

Czy wiesz, że wg redakcji **CHIP** ten artykuł wydrukowałbyś najtaniej na drukarce monochromatycznej **Kyocera Ecosys P3055DN?**

Dowiedz się więcej, nie przepłacaj i drukuj stronę A4 za 2 grosze.



Formuła komisji orzekających o błędach medycznych do zmiany

- Podstawowym problemem, który pozostaje nadal nierozwiązany, jest zapewnienie prawidłowego wykonywania orzeczeń komisji przez podmioty lecznicze - mówi Jolanta Budzowska, radca prawny z kancelarii Budzowska Fiutowski i Partnerzy, Radcowie Prawni, członek małopolskiej Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, reprezentuje poszkodowanych pacjentów.



Komisje nie orzekają o kwotach, odpowiednie odszkodowanie i zadośćuczynienie za zdarzenie medyczne ma zaproponować pacjentowi placówka.



Jolanta Budzowska, radca prawny z kancelarii Budzowska Fiutowski i Partnerzy, Radcowie Prawni, członek małopolskiej Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, reprezentuje poszkodowanych pacjentów

psav picture

Rzecznik praw pacjenta zaproponował zmiany w formule działania komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. To kolejna inicjatywa rzecznika, która ma ułatwić pacjentom dochodzenie roszczeń. Wcześniej wystąpił do prezesów sądów z apelem o nieobciążanie pacjentów kosztami sądowymi w przypadku przegranych procesów – w uzasadnionych przypadkach. Co pani zdaniem – jako prawnika i członka komisji – należałoby poprawić w formule ich działania?

Propozycje rzecznika zmierzają w dobrym kierunku. Wyeliminowanie luk w przepisach regulujących funkcjonowanie komisji, choćby przez możliwość wzywania o uzupełnienie braków formalnych, niewątpliwie usprawni ich pracę. Propozycje odnośnie do skrócenia terminów przewidzianych w ustawie także są co do zasady trafne. Należy jednak pamiętać, że już dziś komisje mogłyby znacznie szybciej rozpatrywać wnioski, gdyby nie np. brak wpływu na czas sporządzania opinii przez biegłych. Kwestia jakości opiniowania i szybkości pracy biegłych pozostaje jednak nierozwiązana.

Co do zasady należy się także zgodzić z postulatem, aby do składu komisji wyznaczać przedstawicieli zawodów medycznych mających wiedzę z zakresu będącego przedmiotem wniosku, np. lekarza ortopeda, gdy wniosek dotyczy leczenia złamania kończyny. To jest jednak rozwiązanie, które wymagałoby dopracowania systemowego, bo dzisiaj ustawa zakłada, że komisje posiłkują się wiadomościami specjalnymi dostarczonymi przez biegłych, a orzekanie bez opinii zdarza się jedynie w sytuacjach

- Zobacz także:
- Za błąd medyczny należy się dyscyplinarka
Zobacz także: wyjątkowych. Gdyby podzielić zdanie rzecznika, to członek komisji występowałby w dwóch rolach: biegłego i członka składu orzekającego, a to może rodzić kontrowersje, zważywszy, że komisja podejmuje decyzje większością głosów.

psav linki wyróżnione

Jakie jeszcze zmiany są w pani opinii potrzebne?

Podstawowym problemem, który pozostaje nadal nierozwiązany, jest zapewnienie prawidłowego wykonywania orzeczeń komisji przez podmioty lecznicze. Komisje nie orzekają o kwotach, odpowiednie odszkodowanie i zadośćuczynienie za zdarzenie medyczne ma zaproponować placówka. Niestety wciąż zdarzają się sytuacje, gdy te propozycje daleko odbiegają od realiów oraz od rozporządzenia, które reguluje, jak obliczać rekompensatę. Nierzadko, gdy komisja orzekała, że zdarzenie medyczne było przyczyną śmierci, podmiot oferował spadkobiercom zmarłego pacjenta symboliczną złotówkę, zmuszając ich tym samym do skierowania sprawy do sądu i niejako powtarzania całej procedury. Takie praktyki rodzą zrozumiałe rozgorzyczenie wśród pacjentów i pytania o sens istnienia komisji. Problem leży jednak nie w ich działalności, ale w rozwiązaniach ustawowych, które nie zapewniają skuteczności orzeczeń komisji, pozostawiając los pacjenta w rękach „sprawcy”.

Wiele kontrowersji – zarówno w środowisku medycznym, jak i prawniczym – wywołał apel rzecznika o zwalnianie pacjentów z kosztów sądowych, niezależnie od rozstrzygnięcia. Pojawiają się głosy, że mogłaby być to zachęta dla „pieniaczy”. Z drugiej strony wysokie koszty to często dla pacjentów poważna bariera. Jak to wgląda z pani perspektywy?

W przypadku kosztów procesu o błąd medyczny mówimy o dwóch kwestiach. Po pierwsze, zwykle pacjenci składają wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych i często je uzyskują, bowiem sytuacja finansowa poszkodowanego najczęściej jest zła. Niestety jednak zdarza się, że już na wstępie jest to przeszkoda nie do pokonania, np. gdy w przypadku śmierci osoby bliskiej o zadośćuczynienie ubiega się członek rodziny, który w postępowaniu likwidacyjnym uzyska od ubezpieczyciela 10 tys. zł i w procesie domaga się dalszych 100 tys. zł. Wówczas sądy uznają, że skoro na rachunku ma te 10 tys. zł, to może je przeznaczyć na opłatę od pozwu. Należy więc złagodzić praktykę bardzo restrykcyjnego stosowania „prawa ubogich”, czyli prawa do zwolnienia od kosztów sądowych, w stosunku do poszkodowanych pacjentów.

Nie widzę też przeszkód, aby wybrać rozwiązanie kompromisowe pomiędzy opłatą procentową a generalnym zwolnieniem. Skoro wysokość rekompensaty za szkodę na zdrowiu jest na początku procesu trudna do oszacowania, nie mówiąc już o samej zasadzie odpowiedzialności deliktowej, to od pozwów dotyczących błędów medycznych powinno się pobierać opłatę stałą, np. 2 tys. zł, zamiast dzisiejszych 5 proc. Taka regulacja byłaby barierą dla pieniaczy, których obawia się m.in. Naczelna Izba Lekarska, a jednocześnie zwiększyłaby dostępność poszkodowanych pacjentów do sądu. Wymaga to jednak zmiany przepisów.

Druga praktyczna kwestia, i tego przede wszystkim dotyczy apel rzecznika, związana jest z rozliczeniem stron po zakończeniu postępowania w danej instancji. Podstawowy problem to niestosowanie przez sądy art. 100 zd. 2 k.p.c. Dzisiaj powszechną praktyką jest, że sądy ograniczają się do zasady, że przegrywający ponosi koszty procesu, i rozkładają je na strony według proporcji wygranej do przegranej. Dobrą ilustracją tego zagadnienia jest sytuacja, gdy wartość przedmiotu sporu wynosi 200 tys. zł, a pacjent pozywa dwie placówki lecznicze odpowiadające solidarnie za niepodzielną szkodę i ich dwóch ubezpieczycieli – ma zatem czterech przeciwników reprezentowanych przez profesjonalnych pełnomocników. Płaci 10 tys. zł opłaty od pozwu. Wygrywa co do zasady, ale sąd uznaje za „odpowiednie zadośćuczynienie” jedynie 100 tys. zł, bo np. po pięciu latach procesu rokowania odnośnie do stanu zdrowia pacjenta nie są tak złe, jak były w momencie składania pozwu. Rozliczenie kosztów w proporcji spowoduje, że po uwzględnieniu opłaty od pozwu, wynagrodzeń kilku biegłych i kosztów zastępstwa procesowego czwórki pozwanych rekompensata, jaką otrzyma po potrąceniach poszkodowany pacjent, który przecież wygrał, co do zasady, może być wręcz symboliczna. RPP apeluje więc i przypomina, aby sądy w procesach o błąd medyczny z zasady stosowały art. 100 k.p.c., bo przecież są to typowe sprawy, gdy określenie należnej poszkodowanemu pacjentowi sumy zależy od oceny sądu. Z tym poglądem należy się w całości zgodzić.

psav zdjęcie główne

Źródło: Dziennik Gazeta Prawna

Artykuł z dnia: **2018-11-20**, ostatnia aktualizacja: **2018-11-20 07:36**

Żadna część jak i całość utworów zawartych w dzienniku nie może być powielana i rozpowszechniana lub dalej rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób (w tym także elektroniczny lub mechaniczny lub inny albo na wszelkich polach eksploatacji) włącznie z kopiowaniem, szeroko pojętą digitalizacją, fotokopiowaniem lub kopiowaniem, w tym także zamieszczaniem w Internecie - bez pisemnej zgody Infor Biznes Sp. z o.o.

Jakiegokolwiek użycie lub wykorzystanie utworów w całości lub w części bez zgody Infor Biznes Sp. z o.o. lub autorów z naruszeniem prawa jest zabronione pod groźbą kary i może być ścigane prawnie.