadencji brak jest spotkań i narad, w których przewodniczący wojewódzkich komisji mogliby wymieniać doświadczenia związane z postępowaniem przed komisjami.

5.1.10. Informowanie Ministra Zdrowia o pracy komisji

Przekazywanie informacji na temat efektów prac komisji Ministrowi Zdrowia

W okresie 2012 – 2017 (I kwartał) wojewodowie przekazywali Ministrowi Zdrowia, na jego prośbę, informacje o działalności komisji. Informacje zawierały dane o liczbie wniosków złożonych i zwróconych oraz stanowiących przedmiot prac komisji, a także o zakończonych postępowaniach. Informacje były sporządzane początkowo w cyklu dwutygodniowym, a od stycznia 2013 r. w cyklu miesięcznym, w formie elektronicznego pliku danych i przekazywane pocztą elektroniczną bezpośrednio na konto poczty elektronicznej pracownika Ministerstwa.

Informacje takie przekazywane były również Rzecznikowi Praw Pacjenta.

Od 11 maja 2017 r. podstawę do składania informacji kwartalnych Ministrowi Zdrowia i Rzecznikowi Praw Pacjenta stanowi art. 67p ustawy o prawach pacjenta. Informacje te zawierają dane m.in. o liczbie wniosków, które wpłynęły do Komisji, w tym wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji, a także o liczbie zakończonych postępowań ze wskazaniem rodzaju wydanego orzeczenia.

Wyniki kontroli wskazały, że dwóch wojewodów (spośród 8 objętych kontrolą) nie przestrzegało terminów przekazywania powyższych informacji Ministrowi Zdrowia, a jeden z nich przekazał informacje niezgodne z rzeczywistością (wojewoda wielkopolski).

Wojewoda łódzki – nie sporządził i nie przekazał w terminie Ministrowi Zdrowia informacji z działalności Komisji za IV kwartał 2017 r. oraz I kwartał 2018 r. Zostały one przekazane w dniu 11 czerwca 2018 r., w trakcie kontroli NIK.

Wojewoda wielkopolski - przekazał Ministrowi informacje za II i III kwartał 2017 r. w dniu 27 października 2017 r., mimo iż z przepisu wynika, że powinny być przekazane na koniec każdego kwartału.

Ponadto w sprawozdaniach dotyczących 2017 r. przekazywanych Ministrowi Zdrowia i Rzecznikowi, podał niezgodne z rzeczywistością dane o liczbie wpływających wniosków o rozpatrzenie sprawy oraz o liczbie skarg.

5.2. ZAPEWNIENIE PACJENTOM NA DRODZE POZASĄDOWEJ PRAWA DO OTRZYMANIA ODSZKODOWANIA I/LUB ZADOŚĆUCZYNIENIA ZA ZDARZENIA MEDYCZNE

5.2.1. Struktura złożonych wniosków

Wnioski złożone

W latach 2012 – 2017⁸⁵ do 8 wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych funkcjonujących przy 8 urzędach wojewódzkich⁸⁶ wpłynęły łącznie 2203 wnioski (w II kadencji – 95 wniosków) o ustalenie zdarzenia medycznego.

⁸⁵ Okres funkcjonowania komisji w latach 2012-2017 w dalszej części informacji będzie określany również jako I kadencja a okres funkcjonowania w I kwartale 2018 r. – jako II kadencja. Dane dotyczące II kadencji podane są w nawiasie.

⁸⁶ Ustalenia dotyczą 8 urzędów wojewódzkich objętych kontrolą koordynowaną.

Najwięcej wniosków wpłynęło do komisji „wielkopolskiej” - 508 (26) i „dolnośląskiej” - 450 (17) a najmniej do „świętokrzyskiej” - 128 (5) i „lubuskiej” - 156 (8).

Tabela 3. Sposób rozpatrzenia wniosków złożonych w latach 2012 - 2017

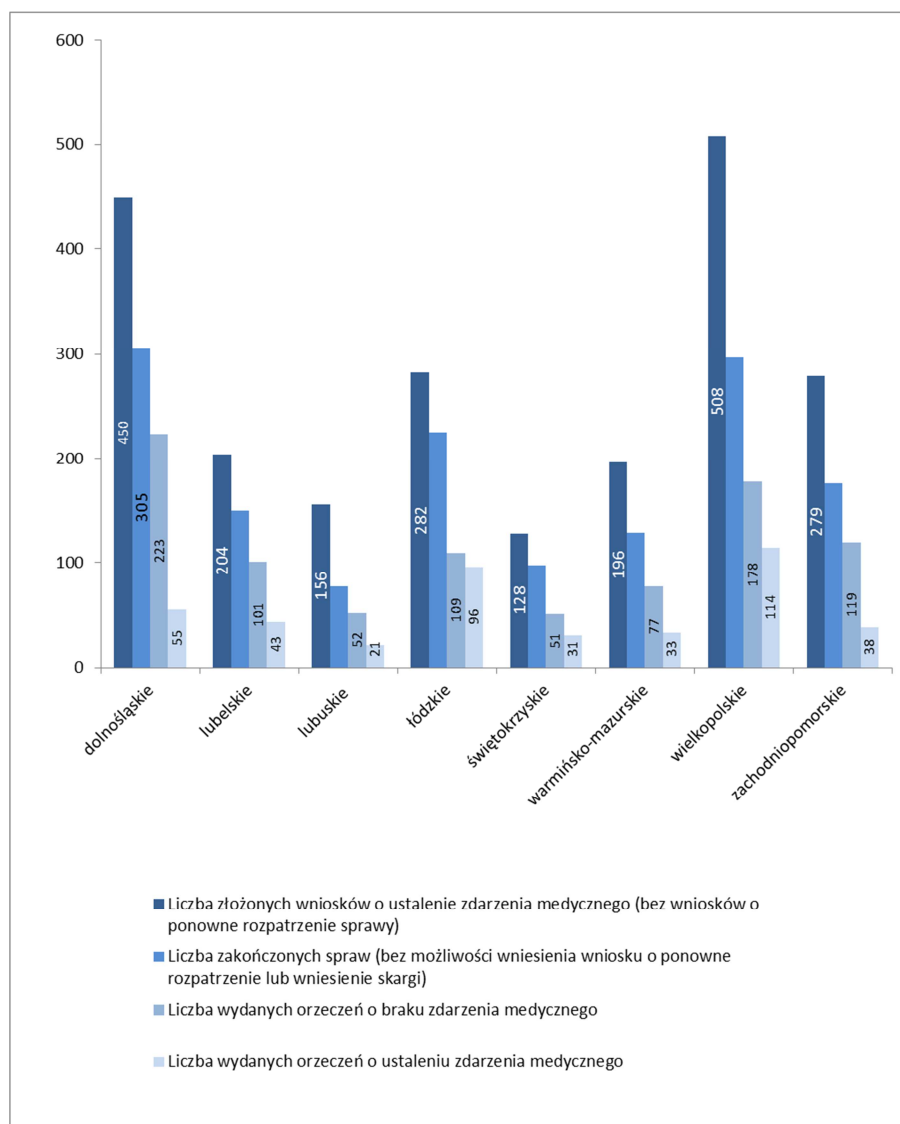
	Liczba złożonych wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego (bez wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy)	Liczba zakończonych spraw (bez możliwości wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie lub wniesienie skargi)	Liczba wydanych orzeczeń o braku zdarzenia medycznego	Liczba wydanych orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego
Dolnośląskie	450	305	223	55
Lubelskie	204	150	101	43
Lubuskie	156	77	52	21
Łódzkie	282	225	109	96
Świętokrzyskie	128	97	51	31
Warmińsko-mazurskie	196	129	77	33
Wielkopolskie	508	297	178	114
Zachodniopomorskie	279	176	119	38
Razem	2203	1456	910	431

Źródło: Opracowanie własne NIK

W latach 2012-2017 zakończonych zostało 1456 spraw, tj. 66,1% ogółem złożonych 2203 wniosków (najwięcej w komisji „dolnośląskiej” - 305 a najmniej w „lubuskiej” - 77).

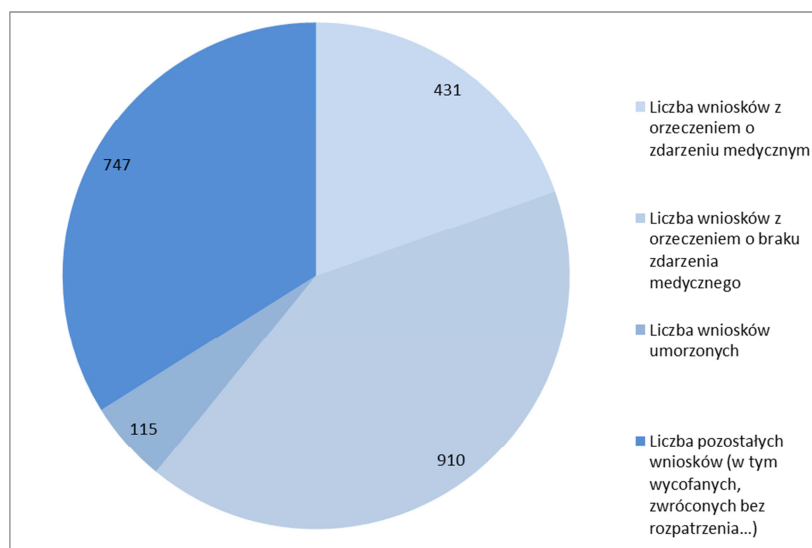
Liczba wydanych orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego wyniosła 431 (z 1456), tj. 29,6% (najwięcej w komisji „wielkopolskiej” - 114), a najmniej w „lubuskiej” - 21). Liczba orzeczeń o braku zdarzenia medycznego wyniosła 910, tj. 62,5% (najwięcej w komisji „dolnośląskiej” - 223 a najmniej w „świętokrzyskiej” - 51).

Wykres 10. Sposób rozpatrzenia wniosków złożonych w latach 2012 - 2017 w poszczególnych komisjach



Źródło: Opracowanie własne NIK

Wykres 10. Struktura wniosków złożonych łącznie w latach 2012 - 2017

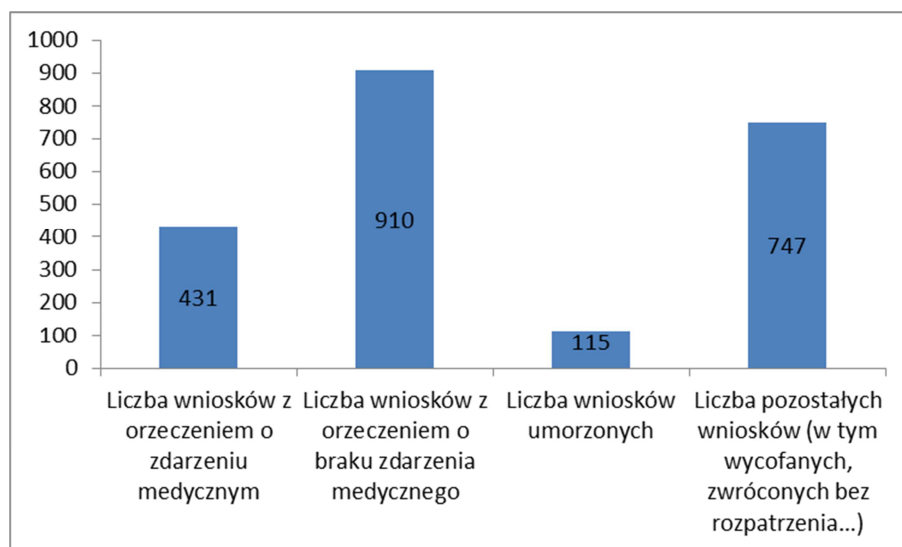


Źródło: Opracowanie własne NIK

Spośród 1456 zakończonych spraw – 115 zostało umorzonych⁸⁷.

Wnioskodawcom zwrócono bez rozpatrzenia 453 wnioski, spośród 2203 które wpłynęły w trakcie funkcjonowania komisji I kadencji (co stanowiło 20,1%).

Wykres 11. Struktura wniosków złożonych w latach 2012 - 2017



Źródło: Opracowanie własne NIK

W latach 2012-2017 do ośmiu komisji wpłynęło również 645 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy (spośród 1268 spraw w których wydano orzeczenie o ustaleniu lub braku zdarzenia medycznego), w tym 255 – od podmiotów składających wnioski i 286 – od podmiotów leczniczych⁸⁸.

Najwięcej wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, w odniesieniu do liczby wydanych orzeczeń (o ustaleniu zdarzenia medycznego lub jego braku) wpłynęło do komisji „świętokrzyskiej” – tj. 58,5% (48 wniosków w stosunku do 82 wydanych orzeczeń) i „łódzkiej” – 52,7% (odpowiednio – 108 i 205) a najmniej do komisji „zachodniopomorskiej” – 41,4% (65 i 157) i „lubuskiej” – 43,8% (32 i 73).

Wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego składane były z powodu: zakażenia - 275, uszkodzenia ciała – 738, rozstroju zdrowia – 619, śmierci pacjenta – 266.

Stwierdzono również przypadki, że wnioski składane były z kilku powodów.

Nadmienić jednak należy, że dane te ustalono na podstawie dokumentacji udostępnionej tylko w 6 komisjach⁸⁹.

5.2.2. Ustalenie kwoty odszkodowania

Odszkodowania

Komisje nie prowadziły ewidencji spraw (nie mają takiego obowiązku) w przypadku których pacjenci/wnioskodawcy zdecydowali się wycofać wniosek przed zakończeniem jego rozpatrywania lub odrzucili przedstawioną propozycję wysokości odszkodowania i/lub zadośćuczynienia lub otrzymali orzeczenie o braku zdarzenia medycznego – a następnie wystąpili na drogę postępowania sądowego.

⁸⁷ Art. 671 ust. 2 u.p.p.

⁸⁸ Brak ustaleń w tym zakresie z komisji „lubelskiej” i „lubuskiej”.

⁸⁹ Brak ustaleń w tym zakresie z komisji „lubelskiej” i „lubuskiej”.

Pisma do szpitali

W związku z powyższym, w toku kontroli, NIK wystąpiła na piśmie do podmiotów leczniczych⁹⁰ na obszarze danego województwa z zapytaniem czy wnioskodawcy w wyżej wymienionych przypadkach wytoczyli szpitalowi proces sądowy z powództwa cywilnego w celu uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia pieniężnego w związku z zaistniałym zdarzeniem medycznym i jaki jest wynik procesu.

W toku kontroli badano 336 spraw, które wpłynęły do komisji w latach 2014 – 2018, i w odniesieniu do 249 – wysłano do szpitali pisma, o których wyżej mowa⁹¹.

Z odpowiedzi uzyskanych w 244 przypadkach (91,4%) wynika, że tylko 35 wnioskodawców (13,1%) wytoczyło proces sądowy z powództwa cywilnego i w 2 przypadkach sąd przyznał odszkodowanie⁹², a w 3 – nie. W pozostałych przypadkach (spośród 35) sprawy są jeszcze w toku postępowania sądowego i/lub nie udzielono kontrolerowi jednoznacznej odpowiedzi o wyniku zakończenia sprawy. Natomiast z odpowiedzi w pozostałych sprawach (spośród 244) wynika, że w 12 przypadkach roszczenie pacjenta zostało zaspokojone (pacjent przyjął propozycję szpitala co do wysokości odszkodowania i je otrzymał), w 3 – ubezpieczyciel odmówił uznania roszczenia i w pozostałych – nie udzielił jednoznacznej odpowiedzi.

Propozycje odszkodowań

Zgodnie z przepisami u.p.p.⁹³ – w następstwie wydanego przez komisję prawomocnego orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego – ubezpieczyciel/szpital przedstawia wnioskodawcy w terminie 30 dni za pośrednictwem komisji propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia a jeśli nie spełni tego wymogu, to jest zobowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku⁹⁴, nie wyższej niż określona w art. 67k ust. 7 u.p.p.

Wyniki kontroli wskazały, że ubezpieczyciele/szpital nie przestrzegali wymogu przedstawiania w każdym przypadku propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, jak również nie dotrzymywali ustawowego terminu na jej przedstawienie.

Nie naruszało to jednak prawa pacjenta do możliwości zaspokojenia swojego roszczenia we wnioskowanej kwocie. Komisje wystawiały zaświadczenie w którym stwierdzały złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji tego świadczenia⁹⁵.

Do 253 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego, wydanych w 5 komisjach⁹⁶ I kadencji, tj. funkcjonujących w latach 2012 – 2017, propozycje odszkodowań i zadośćuczynień złożone zostały tylko w 231 przypadkach (91,3%), w tym 22 propozycje (9,5%) – po terminie wynikającym z u.p.p.

Propozycje przedstawione przez ubezpieczyciela/szpital, były odrzucone przez wnioskodawców w 166 przypadkach (71,9%).

Tylko jedna komisja („dolnośląska”) posiadała informację na temat wysokości świadczeń podanych we wnioskach, w przypadku których ubezpieczyciel/szpital nie przedstawił za pośrednictwem komisji propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia; w komisji tej dotyczyło to sześciu wniosków na kwotę 875 tys. zł. Natomiast kwota

⁹⁰ Do podmiotów leczniczych wystąpiono na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁹¹ Wysłano 106 pism w 249 sprawach.

⁹² Do czasu zakończenia kontroli NIK.

⁹³ Art. 67k ust. 2 i 10 u.p.p.

⁹⁴ Art. 67k ust. 3 u.p.p.

⁹⁵ Art. 67k ust. 4 u.p.p.

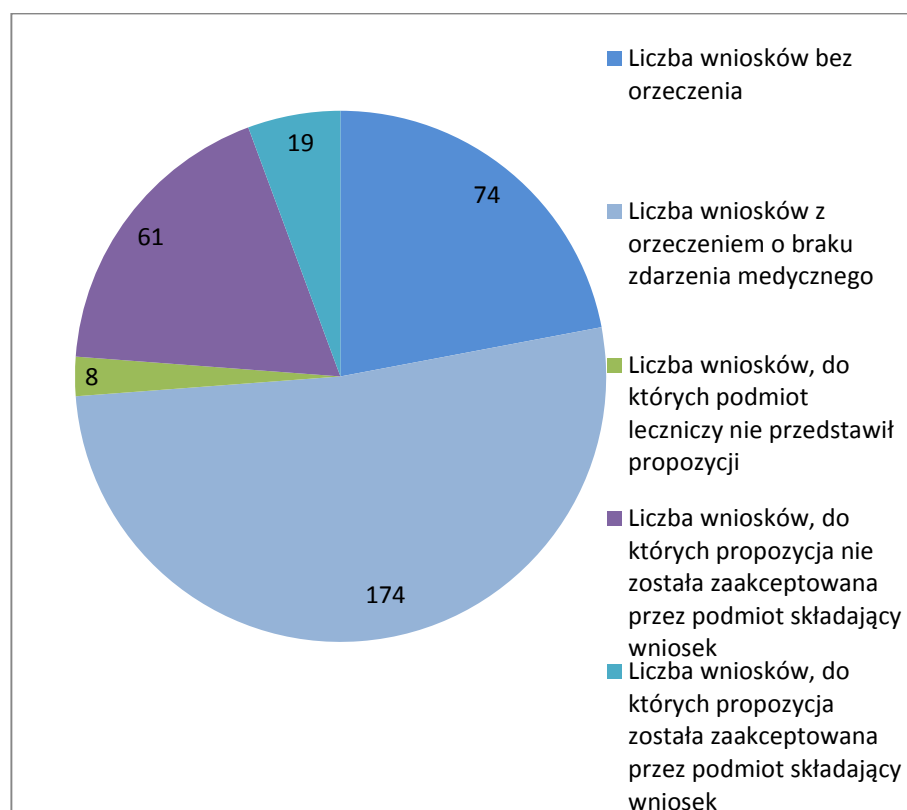
⁹⁶ Przedstawione dane dotyczą 5 komisji („dolnośląskiej”, „łódzkiej”, „świętokrzyskiej”, „warmińsko-mazurskiej” i „zachodniopomorskiej”); natomiast brak pełnych danych w analizowanym zakresie z 3 komisji („lubelskiej”, „lubuskiej” i „wielkopolskiej”).

wypłacona wnioskodawcom (w tej komisji) na podstawie 8 orzeczeń w przypadku których ubezpieczyciel/szpital przedstawił propozycję wynosiła łącznie 316.050 zł.

Natomiast wnioskodawcom w komisji „zachodniopomorskiej” wypłacono odszkodowania i zadośćuczynienia na podstawie 15 orzeczeń w przypadku których ubezpieczyciel/szpital przedstawił propozycję odszkodowania; łącznie w kwocie 336,6 tys. zł; w 23 przypadkach (spośród 38 – w których komisja wydała orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego) wnioskodawcy odrzucili propozycję szpitala dotyczącą wysokości świadczenia.

Analiza dokumentacji dotyczącej 336 spraw, które wpłynęły do 7 komisji⁹⁷ w latach 2014 – 2018 (I kw.) wykazała, że wydały one łącznie 262 ostateczne orzeczenia, w tym 88 o ustaleniu zdarzenia medycznego (33,6%). Propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia złożono do 81 orzeczeń (80 – złożyły szpitale i 1 – ubezpieczyciel)⁹⁸, ale tylko 19 propozycji zostało zaakceptowanych przez wnioskodawców.

Wykres 12. Struktura badanych wniosków z lat 2014 - 2018



Źródło: Opracowanie własne NIK

Komisje nie prowadzą ewidencji (nie mają takiego obowiązku) złożonych propozycji i kwot zaakceptowanych i otrzymanych przez wnioskodawców.

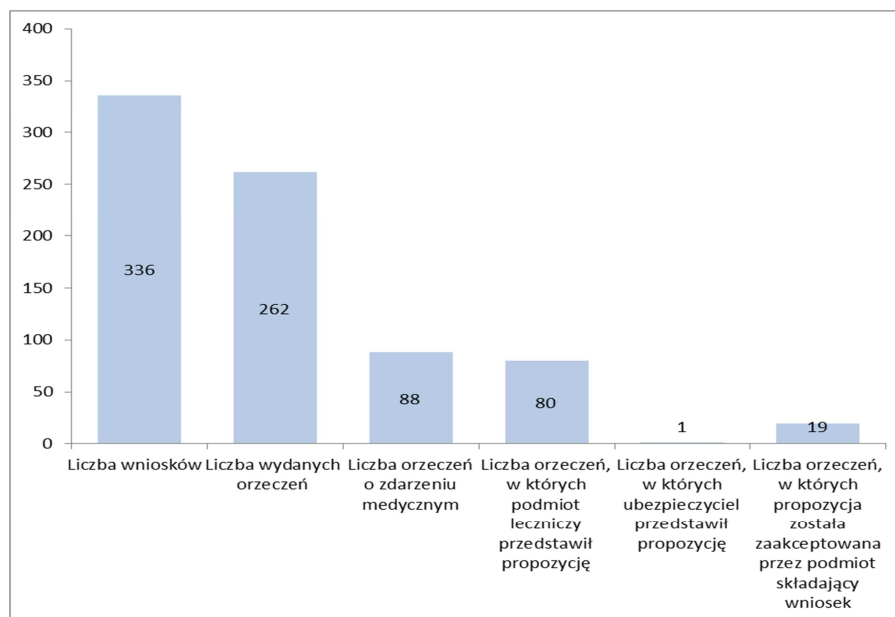
Badając dokumentację dotyczącą złożonych wniosków i wydanych orzeczeń zidentyfikowano wysokość złożonych propozycji tylko w 18 orzeczeniach (spośród 80) na łączną kwotę 226 tys. zł. (propozycje

⁹⁷ Brak danych dotyczących wniosków, które wpłynęły do komisji „lubelskiej”.

⁹⁸ Ze względu na zmiany przepisów w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń podmiotów leczniczych (art. 17 oraz 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.), które zmieniły kolejno termin stosowania przepisów dotyczących ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, a ostatecznie uchylene tych przepisów w 2016 r. (art. 1 pkt 7 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r., poz. 960) podmioty lecznicze prowadzące szpital były zobowiązane posiadać polisę od zdarzeń medycznych tylko w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2012 r.

wynosiły od 100 zł do 75.000 zł) i wielkość wypłaconych odszkodowań i zadośćuczynień tylko w odniesieniu do 8 orzeczeń (spośród 19) na łączną kwotę 66.000 zł.

Wykres 13. Liczba badanych wniosków z lat 2014 – 2018



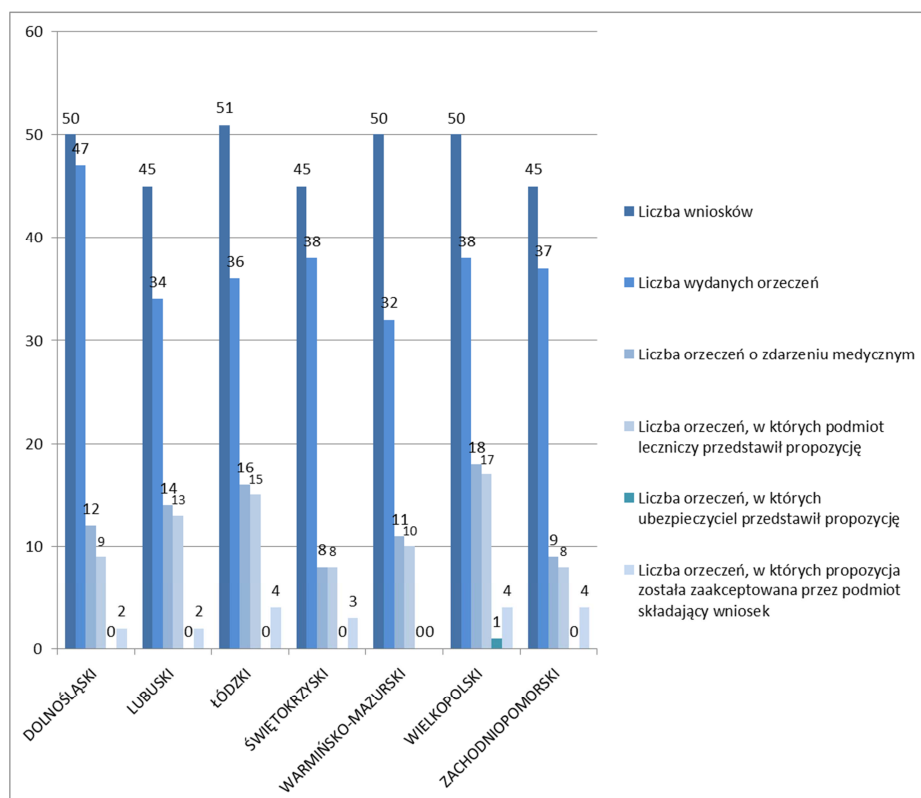
Źródło: Opracowanie własne NIK

Wnioskodawca nie jest prawnie zobligowany do uzasadnienia oraz wskazania sposobu obliczenia żądanej kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia⁹⁹, co powoduje, że wysokość tych kwot nie jest akceptowana przez szpitale. Żądania te przekraczają również częstokroć kwoty, które przy zastosowaniu reguł przedstawionych w rozporządzeniu¹⁰⁰ szpitale mogły zaakceptować lub zaproponować.

⁹⁹ Mogą świadczyć o tym przykłady zaakceptowanej przez wnioskodawcę wysokości kwot odszkodowania i zadośćuczynienia zaproponowane przez szpital/ubezpieczyciela, które były znacznie niższe od kwot wnioskowanych.

¹⁰⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z 2013 r., poz. 759).

Wykres 14. Liczba badanych wniosków z lat 2014 – 2018 w podziale na województwa



Źródło: Opracowanie własne NIK

Propozycje szpitali dotyczące wysokości świadczeń w przypadku wydanego orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego – w ocenie NIK - nie były oparte na przepisach rozporządzenia w sprawie wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, nie zawierały kalkulacji odnoszących się do pozycji wskazanych w rozporządzeniu i z reguły proponowane były pacjentom kwoty znacznie niższe niż kwoty maksymalne, wynikające z powyższego rozporządzenia (niekiedy nawet kuriozalnie niskie, np. 100 zł).

Komisja „łódzka” wydała w latach 2012 – 2018 (I kwartał) 98 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego; do 84 – szpitale złożyły propozycje wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, ale tylko 17 z nich (20,2%) zostało zaakceptowanych przez wnioskodawców (propozycje wynosiły od 1000 zł do 62.000 zł), a 67 (79,8%) – odrzuconych (propozycje wynosiły od 100 zł do 50.000 zł). Np. pacjent żądał we wniosku 25.800 zł ale szpital zaproponował 1000 zł (mimo iż na podstawie rozporządzenia w sprawie wysokości świadczenia mógł zaproponować maksymalnie 9.500 zł) i pacjent zaakceptował ją. Inny pacjent żądał 75.000 zł odszkodowania, a szpital zaproponował 100 zł (mimo iż mógł zaproponować maksymalnie 37.750 zł) i propozycja została odrzucona. Inny pacjent żądał 20.000 zł odszkodowania, szpital zaproponował 10.000 zł (mimo iż maksymalnie mógł zaproponować 71.500 zł) i propozycja została przyjęta.

Nadmienić należy, że w żadnym przypadku spośród 395 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego, wydanych przez 7 komisji¹⁰¹ w latach 2012 – 2018 (I kwartał), szpital lub ubezpieczyciel nie zaakceptowali wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia zaproponowanego we wniosku przez wnioskodawcę.

¹⁰¹ Brak danych z komisji „lubelskiej”.

W ocenie NIK rozporządzenie w sprawie wysokości świadczenia jest skomplikowane, a tym samym może mieć wpływ na określenie realnej wysokości wnioskowanego odszkodowania.

Propozycje szpitali – w ocenie NIK – wynikały z subiektywnie dokonanej oceny zdarzenia. Wynikało to z faktu, że w dokumentacji medycznej, nie ma informacji o następstwach zdarzenia (np. konieczności zapewnienia opieki osób trzecich, braku możliwości podjęcia bądź kontynuowania nauki, okresu niezdolności do pracy ...)

Tym samym szpitale mają za mało danych aby realnie wycenić zdarzenie medyczne (opierają się tylko na „uzasadnieniu wniosku pacjenta zawierającym uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta”), ponieważ orzeczenie komisji odnosi się tylko do ustalenia zdarzenia medycznego (np. zakażenia, nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu), podczas gdy rozporządzenie (o którym wyżej mowa) odnosi się do następstw tego zdarzenia (np. stały lub czasowy uszczerbek na zdrowiu, okres pozostawania na zwolnieniu lekarskim, konieczność zapewnienia pomocy innej osoby). Ponadto, w rozporządzeniu podano tylko maksymalne stawki świadczenia, co pozwala szpitalom proponować stawki jak najniższe - a tym samym nie można stawiać im zarzutu o zaniżaniu wysokości tego świadczenia.

5.2.3. Dodatkowe informacje dotyczące kontroli

Minister Zdrowia

W związku z kontrolą skierowano zapytania w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK do: Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta i Ministra Sprawiedliwości.

Z informacji otrzymanych od Ministra Zdrowia¹⁰² na temat wyboru kandydatów na członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz wiedzy na temat skuteczności i efektywności funkcjonowania tych komisji, wynika, że:

- Minister, przed powołaniem danej osoby do pełnienia funkcji członka komisji, dokonywał analizy przedłożonych przez niego dokumentów, dotyczących jego wykształcenia, doświadczenia zawodowego, a także o niekaralności w celu ich weryfikacji z wymogami wynikającymi z przepisów określonych w ustawie o prawach pacjenta¹⁰³.

Minister nie wykonywał żadnych czynności dla ustalenia, czy w stosunku do powołanych przez niego członków komisji nie zachodzą przesłanki do ich odwołania, wymienione w u.p.p.¹⁰⁴ Według Ministra, to urzędy wojewódzkie zapewniające wykonywanie zadań nałożonych na wojewodów, zapewniają również obsługę administracyjno-techniczną komisji i to ze strony urzędu Minister winien otrzymać informacje umożliwiające podjęcie działań w celu weryfikacji czy nie zachodzą przesłanki do odwołania – powołanej przez niego – osoby pełniącej funkcję członka komisji, tym bardziej, że niektóre z przesłanek do odwołania, określone w u.p.p.¹⁰⁵ mogą zostać zauważone oraz zweryfikowane jedynie przez urząd obsługujący prace danej komisji. W ramach swoich kompetencji, Minister podejmował natomiast działania w przypadku złożenia przez członka komisji rezygnacji z pełnionej funkcji, odwołując go i powołując w jego miejsce nowego członka.

Minister poinformował, że przed 2017 rokiem otrzymywał – na swój wniosek – informacje o pracach komisji (skali składanych i rozpatrywanych wniosków

¹⁰² Dalej zwany „Ministrem”.

¹⁰³ Art. 67e ust. 3 i 4 u.p.p.

¹⁰⁴ Art. 67e ust. 9 u.p.p.

¹⁰⁵ Art. 67g ust. 1, 4 i art. 67e ust. 9 pkt 2 u.p.p.

o ustalenie zdarzenia medycznego), natomiast od II kwartału 2017 r. informacje te otrzymuje na podstawie postanowień u.p.p.¹⁰⁶

Informacje przekazywane przez wojewodów w związku z działalnością komisji, obejmują wyłącznie dane statystyczne, dotyczące liczby wniosków, zakończonych postępowań oraz posiedzeń w związku z czym – wg Ministra – nie stanowią one podstawy do analiz systemowych nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizacji systemu opieki zdrowotnej, w oparciu o które możliwe byłoby podejmowanie prac legislacyjnych, mających na celu zmianę funkcjonowania stacjonarnej opieki zdrowotnej, czy też ograniczenie lub eliminowanie zdarzeń medycznych i tylko przekazywanie – wg Ministra – konkretnych orzeczeń merytorycznych komisji, tj. orzeczeń o zdarzeniu medycznym albo o braku tego zdarzenia, wraz z uzasadnieniem mogłoby stanowić podstawę do takich analiz.

Informacje te były przesłanką do powołania przez Ministra „Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o pozasądowym dochodzeniu roszczeń z tytułu wypadków medycznych”¹⁰⁷. Zespół zakończył prace dnia 31 marca 2016 r. – przygotowaniem w/w projektu założeń.

Minister poinformował, że w 2017 r. kilkakrotnie spotkał się z Rzecznikiem Praw Pacjenta¹⁰⁸ w celu rozważenia wprowadzenia zmian w obecnie obowiązującym pozasądowym systemie dochodzenia roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych. Ponadto, na prośbę Rzecznika interweniował u konsultantów krajowych i wojewódzkich z różnych dziedzin medycyny o sporządzenie i przekazanie Rzecznikowi listy lekarzy, którzy mogą być członkami komisji lekarskiej i w razie stwierdzenia okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym mogą wydawać opinie o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy. Minister przyznał, że były sytuacje kiedy Rzecznik zwracał się do niego o podjęcie działań mających na celu wyegzekwowanie przedmiotowej opinii.

Minister przyznał, że do Ministerstwa wpływały skargi wnioskodawców na przewlekłości postępowania komisji, niedotrzymywaniu przez nie terminów wydania orzeczeń oraz braku odrębnej instytucji odwoławczej.

Wpływały również pisma kierowane głównie przez przewodniczących poszczególnych komisji oraz urzędy wojewódzkie (a także pacjentów będących uczestnikami postępowania przed komisjami), które dotyczyły wątpliwości interpretacyjnych w zakresie przepisów u.p.p. związanych głównie z kwestiami proceduralnymi.

W 2014 r. w Ministerstwie przygotowano projekt „ustawy o zmianie u.p.p. oraz niektórych innych ustaw”, który miał na celu uregulowanie m.in. zagadnień dotyczących funkcjonowania komisji, ponieważ „dotychczasowa ocena skuteczności i efektywności ich funkcjonowania i takiego sposobu dochodzenia przez pacjentów roszczeń wobec podmiotów leczniczych, wskazywała na potrzebę wprowadzenia zmian zmierzających do usprawnienia prowadzonych przez komisje postępowań oraz ujednolicenia stosowanych procedur”.

Nadmienić jednak należy, że na pytanie NIK „czy Ministerstwo dokonywało oceny ex-post skutków regulacji dotyczącej orzekania o zdarzeniach medycznych, wprowadzonej u.p.p.” odpowiedziano, że „w Ministerstwie Zdrowia nie dokonywano prac analitycznych we wspomnianym zakresie”.

¹⁰⁶ Art. 67p u.p.p.: wyniki kontroli wskazały, że niektórzy wojewodowie (np. Łódzki) nie realizowali postanowień art. 67p u.p.p., co do zakresu przekazywanych informacji i/lub terminu ich przekazywania.

¹⁰⁷ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o pozasądowym dochodzeniu roszczeń z tytułu wypadków medycznych; zarządzenie utraciło moc z dniem 31 marca 2016 r. (Dz. U. Min. Zdr., poz. 18).

¹⁰⁸ Rzecznik Praw Pacjenta – zwany dalej również “RPP lub “Rzecznik”.

W projekcie „ustawy o zmianie u.p.p. oraz niektórych innych ustaw” zaproponowano ponad 29 zmian, w tym m.in.:

- a) odstąpienia od zasady wyznaczania członków składu orzekającego według kolejności alfabetycznej,
- b) dopuszczenie możliwości przedłużenia terminu wydania orzeczenia w postępowaniu przed komisją w przypadkach szczególnie uzasadnionych,
- c) wprowadzenie prawa przetwarzania przez wojewodę danych z postępowań przed komisją,
- d) zobowiązanie wojewody do przekazywania informacji na temat prac komisji.

Ostatecznie przyjętych i uchwalonych zostało¹⁰⁹ tylko 5 – spośród 29 proponowanych zmian – w zakresie regulacji dotyczących funkcjonowania komisji, w tym zmiana wyżej wymieniona pod lit. **c** i lit. **d** (ale przekazywanie informacji ograniczone zostało tylko do danych statystycznych).

W okresie 2012 – 2018 (maj) do Ministerstwa wpłynęło 13 skarg (12 – w I kadencji i 1 w II kadencji) związanych z pracami komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w tym:

- 2 dotyczyły przewlekłości postępowania komisji (w Warszawie i w Katowicach),
- 4 dotyczyły nieprawidłowości w zakresie pracy i postawy członków komisji (2x w Warszawie, Wrocławiu i Katowicach),
- 2 dotyczyły rozstrzygnięcia komisji (w Kielcach i we Wrocławiu),
- 2 dotyczyły zaniechania wydania przez komisję zaświadczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego (2x we Wrocławiu),
- 1 dotyczyła umorzenia kosztów wydania opinii biegłego w postępowaniu przed komisją (w Lublinie),
- 2 dotyczyły postawy przewodniczącej komisji (w Olsztynie i we Wrocławiu).

Ministerstwo przekazało do rozpatrzenia 5 skarg do urzędów wojewódzkich (w tym o 1 – powiadomiło również skarżącego), 4 skargi – do przewodniczących komisji których dotyczyły (w tym o 1 – powiadomiło również skarżącego), 1 – do Rzecznika Praw Pacjenta i w przypadku 3 skarg – udzielono odpowiedzi skarżącemu. Ministerstwo nie posiada informacji o sposobie rozstrzygnięcia skarg.

Rzecznik Praw Pacjenta

NIK wystąpiła do Rzecznika Praw Pacjenta¹¹⁰ o informacje na temat skuteczności – w jego ocenie – systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.

W otrzymanej informacji, Rzecznik stwierdził, że „*negatywnie ocenia funkcjonujące od 2012 r. wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*”.

W uzasadnieniu tej oceny, Rzecznik wskazał na uregulowania niektórych kwestii w u.p.p., których przestrzeganie przez komisję (do czego jest zobligowana) powoduje, że – wbrew założeniom ustawodawcy – obecny system pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów nie stanowi alternatywy dla sądownictwa powszechnego.

Rzecznik zwrócił uwagę na:

- wadliwie skonstruowany model ustalania wysokości odszkodowań i w efekcie osoby pokrzywdzone „zmuszone” są występować na drogę sądową, przed czym komisje miały je uchronić,
- problemy z dotrzymaniem terminu czterech miesięcy na rozpoznanie wniosków co jest następstwem problemów w uzyskaniu opinii

¹⁰⁹ Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r., poz. 836).

¹¹⁰ Rzecznik Praw Pacjenta – zwany dalej również “Rzecznikiem” lub “RPP”.

specjalistycznych i/lub opinii uzupełniających istotnych do wydania przez komisję orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego lub jego braku,

- liczebność składów orzekających (obecnie składają się z 4 członków a winny liczyć nieparzystą liczbę członków, co miałyby kluczowe znaczenie przy głosowaniu nad wydaniem orzeczenia),

- niezasadne ograniczenie możliwości orzekania o zdarzeniach medycznych wyłącznie do zdarzeń mających miejsce w szpitalach w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej¹¹¹. Zdaniem Rzecznika krąg podmiotów, w których doszło do zdarzenia medycznego należałoby rozszerzyć. Przepisy w obecnym kształcie ograniczają możliwość pozasądowego dochodzenia roszczeń dla szerokiego kręgu osób pokrzywdzonych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą innego rodzaju,

- wątpliwości co do przyznania mocy wiążącej orzeczeń wydanych przez komisje wobec sądów powszechnych, które orzekają niezależnie,

- uregulowanie w u.p.p., że tylko wydane przez komisję orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń (określony w przepisach Kodeksu cywilnego) wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem. W ocenie Rzecznika należy przyjąć, że bieg terminu przedawnienia przerywa każde merytoryczne rozstrzygnięcie komisji (nie dotyczy to natomiast np. zwrotu wniosku z przyczyn formalnych),

- uregulowanie w u.p.p., że wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy i skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczeń, składane są do tej samej komisji. Według Rzecznika, jest to szczególna droga odwoławcza w procedurze administracyjnej, która zakłada skierowanie „odwołania” od niekorzystnego rozstrzygnięcia organu administracji publicznej do tego samego organu, a nie do organu wyższego stopnia. Takie rozwiązanie – według Rzecznika – wydaje się dopuszczalne w szczególności że przepisy u.p.p.¹¹², wskazują, że w rozpatrywaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy i skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia, nie może brać udziału członek, który uczestniczył w wydaniu zaskarżonego rozstrzygnięcia,

-problemy związane z ustalaniem wysokości odszkodowania/zadośćuczynienia przez podmioty zobowiązane. Według Rzecznika, przedstawianie rażąco niskich propozycji zadośćuczynień lub odszkodowań może wynikać z niestosowania przez podmioty zobowiązane rozporządzenia w sprawie wysokości świadczenia.

Z informacji przekazanej przez Rzecznika do NIK wynika, że w latach 2012 – 2017, do 16 komisji wpłynęły 5604 wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego. Komisje wydały w tym okresie łącznie 1133 orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego i 2111 orzeczeń o braku zdarzenia medycznego.

W informacji podano również, że do 16 komisji wpłynęło 1468 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, a komisje umorzyły łącznie 380 postępowań.

Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Sprawiedliwości na temat spraw odszkodowawczych prowadzonych w sądach powszechnych od 2012 r.¹¹³ oraz prawomocnie zasądzonych w tych sądach odszkodowań i zadośćuczynień za szkody wyrządzone przez podmioty lecznicze¹¹⁴, wynika że:

- **do sądów rejonowych** wpłynęło w latach 2012 – 2017 łącznie 1146 spraw¹¹⁵ a załatwiono 1149¹¹⁶ (do 2012 r. w sądach rejonowych pozostawały 304

Ministerstwo
Sprawiedliwości

¹¹¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160).

¹¹² Art. 67j ust. 8 i 67 m ust. 2 u.p.p.

¹¹³ Analizowano lata od 2012 r., tj. od czasu utworzenia i funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

¹¹⁴ Informacja dotyczy podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnych i stacjonarnym.

¹¹⁵ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 879,

sprawy nierozpatrzone), w tym 247 zostało uwzględnionych w całości lub częściowo, 140 – umorzono, 330 – oddalono, 161 – zwrócono, 16 - odrzucono a 255 „załatwiono w inny sposób”¹¹⁷. Do załatwienia z roku na rok – w analizowanym okresie – pozostawało od 265 do 301 spraw.

W I kwartale 2018 r. do sądów rejonowych wpłynęło 60 spraw (w tym 49 przeciwko samodzielnemu publicznemu zoz, 9 – przeciwko niepublicznemu zoz, i 2 – przeciwko Skarbowi Państwa lub jednostkom samorządu terytorialnego w związku z szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zoz) i załatwionych zostało również 60 spraw; do rozpatrzenia na okres następny pozostało łącznie 301 spraw.

Wskaźnik czasu trwania postępowania sądowego – według metodologii CEPEJ¹¹⁸ – wydłużał się sukcesywnie w analizowanych latach z 366 dnia (na koniec 2012 r.) do 699,8 dnia (na koniec 2017 r.).

W latach 2012 – 2017 za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia, prawomocnie zasądzone w sądach rejonowych odszkodowania wyniosły łącznie 2.018.772 zł, a zadośćuczynienia – 541,704 zł (efekt rozpatrzenia 127 spraw, w tym 9 – przeciwko samodzielnemu publicznemu zoz i 17 – niepublicznemu zoz),

- do sądów okręgowych orzekających w pierwszej instancji wpłynęły w latach 2012 – 2017 łącznie 4284 sprawy¹¹⁹, a załatwiono 3724¹²⁰ (do 2012 r. w sądach tych pozostawało 1208 spraw nierozpatrzonych), w tym 1055 spraw uwzględniono w całości lub częściowo, 289 – umorzono, 1341 – oddalono, 428 – zwrócono, 61 odrzucono, a 550 – „załatwiono w inny sposób”.

W analizowanym okresie sukcesywnie rosła z roku na rok liczba do załatwienia (rozpatrzenia) z 1417 (na koniec 2012 r.) do 1765 (na koniec 2017 r.).

W I kwartale 2018 r. do sądów tych wpłynęło łącznie 157 spraw (w tym 123 przeciwko samodzielnemu publicznemu zoz i 30 – przeciwko niepublicznemu zoz)

-
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 92,
 - niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 175.

¹¹⁶ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 871,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 119,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 159.

¹¹⁷ W informacji nie podano w jaki sposób załatwione zostały te sprawy.

¹¹⁸ W badaniu CEPEJ długość postępowania sądowego mierzy się wskaźnikiem czasu trwania spraw (tzw. disposition time). Miara ta obrazuje czas niezbędny do zlikwidowania zaległości w rozpatrywaniu spraw, przy określonym rocznym poziomie ich załatwień. Stosuje się ją jednak również do oszacowania czasu trwania postępowań w różnych kategoriach spraw. Wskaźnik oblicza się dzieląc liczbę spraw pozostających do załatwienia na koniec roku przez liczbę załatwionych spraw w danym roku. Otrzymany iloraz mnoży się przez 365 dni i w dniach właśnie jest on wyrażany.

¹¹⁹ W tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 3582,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 195,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 507.

¹²⁰ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 3113,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 236,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 375.

a załatwiono 196 (w tym odpowiednio 161 i 31) i do rozpatrzenia pozostało 1726 spraw.

Wskaźnik czasu trwania postępowania sądowego (według metodologii CEPEJ) wydłużał się sukcesywnie w analizowanych latach z 963,1 dnia (na koniec 2012 r.) do 1057,8 dnia (na koniec 2017 r.).

W latach 2012 – 2017, za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia, prawomocnie zasądzone w sądach okręgowych I instancji odszkodowania wyniosły łącznie 7.092 018 zł¹²¹, a zadośćuczynienia – łącznie 17.892.818 zł¹²².

Odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia, prawomocnie zasądzone w wyniku rozpatrzenia 215 spraw (w tym przeciwko 170 - samodzielnym publicznym zoz, 27 – niepublicznym zoz i 18 – j.s.t.).

- **do sądów okręgowych orzekających w drugiej instancji** wpłynęło w latach 2012 – 2017, łącznie 296 spraw¹²³ (od 38 do 73 w poszczególnych analizowanych latach) a załatwiono 293 sprawy¹²⁴ (od 40 do 66 rocznie) (do 2012 r. w sądach tych pozostawało 15 spraw nierozpoznanych) w tym m.in. 183 sprawy oddalono, 80 – zmieniono orzeczenie/wyrok sądu I instancji, 10 – odrzucono, a 14 orzeczeń uchylono i przekazano do ponownego rozpatrzenia przez sąd pierwszej instancji.

W analizowanym okresie liczba spraw do rozpatrzenia utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła 22 – na koniec 2012 r. i 18 – na koniec 2017 r.

W I kwartale 2018 r. do sądów tych wpłynęło łącznie 17 spraw, a załatwiono 13. Do rozpatrzenia – wg stanu na koniec tego kwartału – pozostały 22 sprawy.

Wskaźnik czasu trwania postępowania sądowego (według metodologii CEPEJ) był zróżnicowany w poszczególnych analizowanych latach i w odniesieniu do rodzaju podmiotu przeciw któremu prowadzona była sprawa – według stanu na koniec 2012 r. – wskaźnik ten ogółem wynosił 121,7 dnia, na koniec 2017 r. – 149,3 dnia a na koniec I kwartału 2018 r. – 154,4 dnia.

¹²¹ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 5.570.274 zł,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 1.066.698 zł,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 455.046 zł.

¹²² w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 13.340.468 zł,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 2.930.000 zł,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 1.622.350 zł.

¹²³ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 224,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 33,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich

¹²⁴ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 220,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 36,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 37.

W latach 2012 – 2017, za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia, prawomocnie zasądzone w sądach okręgowych II instancji odszkodowania wyniosły łącznie 853.811 zł¹²⁵ a zadośćuczynienia – łącznie 674.550 zł¹²⁶.

Zasądzono je w wyniku rozpatrzenia 70 spraw (w tym 58 - przeciwko SP ZOZ, 6 - NZOZ i 6 - j.s.t.).

- **do sądów apelacyjnych** wpłynęły w latach 2012 – 2017 łącznie 1594¹²⁷ sprawy (od 253 do 280 w poszczególnych analizowanych latach) a załatwiono 1462 sprawy¹²⁸ (od 234 do 279 w poszczególnych analizowanych latach) w tym m.in. 847 oddalono, w 202 – zmieniono wyrok/orzeczenie, 82 – uchylono i przekazano do sądu I instancji, 36 odrzucono, 65 – „załatwiono inaczej” (nie podano sposobu załatwienia).

W analizowanym okresie liczba spraw do rozpatrzenia sukcesywnie rosła z 88 - na koniec 2012 r. do 201 - na koniec 2017 r.

W I kwartale 2018 r. do sądów wpłynęły 84 sprawy a załatwiono - 54 i do rozpatrzenia – wg stanu na koniec tego kwartału pozostało łącznie 231 spraw.

Wskaźnik czasu trwania postępowania sądowego (według metodologii CEPEJ) był zróżnicowany z tendencją zwyżkową – z 137,3 dnia (na koniec 2012 r.) do 263,0 dnia na koniec 2017 r. i do 390,3 dnia na koniec I kwartału 2018 r.

W latach 2012 – 2017 za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia prawomocnie zasądzone w sądach apelacyjnych odszkodowania wyniosły łącznie 7.533.515 zł¹²⁹ a zadośćuczynienia – łącznie 64.190.761 zł¹³⁰.

¹²⁵ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 610.536 zł,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 115 275 zł,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 128.000 zł.

¹²⁶ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 663.750 zł,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 0,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 10.800 zł.

¹²⁷ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 1330,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 134,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 130.

¹²⁸ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 1223,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 132,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 107.

¹²⁹ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 6.819.651 zł,
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) – 643.179 zł,
- niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) – 70.685 zł.

¹³⁰ w tym przeciwko:

- samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej – 54.814.261 zł,

Zasądzono je w wyniku rozpatrzenia 419 spraw (w tym 352 - przeciwko SP ZOZ, 30 - przeciwko innym publicznym podmiotom leczniczym i 37 - przeciwko NZOZ).

-
- Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.) - 6.717.000 zł,
 - niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną) - 2.659.500 zł.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Cel główny kontroli	Ocena działań wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych mających na celu zapewnienie pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową
Cele szczegółowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ocena działań komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych czy zgodnie z obowiązującymi procedurami ustalały czy doszło do zdarzenia medycznego. 2. Ocena, czy prawo pacjenta do otrzymania odszkodowania lub zadośćuczynienia za zdarzenie medyczne zostało zapewnione na drodze pozasądowej.
Zakres podmiotowy	<p>Urzędy wojewódzkie</p> <p>Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych poprzez powołanie odpowiednich członków tych komisji oraz właściwą obsługę administracyjno-organizacyjną komisji.</p>
Kryteria kontroli	Urzędy wojewódzkie – na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, ocena kontrolowanej działalności – pod względem legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.
Okres objęty kontrolą	Lata 2014 – 2018 (I kwartał) oraz lata 2012 – 2013 w zakresie danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	<p>NIK wystąpiła w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministra Zdrowia o podanie informacji na temat procedury powoływania przez Ministra członków wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz działań podejmowanych w celu poprawy skuteczności funkcjonowania systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów, - Rzecznika Praw Pacjenta o informacje na temat jego wiedzy co do skuteczności funkcjonowania systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów, - Ministra Sprawiedliwości o informacje na temat stanu spraw odszkodowawczych od podmiotów leczniczych za zdarzenia medyczne w sądach powszechnych.
Pozostałe informacje	<p>Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli na skutek sugestii Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i ujęta w planie pracy na 2018 r.</p> <p>Czynności kontrolne przeprowadzone zostały w okresie od 17 kwietnia do 9 lipca 2018 r.</p> <p>Program kontroli opracowany został w oparciu o:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyniki kontroli doraźnej przeprowadzonej w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim (R/17/004) w zakresie pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów, - publikacje prasowe i informacje dostępne na internetowych portalach branżowych,



- interpelacje i zapytania posłów na Sejm RP, adresowane do Ministra Zdrowia w sprawie skuteczności dochodzenia roszczeń przez pacjentów w trybie alternatywnego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,

- informacje uzyskane od Rzecznika Praw Pacjenta na temat skuteczności funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Kontrolę przeprowadzono w 8 urzędach wojewódzkich (dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim).

W dniu 3 października 2018 r. dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Lublinie skierował do Prokuratora Okręgowego w Lublinie zawiadomienie o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez przewodniczącego komisji polegającego na utrudnianiu upoważnionemu kontrolerowi NIK czynności służbowych wykonywanych w trakcie prowadzonego postępowania kontrolnego, tj. czynu, o którym mowa w art. 98 ustawy o NIK.

Zastrzeżenia do wystąpienia złożyło 4 wojewodów.

Komisja Rozstrzygająca w NIK rozpatrzyła zastrzeżenia (4) złożone przez trzech wojewodów¹³¹ i 2 zastrzeżenia zostały oddalone w całości, 1 – uwzględnione w całości, i 1 – uwzględnione w części.

Z odpowiedzi udzielonych przez kontrolowane jednostki¹³² (8) wynika, że z ogólnej liczby 12 wniosków pokontrolnych, 3 wnioski zostały zrealizowane, a 9 – nie zrealizowano.

Wykaz jednostek kontrolowanych

L.p.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
1.	Departament Zdrowia	Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, ul. Piotrkowska 104, Łódź	Zbigniew Rau	negatywna
2.	Delegatura NIK w Kielcach	Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach, Aleja IX Wieków Kielc 3, Kielce	Agata Wojtyszek	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
3.	Delegatura NIK w Lublinie	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie, ul. Spokojna 4, Lublin	Przemysław Czarnek	opisowa
4.	Delegatura NIK w Olsztynie	Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 7/9, Olsztyn	Artur Chojecki	opisowa
5.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Al.	Zbigniew Hoffman	opisowa

¹³¹ Według stanu na 5.10.2018 r.

¹³² Według stanu na dzień 5.10.2018 r. odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne udzieliło trzech wojewodów.

L.p.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
		Niepodległości 16/18, Poznań		
6.	Delegatura NIK w Szczecinie	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie, ul. Wały Chrobrego 4, Szczecin	Tomasz Hinc	opisowa
7.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, ul. Plac Powstańców Warszawy 1, Wrocław	Paweł Marek Hreniak	opisowa
8.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, ul. Jagiellończyka 8, Gorzów Wielkopolski	Władysław Dajczak – od 9.12.2015 r, Jerzy Ostouch – od 29.04.2013 do 19.12.2014 r. Katarzyna Osos – od 26.01 do 11.11.2015 r.	opisowa

6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO-EKONOMICZNYCH

6.2.1. Z dniem 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 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 Komunikacyjnych¹³³ wprowadzając do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Rozdział 13a o tytule „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”. Uregulowano w nim zasady tworzenia wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych¹³⁴, ich funkcjonowanie oraz procedurę dochodzenia odszkodowań za ustalone w tym postępowaniu zdarzenia medyczne.

Siedzibą wojewódzkiej komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego¹³⁵.

Zgodnie z art. 67e u.p.p. w skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych oraz 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach

¹³³ Ustawa z dnia 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. z 2011 Nr 113, poz. 660).

¹³⁴ Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych – zwana dalej „wojewódzką komisją” lub „komisją”.

¹³⁵ Art. 67e ust. 1 u.p.p.

związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych, którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.

Spośród członków wojewódzkiej komisji: 14 członków powołuje wojewoda, przy czym: 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa, a 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa, natomiast 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta. Po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik. Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat.

Pracami wojewódzkiej komisji kieruje przewodniczący (wybrany w głosowaniu tajnym spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu)¹³⁶, a posiedzenia Komisji są protokołowane. Komisja wszczyna postępowanie o ustalenie zdarzenia medycznego będącego następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej)¹³⁷ na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego lub spadkobierców pacjenta¹³⁸.

Wniosek wnosi się do wojewódzkiej komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala tylko i wyłącznie w przypadku podejrzenia wystąpienia zdarzenia medycznego po 1 stycznia 2012 r. Wniosek musi być złożony w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednak termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta¹³⁹. Jeżeli jednak skutkiem zdarzenia medycznego była śmierć pacjenta termin ten nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego.

Wniosek musi zawierać¹⁴⁰ m.in.: dane pacjenta, dane osoby składającej wniosek (w przypadku gdy nie jest to sam pacjent), dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia (maksymalna wysokość świadczenia z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta wynosi 100 tys. zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta i 300 tys. zł w przypadku śmierci pacjenta)¹⁴¹.

Do wniosku dołącza się¹⁴² m.in. dowody uprawniające okoliczności zdarzenia (którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta) oraz szkody majątkowej i/lub niemajątkowej, potwierdzenie uiszczenia opłaty za złożenie wniosku (200 zł).

Do 10 maja 2017 r. weryfikacji wniosków pod względem formalnym dokonywała komisja – i w przypadku gdy był niekompletny lub nienależycie opłacony, zwracała go bez rozpatrzenia podmiotowi składającemu wniosek¹⁴³. Od 11 maja 2017 r.¹⁴⁴ oceny wniosku pod względem spełnienia wymogów

¹³⁶ Art. 67e ust. 11 i 13 u.p.p.

¹³⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jt. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.).

¹³⁸ Art. 67b u.p.p.

¹³⁹ Art. 67c u.p.p.

¹⁴⁰ Art. 67d ust. 1 u.p.p.

¹⁴¹ Art. 67k ust. 7 u.p.p.

¹⁴² Art. 67d ust. 2-4 u.p.p.

¹⁴³ Art. 67d ust. 5 u.p.p.

¹⁴⁴ Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 poz. 836) – art. 1 pkt 19 lit. c.

formalnych dokonuje przewodniczący wojewódzkiej komisji¹⁴⁵ (i również gdy wniosek jest niekompletny lub nienależycie opłacony, zwraca go bez rozpatrzenia wnioskodawcy).

Kompletny i należycie opłacony wniosek, wojewódzka komisja przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi w celu przedstawienia ich stanowiska w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku (wraz z dowodami popierającymi stanowisko). Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowaną wysokością odszkodowania i zadośćuczynienia¹⁴⁶.

W postępowaniu wojewódzka komisja rozpatruje dowody przedstawione przez wnioskodawcę oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela, a także inne zgromadzone dokumenty, wyjaśnienia, opinie (w tym opinii lekarza i/lub konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny lub farmacji jeśli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych)¹⁴⁷.

Komisja wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku – wraz z uzasadnieniem – nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi szpitala.

W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia, wnioskodawca, kierownik podmiotu leczniczego prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel szpitala mają prawo złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Komisja rozpatruje taki wniosek w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W jego rozpatrzeniu nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia¹⁴⁸.

W przypadku wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym ubezpieczyciel szpitala za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia przedstawia wnioskodawcy propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia (nie może być wyższa – odpowiednio od 100 tys. zł i 300 tys. zł).

Jeśli ubezpieczyciel przedstawi w terminie propozycję, o której wyżej mowa, to wnioskodawca w ciągu 7 dni od dnia otrzymania propozycji składa ubezpieczycielowi za pośrednictwem wojewódzkiej komisji oświadczenie o jej przyjęciu lub odrzuceniu¹⁴⁹. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji określonej w ust. 2 podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku¹⁵⁰. Natomiast w przypadku, gdy ubezpieczyciel nie przedstawi propozycji w terminie, jest obowiązany wypłacić odszkodowanie i zadośćuczynienie w wysokości określonej we wniosku¹⁵¹, nie wyższej jednak niż określona w art. 67k ust. 7 u.p.p.

W kwestii wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia należy mieć na uwadze, że przepisy art. 67k ust.1-9 oraz przepisy wydane na podstawie ust. 11, w zakresie w jakim dotyczą ubezpieczyciela, stosuje się do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu,

¹⁴⁵ Art. 67e ust. 11a

¹⁴⁶ Art. 67d ust. 6 u.p.p.

¹⁴⁷ Art. 67i ust. 4, 5 i 7 oraz art. 32 ust. 2 u.p.p.

¹⁴⁸ Art. 67j u.p.p.

¹⁴⁹ Art. 67k ust. 5 u.p.p.

¹⁵⁰ Art. 67k ust. 6 u.p.p.

¹⁵¹ Art. 67k ust. 1-3 u.p.p.

których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2, albo niezawarcia tej umowy¹⁵².

Minister Zdrowia wydał rozporządzenie¹⁵³ w sprawie wysokości świadczenia, które określa maksymalne kwoty świadczeń w odniesieniu do: stopnia pogorszenia zdrowia (poziomu uszkodzenia ciała), stopnia pogorszenia jakości życia (konieczności zapewnienia opieki osób trzecich, utraty zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości nauki) oraz uciążliwości leczenia lub innej krzywdy mającej związek ze zdarzeniem medycznym. Poszczególne składowe są skojarzone z maksymalnymi kwotami wypłat, które w sumie nie mogą przekroczyć 100 tys. zł. W przypadku śmierci pacjenta ubezpieczyciel określa wysokość świadczenia po analizie uzasadnienia orzeczenia wojewódzkiej komisji oraz dokumentacji złożonej przez wnioskodawcę, na podstawie, której ustala zakres, intensywność i rozmiar doznanej krzywdy lub pogorszenie sytuacji życiowej podmiotu składającego wniosek. W tym przypadku wysokość świadczenia nie może przekroczyć 300 tys. zł, przy czym wysokość zadośćuczynienia może być ustalona w kwocie nie wyższej niż 100 tys. zł, a odszkodowanie – nie wyższej niż 200 tys. zł¹⁵⁴.

Podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą, w terminie 30 dni od dnia: bezskutecznego upływu terminu na złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie 6-osobowym¹⁵⁵ stosując odpowiednie przepisy u.p.p.¹⁵⁶

Wysokość kosztów postępowania przed wojewódzką komisją ustala komisja w orzeczeniu¹⁵⁷. Koszty te stanowią¹⁵⁸: opłata za złożenie wniosku, zwrot kosztów podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez wojewódzką komisję, wynagrodzenie lekarza lub konsultanta wojewódzkiego za sporządzenie opinii, która jest niezbędna dla stwierdzenia okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia przez komisję.

Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.

Minister Zdrowia wydał rozporządzenie¹⁵⁹ w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych¹⁶⁰. Koszty te wynoszą:

- 83,58 zł za każde zakończone 100 km – w przypadku kosztów podróży osób wezwanych przez wojewódzką komisję;
- 34,50 zł za każdy nocleg – w przypadku kosztów noclegu osób wezwanych przez wojewódzką komisję;
- 153,57 zł za każdy dzień – w przypadku utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez wojewódzką komisję;

¹⁵² Art. 67k ust. 10 u.p.p.

¹⁵³ Art. 67k ust. 11 u.p.p.

¹⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z 2013 r. po. 750).

¹⁵⁵ Art. 67m u.p.p.

¹⁵⁶ Art. 67c ust. 1, art. 67f ust. 2 i 3 oraz art. 67g, 67h i art. 67j ust. 8 (drugie zdanie) u.p.p.

¹⁵⁷ Art. 67l ust. 4 u.p.p.

¹⁵⁸ Art. 67l ust. 5 u.p.p.

¹⁵⁹ Art. 67l ust. 7 u.p.p.

¹⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1740).

- 300 zł za sporządzenie opinii¹⁶¹ (kwota ta ulega zwiększeniu o: 150 zł w przypadku, gdy opinię sporządza osoba z tytułem naukowym profesora; 100 zł gdy opinię sporządza osoba ze stopniem naukowym doktora habilitowanego; 60 zł jeśli opinię sporządza osoba ze stopniem naukowym doktora).

W postępowaniu o ustalenie zdarzenia medycznego w zakresie nieuregulowanym w art. 67a – 67m u.p.p. komisja opiera się również na wskazanych w art. 67o przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, które stosuje się odpowiednio.

6.2.2. Do 11 maja 2017 r. według obowiązującej do tego czasu u.p.p. Minister Zdrowia nie musiał być informowany o roszczeniach pacjentów na drodze pozasądowej z tytułu wystąpienia zdarzenia medycznego, o skali tego zjawiska i o efektach działań w tym zakresie Wojewódzkich Komisji.

Dopiero nowelizacja u.p.p.¹⁶² zobowiązała wojewodów do przekazywania Ministrowi Zdrowia (i Rzecznikowi Praw Pacjenta) na koniec każdego kwartału oraz na każde żądanie tych organów informacji¹⁶³ dotyczących liczby:

- wniosków, które wpłynęły do wojewódzkiej komisji, w tym wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji;
- wniosków, które zostały pozostawione bez rozpoznania na podstawie art. 67d ust. 5;
- wniosków, które stanowią lub będą stanowiły przedmiot prac wojewódzkiej komisji, ze wskazaniem przedmiotu wniosku, wnioskowanej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia;
- zakończonych postępowań ze wskazaniem rodzaju wydanego orzeczenia;
- postanowień o zasięgnięciu opinii, o której mowa w art. 67i ust. 7 wraz z podaniem specjalizacji lekarza wydającego opinię;
- posiedzeń komisji ze wskazaniem liczby tych, które miały charakter organizacyjny.

6.2.3. Zasady funkcjonowania Wojewódzkiej Komisji winny być określone również w Regulaminie Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, opracowanym w urzędzie wojewódzkim. Regulamin winien określać wewnętrzną organizację i zasady działania Komisji.

¹⁶¹ Art. 67i ust. 7 u.p.p.

¹⁶² Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 836); weszła w życie z dniem 11 maja 2017 r.

¹⁶³ Art. 67p u.p.p. – j.w.

6.3. MODELE DOCHODZENIA ROSZCZEŃ PRZEZ PACJENTÓW W INNYCH KRAJACH

I. Model procesowy

Dominującym na świecie sposobem dochodzenia roszczeń przez osoby poszkodowane w wyniku błędów medycznych, przynajmniej na gruncie systemów prawnych wyrosłych na klasycznym prawie rzymskim, jest proces cywilny. Proces ten jest nieodzownie związany z pojęciem deliktu, tj. czynu niedozwolonego. Może mieć on różną postać: zachowania niezgodnego z prawem zawinionego lub niezawinionego, albo zdarzenia, na które człowiek nie ma wpływu. Co do zasady odpowiedzialność majątkową rodzą tylko czyny zawinione, niemniej jednak dopuszczalna jest odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. Roszczenie może obejmować również naprawienie szkody niemajątkowej¹⁶⁴. Dochodzenie roszczenia z tytułu szkody wynikającej z błędu medycznego w tym modelu nie różni się w istotny sposób od dochodzenia innych roszczeń o charakterze odszkodowawczym.

Roszczenie o odszkodowanie z reguły przysługuje osobie poszkodowanej, ale w przypadku jej śmierci w wyniku czynu niedozwolonego także innym osobom, których katalog może się różnić w poszczególnych krajach¹⁶⁵. Coraz powszechniej uznaje się również możliwość dochodzenia przez spadkobierców zadośćuczynienia z tytułu śmierci osoby bliskiej.

Dla uzyskania odszkodowania na drodze procesowej niezbędne jest wystąpienie przez osobę poszkodowaną z pozwem. W toku procesu powód musi dowieść, że rzeczywiście wystąpiła szkoda po jego stronie, czyn sprawcy był niedozwolony, a pomiędzy czynem a szkodą zachodzi związek przyczynowo-skutkowy. Pozwany może podnosić w trakcie procesu zarówno zarzuty merytoryczne odnoszące się do wspomnianych przesłanek odpowiedzialności, jak i zarzuty formalne związane z procedowaniem sprawy, (np. przedawnienie, niewłaściwość sądu), których skuteczne podniesienie może spowodować oddalenie powództwa i niezaspokojenie nawet słusznych roszczeń powoda.

Ustalenie powyższych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej przez sąd skutkuje zasądzeniem na rzecz powoda tytułem odszkodowania (i/lub zadośćuczynienia) świadczenia pieniężnego w formie zryczałtowanej sumy pieniędzy, powtarzającego się świadczenia na przyszłość (renty) czy innego świadczenia rzeczowego (np. obowiązek poniesienia kosztów leczenia, rehabilitacji, przystosowania mieszkania). Sąd może orzec również inne środki o charakterze naprawczym, które nie mają wymiaru majątkowego, np. obowiązek przeproszenia poszkodowanego. Roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie mogą być dochodzone łącznie lub oddzielnie w różnych procesach. Orzeczenie sądu może również rodzić odpowiedzialność popełniającego delikt na przyszłość, np. w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia poszkodowanego, które jest związane z popełnionego czynu niedozwolonego.

II. Model „nordycki”

W drugiej połowie XX wieku pojawiły się w systemach prawnych niektórych krajów alternatywne modele zaspokajania roszczeń o odszkodowanie z tytułu błędów medycznych. W pierwszej kolejności system taki wdrożyły kraje skandynawskie (nordyckie) z czego wzięła się najpowszechniejsza nazwa tego modelu. Niemal równie rozpowszechnioną nazwą jest „no – fault scheme”, tj. „model bez winy”, która stara się oddać jedno z głównych jego założeń, zgodnie z którym celem powinno być szybkie i pełne zrekomensowanie szkody

¹⁶⁴ W polskim systemie prawa z tytułu wyrządzenia szkody majątkowej należy się osobie poszkodowanej odszkodowanie, a z tytułu szkody niemajątkowej, tj. za doznaną krzywdę – zadośćuczynienie.

¹⁶⁵ Np. w Polsce są to osoby, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny.

doznanej w wyniku błędu medycznego bez ustalania winy osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych¹⁶⁶. Poszkodowany nie musi udowodniać winy, aby być uprawnionym do uzyskania odszkodowania. Samo postępowanie ma charakter koncyliacyjny, tj. oprócz naprawienia szkody ma dążyć do pojednania pomiędzy pacjentem i personelem medycznym.

Pomimo różnic w funkcjonowaniu przedmiotowego modelu w poszczególnych krajach nordyckich, jego wprowadzenie oparte zostało na kilku wspólnych założeniach:

- Jeżeli pacjent poniósł szkodę w wyniku leczenia, należy zapewnić mu odszkodowanie;
- Dostęp poszkodowanych pacjentów do odszkodowania powinien być łatwy i powszechny;
- Celem systemu winno być wspieranie dobrych relacji między lekarzami a pacjentami;
- Ustalenie błędu medycznego powinno służyć promocji bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej;
- Nacisk na obarczanie winą poszczególnych lekarzy nie służy uczeniu się na błędach medycznych i poprawie bezpieczeństwa pacjentów;
- Schematy administracyjne zapewniające rekompensatę za uszczerbek na zdrowiu są wydajniejsze pod względem kosztów i czasu¹⁶⁷.

W ramach tego modelu odszkodowanie należne jest z reguły tylko za enumeratywnie wskazane rodzaje czynów lub szkód, a oferowane i wypłacane odszkodowania są niższe niż uzyskiwane w procesach cywilnych. Wysokość odszkodowania jest równoważona szybkością postępowania oraz niskimi dla pacjenta kosztami dochodzenia roszczenia (albo nawet brakiem kosztów). Co do zasady pacjenci mają szansę uzyskać świadczenie tylko z tytułu szkody majątkowej. Niektóre z systemów prawnych wprowadzają również obowiązek dochodzenia roszczeń na drodze postępowania pojednawczego czy też ograniczenia w dostępie do drogi sądowej.

Prawo do odszkodowania (i/lub odszkodowanie) ustala specjalnie powołany do tego zespół profesjonalistów, który ocenia czy szkoda po stronie pacjenta była wynikiem procesu leczenia.

Bardzo ważnym elementem modelu nordyckiego jest funkcjonowanie powszechnego obowiązku ubezpieczenia osób i podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Jednocześnie koszty administrowania instytucjami likwidującymi szkody są ponoszone, z wyjątkiem Finlandii, przez szeroko rozumiany system opieki zdrowotnej, tj. szpitale oraz władze publiczne zarządzające szpitalami. Należy również zwrócić uwagę, że model nordycki jako podstawę do oceny prawidłowości prowadzenia procesu leczenia odnosi się do najwyższych standardów opieki, jakie można by pacjentowi zapewnić.

Odmienność systemu pozaprocesowego rozstrzygania roszczeń pacjentów z tytułu szkód medycznych podkreśla fakt, że instytucje i organy rozpatrujące zgłoszone roszczenia nie zajmują się również kwestiami odpowiedzialności dyscyplinarnej pracowników medycznych, a informacje przetwarzane przez te instytucje nie są przekazywane do instytucji dyscyplinarnych dla tych pracowników.

¹⁶⁶ Michał Białkowski, Kompensacja szkody powstałej przy leczeniu. Rozprawa doktorska, praca niepublikowana, str. 186; za https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/20802/1/2017_05_09_Doktorat_Micha%C5%82_Bia%C5%82kowski_ostateczna_5_pdf.pdf dostęp na dzień 01.10.2018r.

¹⁶⁷ Dr Anne-Maree Farrell, Ms Sarah Devaney and Ms Amber Dar; No-Fault compensation schemes for medical injury. A review; str. 8-9; za www.gov.scot/resource/0039/00394407.pdf dostęp na dzień 01.10.2018 r.

Scharakteryzowany pokrótce powyżej model funkcjonuje w Szwecji, Norwegii, Finlandii, Danii, Belgii i Litwie. Ponadto w niektórych krajach (poniżej przywołano przykłady Niemiec i Francji,) funkcjonują rozwiązania czerpiące z założeń modelu skandynawskiego. Oryginalne rozwiązanie, ale oparte na zasadzie „no-fault” zostało wprowadzone w Nowej Zelandii.

1. Szwecja

Zasady przyjęte w Szwecji są uważane za modelowy przykład zapewnienia kompensacji szkód w ramach „no-fault scheme”. System powstał nie w drodze ustawodawstwa a umowy zawartej pomiędzy organami administracji regionalnej¹⁶⁸ a konsorcjum towarzystw ubezpieczeniowych. Dopiero od 1997 roku został on wprowadzony do systemu prawnego w drodze ustawy.

Systemem zarządza instytucja Patientforsakringsforeningen (PFF) będąca spółką. Jej działalność jest finansowana ze składek wnoszonych przez władze lokalne zobowiązane do zapewnienia systemu opieki zdrowotnej. Wszystkie osoby oraz organy prowadzące działalność leczniczą muszą posiadać „ubezpieczenie pacjenta”, z którego wypłacane są odszkodowania za szkody medyczne.

Dla ustalenia prawa do odszkodowania nie jest wymagane udowodnienie winy lub zaniedbania. Odszkodowanie należy się pacjentowi, jeżeli w optymalnych warunkach i okolicznościach można było uniknąć szkody. Standard ten określa się mianem „zasady doświadczonego specjalisty” i wynika z dążenia do zapewnienia pacjentowi najwyższych dostępnych standardów opieki.

Zdarzeniami stanowiącymi podstawę do uzyskania odszkodowania są urazy wynikłe w trakcie leczenia, nieprawidłowo wykonanej lub niewykonanej diagnostyki, niewłaściwego funkcjonowania wyrobu medycznego, zakażenia, urazy powstałe w toku leczenia a niezwiązane bezpośrednio z tym procesem (np. pożar szpitala; upadek z łóżka). Szwedzki system przewiduje również odpowiedzialność z tytułu niewłaściwego zaordynowania leków lub nieprawidłowo wystawionych recept¹⁶⁹.

Żądanie wypłaty odszkodowania pacjent wnosi nie później niż trzy lata od dnia, kiedy dowiedział się o szkodzie, ale nie później niż 10 lat od dnia jej wyrządzenia.

Żądanie jest rozpatrywane przez pracowników PFF, którzy z reguły mają przygotowanie medyczne oraz prawnicze. Działają oni jak likwidatorzy szkody.

Świadczenie dla pacjenta pokrywa zarówno szkodę majątkową jak i niemajątkową, ma jednak charakter subsydiarny. Przy jego ustalaniu bierze się pod uwagę utracone dochody, wydatki poniesione na opiekę medyczną wywołane szkodą a niepokryte przez ubezpieczenie zdrowotne. Z kolei zadośćuczynienie ma rekompensować doznane ból i cierpienie, powstałą niepełnosprawność i oszpecenie oraz inne niedogodności. Wysokość zadośćuczynienia określa się na podstawie ustalonego wykazu¹⁷⁰ w oparciu o rodzaj obrażeń, dotkliwość i czas trwania. Poszkodowany może również liczyć na otrzymanie zryczałtowanej sumy pieniężnej, jeżeli wynikiem szkody jest trwały uszczerbek na zdrowiu. W przypadku pogorszenia możliwości zarobkowania pacjent może liczyć na świadczenie wyrównawcze wypłacane rocznie.

W przypadku śmierci pacjenta rodzina może być uprawniona do uzyskania zwrotu kosztów pogrzebu, utraty wsparcia finansowego oraz kosztów opieki psychologicznej.

¹⁶⁸ Radami okręgów terytorialnych.

¹⁶⁹ Przy opisie systemów w poszczególnych krajach odstąpiono od zastosowania jednolitej terminologii odnoszącej się do zdarzeń będących podstawą roszczenia, ze względu na występujące pomiędzy nimi różnice.

¹⁷⁰ Wykaz został opracowany przez ubezpieczycieli na podstawie orzecznictwa Sądu Najwyższego Szwecji. Możliwe są jednak od niego odstępstwa.

Wysokość świadczenia została ograniczona limitami wskazanymi w przepisach i jest wyrażana w formie wielokrotności kwoty bazowej podlegającej rewaloryzacji. Świadczenia uzyskane przez pacjenta z systemu opieki zdrowotnej i społecznej pomniejszają tę kwotę.

Pacjent niezadowolony z rozstrzygnięcia likwidatora szkody (PFF) może odwołać się do Zespołu do spraw Roszczeń Pacjentów. W skład Zespołu wchodzi przewodniczący, który jest lub był sędzią, oraz sześciu innych członków powoływanych na trzy lata. Wszyscy członkowie legitymują się przygotowaniem medyczno-prawniczym. Skarga do Zespołu jest wolna od opłat. Skarga do Zespołu nie jest obligatoryjna.

Pacjent może zdecydować o wniesieniu sprawy do sądu powszechnego w dowolnym momencie¹⁷¹. Pozwanego z reguły reprezentuje PFF.

2. Finlandia

System pozasądowy został wprowadzony ustawą o szkodach pacjentów z 1986 r. Wszystkie roszczenia pacjentów zgłaszane poza sądami są rozpatrywane przez Centrum Ubezpieczenia Pacjentów. Nadzór nad nim sprawuje Rada ds. Szkód Pacjentów powoływana przez Ministra Zdrowia.

Działalność Centrum jest finansowana ze składek opłacanych przez podmioty lecznicze. Kwoty składek są określane na poziomie rządowym.

Podobnie jak w Szwecji obowiązuje zasada szkody możliwej do uniknięcia w optymalnych warunkach i okolicznościach. Uprawnienie do żądania odszkodowania wynika z obiektywnie zaistniałej szkody będącej wynikiem leczenia lub diagnostyki.

Dochodzenie roszczenia w trybie pozasądowym jest uzależnione od spełnienia przesłanek formalnych: musi dojść do urazu (uszkodzenia ciała), które jest wynikiem leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej. Poszkodowanym musi być pacjent, a szkoda musiała powstać po 1 maja 1987 r. (data wejścia w życie ustawy) i wyłącznie na terytorium Finlandii.

Zakres zdarzeń, które mogą stanowić podstawę roszczenia jest szerszy niż w Szwecji i obejmuje urazy w trakcie leczenia, zakażenia, inne urazy powstałe w trakcie leczenia, nieprawidłowe działanie wyrobów medycznych, urazy powstałe w wyniku uszkodzenia pomieszczeń lub aparatury medycznej, następstwa nieprawidłowej ordynacji produktów leczniczych, nadmierne obrażenia (efekty leczenia nieproporcjonalne do pierwotnie leczonej choroby, urazu).

Obrażenia odniesione przez pacjenta muszą przekraczać pewien uznaniowy poziom. Nie podlegają kompensacji urazy nieistotne, tj. takie które wywołały jedynie lekki ból, nie spowodowały trwałego ograniczenia funkcjonowania, niepowodujące obrażeń o charakterze estetycznym, lub spowodowały szkodę wycenioną na nie więcej niż 200 euro.

Żądanie odszkodowania należy wnieść przed upływem trzech lat od dnia od uzyskania wiedzy o szkodzie. W pewnych przypadkach termin ten może być dłuższy, ale nie może przekroczyć 10 lat od dnia udzielenia świadczenia zdrowotnego. Żądanie jest rozpatrywane przez Centrum Ubezpieczenia Pacjentów. W pierwszej kolejności ocenie podlega ocena samego prawa do odszkodowania. Jeżeli zostało ono potwierdzone pacjent przedkłada Centrum odrębny formularz zawierający sposób ustalenia wysokości szkody wraz z uzasadnieniem wszystkich podnoszonych twierdzeń w tym zakresie. W formularzu pacjent wskazuje również wszystkie świadczenia, jakie uzyskał z innych tytułów, tj. ubezpieczeń osobistych, pomocy społecznej, itp. Na tej podstawie Centrum proponuje określoną kwotę, która jest ustalana na podstawie wskazań zawartych w przepisach prawa deliktowego.

¹⁷¹ Dr Anne-Maree Farrell, op.cit, str. 39-42. M Białkowski, op. cit. str. 192-203.

Podobnie jak w Szwecji odszkodowanie ma charakter subsydiarny i pokrywa szkodę tylko w takim zakresie, w jakim nie została naprawiona przez państwowy system opieki lub odszkodowania.

Odszkodowanie pokrywa szkodę wynikającą z kosztów leczenia, innych uzasadnionych kosztów spowodowanych szkodą, utratę dochodów, trwałe lub czasowe ograniczenie funkcjonowania, trwałe zmiany w wyglądzie, ból i cierpienie (od 2006 r.), koszty poniesione przez inne osoby, które wynikają z konieczności sprawowania opieki nad osobą poszkodowaną, szkody związane z utratą życia (w tym środki na zabezpieczenie bytu dzieci czy partnerów).

Od decyzji Centrum przysługuje poszkodowanemu odwołanie, które rozpatruje Rada ds. Szkód Pacjentów, przy czym podstawą do odwołania jest niewzięcie przez Centrum pod uwagę pełnej dokumentacji leczenia i szkody.

Alternatywą dla pacjenta jest wniesienie pozwu w postępowaniu sądowym. Pozew może być złożony niezależnie od postępowania prowadzonego przez Centrum w trybie pozasądowym.

3. Dania

System pozasądowy został wprowadzony w Danii w 2004 r. Instytucją procedującą żądania pacjentów jest Duńskie Stowarzyszenie Ubezpieczeń Pacjentów (Patientforsikringen, w skrócie PIA), działające w formie spółki. PIA jest finansowane z budżetu państwa.

Podstawą oceny prawidłowości postępowania w trakcie leczenia jest, jak w Szwecji, zasada doświadczonego specjalisty. Ponadto dla kompensacji szkód spowodowanych działaniem urzędzeń stosuje się zasadę alternatywnego postępowania, tj. ocenia się czy można było uniknąć szkody przy zastosowaniu innego sposobu postępowania, bez użycia urzędzenia, którego użycie szkodę wywołało.

Szkoda będąca podstawą roszczenia musi wynikać z procesu leczenia, diagnostyki, stosowania wyrobów medycznych oraz innych zdarzeń związanych z leczeniem, ale bezpośrednio z nim związanych (np. upadek z łóżka w szpitalu).

Złożenie żądania do PIA nie podlega opłatom. Uprawniony jest poszkodowany lub w przypadku jego śmierci członkowie rodziny. Roszczenie należy zgłosić przed upływem pięciu lat od dnia uzyskania wiedzy o szkodzie, ale nie później niż 10 lat od jej wystąpienia.

Żądanie jest rozpatrywane przez pracowników PIA posiadających przygotowanie kliniczne i prawne. Świadczenie przyznane poszkodowanemu może obejmować szkodę majątkową i niemajątkową. Odszkodowanie pokrywa utratę lub zmniejszenie dochodów, utratę zdolności do pracy, trwałe uszczerbek na zdrowiu, koszty powrotu do zdrowia i inne wydatki medyczne niepokryte przez inne ubezpieczenia. Zadośćuczynienie z kolei obejmuje doznane ból i cierpienie. Ostateczna kwota świadczenia jest ustalana na podstawie wykazu uwzględniającego typ, dolegliwość i czas trwania szkody. W przypadku śmierci pacjenta rodzinie przysługuje zwrot kosztów pogrzebu oraz wsparcie finansowe.

Świadczenie jest wypłacane wyłącznie jeżeli zostało obliczone na co najmniej 1000 koron duńskich.

Poszkodowany niezadowolony z decyzji PIA może wnieść odwołanie do Ławy Apelacyjnej do spraw Szkód Pacjentów, która jest niezależnym ciałem publicznym. Termin na wniesienie odwołania wynosi trzy miesiące od dnia otrzymania decyzji PIA. Ława jest uprawniona do przyznania lub podwyższenia odszkodowania¹⁷².

¹⁷² Dr Anne-Maree Farrell, op.cit, str. 46-48.

Istotnym elementem rozwiązania duńskiego są rzecznicy pacjenta funkcjonujący w każdym szpitalu, którzy mają obowiązek informować o możliwości uzyskania odszkodowania oraz wspomagać w dochodzeniu roszczenia.

4. Norwegia

Utworzenie systemu pozasądowego dochodzenia roszczeń w Norwegii było analogiczne do szwedzkiego. W pierwszej kolejności powstał system pozaustawowy, którego twórcami były publiczne szpitale oraz administracja lokalna (lata od 1988 do 1992). Dopiero od 2003 roku system został uregulowany ustawowo.

Do rozpatrywania roszczeń pacjentów poszkodowanych przez norweski system opieki zdrowotnej powołany został Norweski System Odszkodowań dla Pacjentów (Norsk Pasientskadeerstatning, w skrócie NPE). Stanowi on niezależną publiczną instytucję. Koszty funkcjonowania NPE oraz odszkodowań są finansowane ze składek szpitali oraz władz lokalnych zarządzających szpitalami.

Odpowiedzialność odszkodowawczą rodzą następujące zdarzenia: błąd medyczny lub zaniechanie leczenia, zarówno w trakcie leczenia jak i diagnostyki, a powstały uraz jest szczególnie ciężki lub nieoczekiwany i nie jest skutkiem ryzyka, które pacjent był zobowiązany z góry przyjąć.

Roszczenie należy zgłosić przed upływem trzech lat od dnia, w którym pacjent dowiedział się, że uraz może być wynikiem procesu leczenia. Roszczenie zgłasza się do NPE a wniosek jest zwolniony od opłat. W zależności od stopnia skomplikowania sprawy jej rozpatrzenie może trwać nawet ponad rok. Przy rozpatrywaniu sprawy NPE korzysta z zatrudnionych oraz zewnętrznych ekspertów w odpowiednich dziedzinach medycyny.

Poszkodowani są uprawnieni do żądania odszkodowania obejmującego stratę finansową obejmującą utracone dochody, dodatkowe wydatki związane z leczeniem, lekami i transportem. Odszkodowanie wypłaca się, jeżeli zostało obliczone na kwotę co najmniej 5000 koron norweskich.

Poszkodowani mogą domagać się dalszych świadczeń, jeżeli nadal cierpią z powodu nieuleczalnego urazu, niezależnie od faktycznie poniesionej straty finansowej. Ta część świadczenia ma wynagrodzić obniżenie jakości życia i zmniejszone możliwości cieszenia się dobrym życiem. Warunkiem przyznania takiego świadczenia jest ustalenie uszczerbku na zdrowiu w wysokości co najmniej 15%.

W przypadku uznania roszczenia przez NPE poszkodowany ma prawo również do zwrotu uzasadnionych kosztów prawnych związanych z dochodzeniem roszczenia.

Dochodzenie roszczenia przed sądem jest niezależne od likwidacji szkody przed NPE¹⁷³.

5. Francja

Funkcjonujący we Francji system odpowiedzialności za szkody wynikające z błędów medycznych jest zróżnicowany w zależności od przyczyny powstania szkody i jej charakteru. Odpowiedzialność może wynikać zarówno z zawinionego działania jak i na zasadzie „no-fault”. Błędy wynikające z diagnozy, terapii, rokowań oraz urazy wynikające z naruszenia praw pacjenta są rozpatrywane na zasadzie winy. Odpowiedzialność na zasadzie „no-fault” może wystąpić gdy: uraz jest wynikiem mimowolnego działania lub zaniedbania lekarza lub innej osoby, która jest członkiem personelu medycznego, uraz jest wynikiem tzw. wypadku / wypadku medycznego, wystąpiło zakażenie szpitalne, będące przyczyną śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu przekraczającego 24% całkowitego uszczerbku, wynika

¹⁷³ Dr Anne-Maree Farrell, op.cit, str. 49-51.

z ryzyka związanego z udzielaniem świadczenia w stanach zagrożenia życia. Odszkodowanie można uzyskać również za zakażenie wirusem HIV oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B będące wynikiem transfuzji krwi. Schemat wdrożony we Francji ma zapewnić odszkodowanie tylko w przypadku „istotnych urazów”.

Za szkody wynikłe ze zdarzeń opisanych wyżej odpowiada Państwowe Biuro do spraw Szkód Związanych z Incydentami Medycznymi¹⁷⁴. Odszkodowania przyznawane przez Biuro nie pochodzą z odrębnego ubezpieczenia osób wykonujących działalność leczniczą, ale z powszechnego systemu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Wysokość odszkodowania nie jest ograniczona.

Postępowanie w sprawie roszczeń pacjentów ma charakter pojednawczy i jest prowadzone przez powołane do tego celu Regionalne Komisje Rozjemcze¹⁷⁵, które w swoim składzie mają specjalistów medycznych oraz prawników. Jednakże przed wystąpieniem z roszczeniem do Komisji pacjent musi ustalić, że nie ma możliwości dochodzenia roszczenia na zasadzie winy. Dopiero to uprawnia go do skorzystania z procedury odpowiedzialności bez dochodzenia winy¹⁷⁶.

6. Belgia

Rozwiązania systemu nordyckiego wdrożone zostały również w Belgii. Przyjęta tam w 2010 roku ustawa o Ustawa o odszkodowaniu za szkody wynikające z opieki zdrowotnej. Wprowadziła ona pojęcie szkody wynikającej z usług opieki zdrowotnej, która oznacza szkodę wyrządzoną przez świadczenie opieki zdrowotnej wynikającą z czynności powodującej powstanie odpowiedzialności dostawcy usług lub wypadek medyczny bez odpowiedzialności. Wypadek medyczny bez odpowiedzialności zdefiniowano jako zdarzenie związane ze świadczeniem usług medycznych, które nie jest normalnym następstwem leczenia, a którego można byłoby uniknąć biorąc pod uwagę obecny stan wiedzy, stan pacjenta i przewidywania co do rezultatów leczenia.

Utworzony został Fundusz Wypadków Medycznych, będący organem publicznym posiadającym osobowość prawną. W skład Funduszu wchodzi 30 osób reprezentujących władze publiczne, profesje medyczne, usługodawców, organizacje pracodawców, pracowników i samozatrudnionych, ubezpieczycieli oraz pacjentów.

Fundusz jest odpowiedzialny za organizację odszkodowań dla poszkodowanych z tytułu szkód wynikających z usług opieki zdrowotnej lub ich następców prawnych. W toku postępowania Fundusz ocenia wniosek poszkodowanego oraz wszelką dokumentację, która pomoże w ustaleniu zasadności roszczenia oraz konsultuje się ze odpowiednimi specjalistami. Fundusz ustala również, czy szkoda może zostać pokryta i w jakiej części z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej usługodawcy. Po ustaleniu zasadności żądania poszkodowanego Fundusz wzywa ubezpieczyciela oraz usługodawcę do przedstawienia oferty odszkodowania. W celu ustalenia odpowiedniej kwoty odszkodowania Fundusz może zorganizować mediację, w której może również uczestniczyć jako strona. Na wniosek poszkodowanego Fundusz może wydać opinię, czy zaproponowane odszkodowanie jest właściwe.

Otrzymanie wniosku o wypłatę odszkodowania Fundusz potwierdza w ciągu miesiąca jednocześnie wzywając usługodawcę i poszkodowanego do przedłożenia wszystkich dokumentów niezbędnych do wyjaśnienia sprawy

¹⁷⁴ Tłumaczenie własne.

¹⁷⁵ Małgorzata Serwach, No Fault Insurance Systems in Polish Law and in Other European Legal Systems, str. 5-6, za http://prawoasekuracyjne.pl/wp-content/uploads/2017/08/pdf_serwach_1_2015.pdf, dostęp na dzień 2.10.2018 r.

¹⁷⁶ Elaine Gibson, Is It Time to Adopt a No-Fault Scheme to Compensate Injured Patients? https://commonlaw.uottawa.ca/ottawa-law-review/sites/commonlaw.uottawa.ca.ottawa-law-review/files/olr_47-2_02_gibson_final.pdf, dostęp na dzień 02.10.2018 r.

w terminie miesiąca¹⁷⁷. Nieprzedłożenie dokumentów przez poszkodowanego w tym terminie kończy postępowanie. Możliwe jest złożenie ponownego wniosku. Postępowanie przed Funduszem jest bezpłatne, choć może zostać orzeczony zwrot kosztów przez usługodawcę.

W toku procedowania Fundusz może powoływać biegłych – specjalistów w zakresie medycyny. Od biegłych wymaga się bezstronności. Opinia Funduszu zapada w ciągu 6 miesięcy. Fundusz informuje o odpowiedzialności jednego lub więcej usługodawców, o wypadku medycznym bez odpowiedzialności lub o braku wypadku medycznego i odpowiedzialności. Informując o wypadku medycznym bez odpowiedzialności Fundusz ma obowiązek wskazać czy szkoda jest poważna. Jeżeli Fundusz znalazł podstawę do odszkodowania wzywa usługodawcę i ubezpieczyciela do przedstawienia poszkodowanemu propozycji, a jeżeli szkoda nie jest poważna informuje poszkodowanego o możliwości dochodzenia roszczenia na drodze sądowej przeciwko Funduszowi. Propozycję odszkodowania ubezpieczyciel przedkłada Funduszowi w terminie trzech miesięcy. Jeżeli propozycja odszkodowania jest odpowiednia Fundusz przesyła propozycję poszkodowanemu. Jeżeli jest zbyt niska Fundusz proponuje poszkodowanemu wypłatę odszkodowania tymczasowego, na pokrycie dotychczas poniesionej szkody. Poszkodowany ma trzy miesiące na przyjęcie propozycji Funduszu. Wypłata następuje w ciągu miesiąca od przyjęcia propozycji.

Jeżeli propozycja odszkodowania była zbyt mała Fundusz może wypłacić odszkodowania według swojej oceny a następnie wstąpić w prawa poszkodowanego i domagać się na drodze procesowej zwrotu wypłaconego odszkodowania. Opinia Funduszu nie jest dla sądu wiążąca, a jeżeli sąd oddali powództwo wypłacone odszkodowanie nie jest dochodzone¹⁷⁸.

7. Litwa

Kolejnym krajem, który wdrożył rozwiązania wywodzące się z systemu nordyckiego jest Litwa. Na gruncie ustawy o prawach pacjenta z 1996 r. przewiduje ona odpowiedzialność odszkodowawczą za uszkodzenie ciała pacjenta. Kompensacji podlega szkoda materialna i niematerialna.

Wniosek w sprawie oceny szkody poszkodowany kieruje do Komisji do spraw Oceny Szkód u Pacjentów powołanej przez Ministra Zdrowia. Wniosek zawiera dane identyfikacyjne poszkodowanego oraz zakładu opieki medycznej, którego dotyczy, wskazanie okoliczności i dowodów na potwierdzenie żądania.

Co charakterystyczne dla systemu litewskiego, postępowanie przed Komisją jest obowiązkową procedurą przedprocesową w zakresie rozpatrywania sporów dotyczących stwierdzenia naruszenia praw pacjentów i wysokości powstałych w ten sposób szkód. Procedurę powoływania Komisji, prowadzenia jej działań, rozstrzygania kwestii wchodzących w zakres jej kompetencji określają akty prawne wydawane w imieniu rządu. Regulamin Komisji określa Minister Zdrowia, on też zapewnia warunki techniczne dla funkcjonowania Komisji.

W skład Komisji wchodzi 7 osób posiadających wyższe wykształcenie medyczne, prawne lub inne. Członkowie Komisji wybierani są z uwzględnieniem równej reprezentacji interesów pacjentów i prywatnych zakładów opieki zdrowotnej. Co najmniej 2 członków Komisji musi być przedstawicielami delegowanymi przez organizacje pozarządowe chroniące prawa pacjentów. Członkowie są powoływani przez Ministra Zdrowia.

Komisja ma prawo dostępu do wszystkich niezbędnych informacji i dokumentów wymaganych do podjęcia decyzji, jak również do występowania do pracowników służby zdrowia o przedłożenie opinii w sprawach, które wymagają specjalnej wiedzy, w określonym z góry terminie. Wnioski muszą

¹⁷⁷ Nieprzedłożenie dokumentacji w terminie jest zagrożone grzywną 500 € za dzień opóźnienia.

¹⁷⁸ 31 MARS 2010. - Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé; http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_d.htm, dostęp na dzień 02.10.2018 r.

zostać rozpatrzone i rozstrzygnięte nie później niż w ciągu 2 miesięcy od daty ich otrzymania. Jeżeli wniosek nie może zostać rozpatrzony w tym terminie z przyczyn obiektywnych, Minister Zdrowia może, na podstawie uzasadnionej rekomendacji Komisji przedłużyć termin, ale nie dłużej niż o kolejne 2 miesiące.

Decyzje Komisji w sprawie oceny szkód wyrządzonych zdrowiu pacjentów wiążą instytucje opieki zdrowotnej i pacjenta lub inne osoby uprawnione do odszkodowania.

Pacjent lub inne osoby, które są uprawnione do odszkodowania oraz zakład opieki zdrowotnej, nie zgadzając się z decyzją Komisji, w terminie 30 dni od ogłoszenia decyzji lub osób, które nie były obecne w trakcie podejmowania decyzji - w terminie 30 dni od uzyskania informacji o orzeczeniu, mają prawo wystąpić do sądu zgodnie z procedurą ustanowioną w kodeksie postępowania cywilnego o rozpoznanie sporu między zakładem opieki zdrowotnej a wnioskodawcą.

Każdy zakład opieki zdrowotnej musi zawrzeć polisę odpowiedzialności cywilnej przed podjęciem działalności. Jeżeli kwota uzyskana z polisy nie jest wystarczająca do pokrycia szkody odpowiedzialnym za wyrównanie jest zakład opieki zdrowotnej. W wyjątkowych przypadkach, w szczególności upadłości zakładu opieki zdrowotnej, różnica pomiędzy rzeczywistą szkodą wyrządzoną pacjentowi a wypłaconym odszkodowaniem może być pokryta z rezerwy ubezpieczyciela ubezpieczenia zdrowotnego lub innego źródła wskazanego przez rząd¹⁷⁹.

8. Niemcy

Pomimo że niemiecki system dochodzenia roszczeń jest typowo procesowy rozbudowane systemy zabezpieczenia społecznego i ubezpieczeniowego spowodowały wykształcenie instytucji zbliżonych do rozwiązań systemu „no-fault”. Osoby poszkodowane w wyniku zaniedbań i błędów medycznych nie są zmuszone poszukiwać wsparcia w formie odszkodowania, gdyż państwowy i prywatny system opieki i ubezpieczeń zapewnia im możliwość korzystania z leczenia, rehabilitacji zdrowotnej, społecznej czy zawodowej.

Wiele spraw o szkody wynikające z błędów medycznych jest rozwiązywane na poziomie ubezpieczyciela jednostki służby zdrowia lub pracownika służby zdrowia w toku postępowania likwidacyjnego. Jeżeli poszkodowany nie jest usatysfakcjonowany propozycją ubezpieczyciela, może wystąpić na drogę procesową lub skorzystać z usług ośrodka mediacji. Ta druga ścieżka ma tę zaletę, że jest bezpłatna, podczas gdy w przypadku sporu strona powodowa ponosi ryzyko, że zostanie obciążona kosztami w przypadku przegranej, a są to opłaty sądowe, koszty strony wygrywającej oraz honoraria własnego adwokata.

Jeżeli centrum mediacji stwierdzi, że zaistniała szkoda, za którą odpowiada pracownik służby zdrowia, poszkodowany może ponownie zwrócić się do ubezpieczyciela. Nawet w 85 procentach spraw porozumienie zostanie osiągnięte na podstawie opinii ośrodka mediacji. W pozostałych 15 procentach poszkodowany wystąpi do sądu, gdzie najczęściej orzeknie zgodnie z opinią centrum mediacji.

Centra mediacji mimo, że są obsługiwane przez państwowe stowarzyszenia medyczne, to są niezależnymi organizacjami, które cieszą się dużym szacunkiem niezależnego osądu. Ośrodki są obsadzone przez prawników i lekarzy, a oceny są często przeprowadzane na zasadzie pro bono przez lekarzy wolontariuszy. Oprócz doradzania powodom w sprawie ich roszczenia, opracowują także statystyki dotyczące przedstawionych im wniosków, które są corocznie skonsolidowane przez Federalne Stowarzyszenie Medyczne.

¹⁷⁹ LIETUVOS RESPUBLIKOS PACIENTŲ TEISIŲ IR ŽALOS SVEIKATAI ATLYGINIMO ĮSTATYMAS 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562 Vilnius, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/DzPjFdpgSj?jfwid=-35aaxtkbo>, stan prawny na dzień 01.07.2018 r.

Ubezpieczyciele społeczni są zobowiązani do świadczenia usług konsultacyjnych dla ubezpieczonych. Instytucje te zapewniają również opinie w przypadkach błędów w sztuce lekarskiej¹⁸⁰.

9. Nowa Zelandia

W pełni oryginalny system zaspokajania roszczeń odszkodowawczych, mimo że również zaliczany do systemów „no-fault”, został rozwinięty w Nowej Zelandii. Podstawą do jego stworzenia był system ubezpieczeń pracowniczych i odszkodowań z tytułu wypadków przy pracy, z czasem obejmujący inne dziedziny życia, w tym wypadki związane z uprawianiem sportu, użytkowaniem pojazdów mechanicznych, itd.

System nowozelandzki nie ma na celu zapewnienia prostego odszkodowania, co różnorakiego wsparcia ofiarom „wypadków medycznych” bez względu na to, czy ich obrażenia można przypisać zaniedbaniu lub innym czynom niedozwolonym pracownika medycznego. Koszty wsparcia, jeśli roszczenie zostanie uznane za zasadne, są ponoszone ze specjalnego funduszu celowego. Jak wynika ze zdefiniowanych prawnie celów system ma za zadanie zapewnić sprawiedliwy i zrównoważony system zarządzania szkodami, minimalizując zarówno ogólną częstość występowania urazów w społeczności i wpływ tych obrażeń na społeczność. Kluczowymi celami programu są zapobieganie urazom, pełna i terminowa rehabilitacja, sprawiedliwe odszkodowanie i zabezpieczenie praw osób ubiegających się o odszkodowanie. Dla realizacji tych celów system funkcjonuje w oparciu o to, że osoby fizyczne rezygnują z prawa do pozywania za osobiste uszczerbek na drodze sądowej, z wyjątkiem prawa do uzyskania odszkodowania w postępowaniu karnym.

Odzwierciedleniem powyższych zasad jest traktowanie osób poszkodowanych stosownie do następstw szkody, a bez względu na sposób jej powstania.

System jest zarządzany przez instytucję państwową Accident Compensation Corporation (ACC) finansowaną z podatków, składek naliczanych od zarobków pracowników, wynagrodzeń w przedsiębiorstwach, podatek od benzyny i pojazdów (poszczególne źródła składają się na trzy zarządzane przez ACC fundusze, w zależności od rodzaju wypadku). Kompetencje ACC zostały określone bardzo szeroko i obejmują:

- działania prewencyjne w zakresie wypadków i urazów;
- pobór składek na pokrycie szkód osobowych;
- rozstrzyganie, czy roszczenia z tytułu obrażeń są objęte systemem i zapewnienie realizacji uprawnień przez poszkodowanych;
- wypłata świadczeń;
- zakup usług wsparcia dla zdrowia i niepełnosprawności w celu leczenia, opieki i rehabilitacji poszkodowanych fizycznie;
- doradztwo na rzecz rządu.

ACC pokrywa szkody wynikające z urazów i obrażeń odniesionych przez osobę podczas leczenia, które było prowadzone przez „zarejestrowanego” pracownika służby zdrowia i nie są one normalnym efektem ubocznym leczenia. Odszkodowanie może również objąć urazy spowodowane przez leczenie z powodu obrażeń, które już zostały objęte kompensacją przez ACC¹⁸¹. Zdarzenie, które spowodowało uraz musi być nagłe i niespodziewane, tzn. wypełniać znamiona wypadku. Tym samym nie podlegają kompensacji urazy, które są wynikiem ogólnego stanu zdrowia, przewlekłych chorób, czy

¹⁸⁰ <https://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php>, dostęp na dzień 02.10.2018 r.

¹⁸¹ <https://www.acc.co.nz/im-injured/injuries-we-cover/what-we-cover/>, dostęp na dzień 02.10.2018 r.

zawinione przez poszkodowanego. Urazy psychiczne nie są co do zasady podstawą do otrzymania świadczenia, ale jeżeli są ściśle związane z urazem fizycznym mogą zostać nim objęte.

Wniosek o wypłatę świadczenia i udzielenie wsparcia można złożyć wyłącznie za pośrednictwem pracownika służby zdrowia, którzy są zobowiązani do udzielenia pomocy osobie aplikującej. Wniosek jest przekazywany co do zasady w formie elektronicznej do ACC. Złożenie wniosku podlega częściowej opłacie uiszczanej pracownikowi służby zdrowia przy pierwszej wizycie, ale opłata ta może zostać zwrócona jeżeli roszczenie zostanie uznane za zasadne.

W przypadku urazów związanych z leczeniem roszczenie należy zgłosić w terminie 12 miesięcy od dnia, w którym pracownik służby zdrowia rozpoznał uraz jako wynik leczenia, albo od dnia, w którym poszkodowany zaczął odczuwać cierpienie z powodu urazu, jeżeli nastąpiło to później.

Większość roszczeń jest rozpatrywana w terminie 21 dni, ale jeżeli wymagane są dodatkowe informacje termin ten nie powinien przekraczać czterech miesięcy. Wyjątkiem są szczególnie skomplikowane sprawy, do których zalicza się roszczenia związane z leczeniem, a dla których termin rozpatrzenia może być przedłużony o kolejne dwa miesiące, po uprzednim zawiadomieniu wnioskodawcy. Zgłoszenia urazów leczniczych są rozpatrywane przez Centrum Urazów Leczniczych (Treatment Injury Centre - TIC). Po wpłynięciu wniosku, i rozpatrzeniu spraw formalnych, TIC zwraca się do wnioskodawców o sporządzenie raportu dotyczącego szczegółów leczenia. Jeżeli informacje w nim zawarte nie są wystarczające analizowana jest dokumentacja medyczna. W pierwszej kolejności wnioski są opiniowane przez jednego z „doradców klinicznych”, którzy są wspomagani przez „wewnętrznych doradców medycznych” będących specjalistami w dziedzinach medycyny. W szczególnie zawiłych sprawach TIC powołuje biegłych, którzy za wynagrodzeniem sporządzają opinię. Została też utworzona specjalna procedura dla rozpatrywania roszczeń złożonych lub obarczonych specjalnym ryzykiem ze względu na medialność lub polityczne ich znaczenie.

W 2007 roku ACC utworzył National Serious Injury Service – instytucję powołaną specjalnie do zajmowania się kwestiami niepełnosprawności i rehabilitacji wynikających z poważnych urazów.

W przypadku podjęcia decyzji o objęciu osoby poszkodowanej ochroną ACC jest zobowiązany sporządzić w ciągu 13 tygodni plan rehabilitacji socjalnej i zawodowej poszkodowanego. Celem rehabilitacji socjalnej jest pomoc w przywróceniu wnioskodawcy niezależności w maksymalnym możliwym zakresie. Kluczowe aspekty rehabilitacji społecznej obejmują: pomoce i urządzenia; opiekę opiekuna; opiekę nad dzieckiem; pomoc domową; pomoc w higienie osobistej; wsparcie w zakresie komunikacji dla dzieci; wsparcie edukacyjne; modyfikacje w domu; szkolenie w zakresie niezależności; transport. Z kolei celem rehabilitacji zawodowej jest pomoc wnioskodawcy w utrzymaniu lub uzyskaniu zatrudnienia lub odzyskaniu lub uzyskaniu niezależności zawodowej. Pomoc powinna uwzględniać wykształcenie i doświadczenie wnioskodawcy. ACC jest zobowiązany do zapewnienia rehabilitacji zawodowej osobie, która doznała uszczerbku na zdrowiu, za który ubezpieczenie zostało zaakceptowane i przysługuje wypłacane tygodniowo odszkodowanie; jak również może być uprawniony do tygodniowego odszkodowania, chyba że otrzyma rehabilitację zawodową; lub jest na urlopie rodzicielskim¹⁸².

Jeżeli wnioskodawca nie może wrócić do pracy, najprawdopodobniej zostaną przeprowadzone dwie oceny: ocena zawodowa w celu określenia umiejętności i odpowiednich opcji pracy dla wnioskodawcy oraz ocena lekarska w celu sprawdzenia, które opcje pracy są medycznie odpowiednie dla wnioskodawcy. Jeśli wnioskodawca zrealizuje plan rehabilitacji i uważa, że powinien nadal

¹⁸² W 2016 roku 92,8% pracowników poszkodowanych w wypadkach powróciło do pracy przed upływem 9 miesięcy (ACC Annual Report 2016, str. 3).

otrzymywać tygodniowe odszkodowania, wówczas osoba ubiegająca się o odszkodowanie będzie musiała wziąć udział w niezależnej ocenie zawodowej, aby umożliwić ACC ocenę zdolności do powrotu do pracy.

Ubezpieczenie ACC pokrywa koszty związane z transportem medycznym osoby poszkodowanej w ciągu 24 godzin od wypadku, koszty leczenia, pilne zabiegi operacyjne, inne wybrane zabiegi, przepisane leki, koszty świadczeń stomatologicznych, aparatów słuchowych i baterii, przystosowania do życia w przypadku utraty lub pogorszenia wzroku, w niektórych przypadkach także koszty wsparcia psychologicznego.

Utrata dochodów podlega kompensacji, o ile uraz spowodował niezdolność do pracy. Wsparcie jest wypłacane tygodniowo w wysokości 80% dochodów uzyskiwanych przed wypadkiem. Jeżeli pomimo urazu poszkodowany uzyskuje jakieś dochody to mogą one pomniejszyć świadczenie wypłacane przez ACC. W przypadku urazu skutkującego trwałą niepełnosprawnością poszkodowany może również otrzymać wsparcie w formie jednorazowej wypłaty zryczałtowanej kwoty pieniężnej. O stopniu niepełnosprawności orzeka niezależny od ACC specjalista.

ACC rekompensuje również koszty pogrzebu osoby zmarłej w wyniku wypadku. Na wsparcie ACC mogą liczyć również osoby, których byt był zależny finansowo do dochodów zmarłego w wyniku wypadku. W takiej sytuacji na wnioskodawcach spoczywa ciężar dowodu, że utrzymywani byli z jego dochodów. ACC zapewnia również pomoc dla osób, które sprawują opiekę nad dziećmi osób, które zmarły w wyniku wypadku.

W przypadku odrzucenia roszczenia przez ACC poszkodowany może wystąpić o ponowne rozpatrzenie sprawy, w którym może brać aktywny udział. Może również zwrócić się o ocenę roszczenia w drodze niezależnego przeglądu, którego dokonuje ekspert Służby Rozwiązywania Sporów¹⁸³. Rozstrzygnięcie jest wydawane w terminie 28 dni i jest wiążące dla ACC. Od rozstrzygnięć przysługuje odwołanie do sądu, ale może być oparte tylko na kwestiach proceduralnych.

ACC nie rekompensuje kosztów dochodzenia roszczenia takich jak pomoc prawne. Może to zrobić, jeżeli ekspert Służby Rozwiązywania Sporów zmieni decyzję ACC lub nie zmieniając decyzji nakaże zwrot części lub całości tych kosztów¹⁸⁴.

¹⁸³ Dispute Resolution Services Ltd., spółka zależna ACC.

¹⁸⁴ Dr Anne-Maree Farrell, op.cit, str. 14-37.

6.4. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.)
2. Ustawa z dnia 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. z 2011 r. Nr 113, poz. 660)
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.)
4. Ustawa w dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 836)
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (j.t. Dz. U. z 2017 r. poz. 890).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1740)
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z 2013 r. poz. 750)
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 274, poz. 1625)
9. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1360, ze zm.)
10. Ustawa z dnia z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600).

6.5. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
9. Sejmowa Komisja Zdrowia
10. Senacka Komisja Zdrowia
11. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
12. Minister Zdrowia
13. Minister Sprawiedliwości
14. Rzecznik Praw Pacjenta
15. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
16. Wojewodowie (wszyscy)
17. Przewodniczący wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych