

Czytelnicy portalu niejednokrotnie wyrażają swoje obawy, czy stan zdrowia ich lub ich najbliższych nie jest wynikiem błędu lekarza, za który powinien on jakoś odpowiedzieć, jakoś „partycypować" w koszcie długotrwałej udręki leczenia i rehabilitacji. Czy każda taka sytuacja uzasadnia roszczenia wobec lekarza albo placówki medycznej i jakie oczekiwania może mieć poszkodowany? W artykule tym spróbuję przedstawić podstawowe informacje, które mogą być przydatne przy odpowiedzi na pytanie: czy powinienem/powinnam skonsultować swój przypadek ze specjalistą? W tekście spróbuję przedstawić rodzaje roszczeń, jakie w takiej sytuacji przysługują oraz ścieżkę ich dochodzenia. Nie będą to jednak gotowe do zastosowania rozwiązania. Proszę mi uwierzyć, że nie ma jednej gotowej recepty na ich realizacje, a każdy przypadek musi być indywidualnie oceniony przez doświadczonego specjalistę.



Czy jestem ofiarą błędu medycznego?

Kiedy powinniśmy zacząć podejrzewać, że to, co się z nami dzieje, nie jest zwykłą koleją rzeczy lecz niestety wynikiem czyjegoś zaniedbania?

Nie każde niepowodzenie leczenia prowadzi do powstania roszczeń odszkodowawczych. Pamiętajmy, że jesteśmy skomplikowaną maszyną, organizmem żywym, którego funkcjonowaniem rządzą procesy, które niekiedy nie są możliwe do przewidzenia. Nawet lekarz o wysokim poziomie wiedzy medycznej i doświadczenia nie jest w stanie przewidzieć wszystkich zachowań naszego organizmu. Błędem medycznym jest tylko zaniedbanie

personelu medycznego, a nie powstanie ujemnych skutków, których nie można było przewidzieć.

Generalizując można powiedzieć, że błędem medycznym jest **zachowanie obiektywnie nieprawidłowe** z punktu widzenia **aktualnej wiedzy medycznej**, doświadczenia życiowego, zdrowego rozsądku. Nie jest więc błędem medycznym powikłanie, które jest możliwym, typowym skutkiem ubocznym zastosowanego leczenia (tzw. procedury medycznej), o ile pacjent został uprzednio uprzedzony o możliwości wystąpienia takiego powikłania i mimo posiadania świadomości jego wystąpienia decyduje się na zastosowanie określonego sposobu leczenia. Nie jest jednak powikłaniem wystąpienie następstwa innego błędnego zachowania się personelu medycznego. Nie wyłącza więc odpowiedzialności placówki medycznej uprzedzenie pacjenta, że może zostać zakażony wirusem, albowiem zakażenia jest zawsze wynikiem zaniedbaniem w zakresie higieny.

Błędem jest zarówno podjęcie działań, których nie należało podjąć (**błąd działania**), jak i nie podjęcie działań, które z punktu widzenia wiedzy medycznej należało podjąć (**błąd zaniechania**).

Błędem medycznym jest nie tylko obiektywnie nieprawidłowe zachowanie lekarza, ale również jego personelu pomocniczego (medycznego – pielęgniarki, asystenci) jak i technicznego - np. często występują przypadki nieprawidłowo stosowanej procedury przeciwodleżynowej przez pielęgniarki prowadzące do martwicy tkanek, nieprawidłowej higieny okolic intymnych zaopatrzonych w cewniki, które prowadzą do procesów zapalnych, czy braku higieny sal prowadzącej do zakażeń.

Błąd może być popełniony na etapie diagnostyki, kiedy lekarz nie zaleci wymaganych w takiej sytuacji badań diagnostycznych lub wadliwie zinterpretuje przeprowadzone wyniki badań (**błąd diagnostyczny**).

Błędem jest zastosowanie nieprawidłowej, niewystarczającej, albo nadmiernie ingerującej w organizm procedury leczenia (**błąd terapeutyczny**).

Mimo prawidłowej diagnostyki, prawidłowej analizy badań diagnostycznych, prawidłowej decyzji co do wyboru sposobu leczenia, dochodzi niekiedy do nieprawidłowego zrealizowania prawidłowo zaaplikowanej procedury medycznej (**błąd wykonawczy**).

W końcu bardzo częstym przypadkiem jest wadliwa organizacja procesu leczenia, np. w postaci nie zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu, pozwalającego na wykonanie zabiegu w odpowiednim czasie, braku określonego wyposażenia, czy wadliwego działania sprzętu medycznego (**błąd organizacyjny**). Ten ostatni przypadek może mieć postać zarówno błędu medycznego organizacyjnego w sytuacji, gdy np. placówka medyczna nie serwisuje należycie sprzętu, jak i błędu producenta sprzętu, jeżeli mimo prawidłowej i zalecanej

eksploatacji sprzęt wyrządza szkodę pacjentowi (np. powodując oparzenia czy napromieniowanie).

Jak widać, sytuacji, które mogą być uznawane za błędy medyczne, może być bardzo wiele i nie sposób wymieniać tutaj mnogości przypadków, które będą uznawane za obiektywnie nieprawidłowe.

W znakomitej większości przypadków sformułowanie wniosku, że personel medyczny zachował się nieprawidłowo, będzie wymagało konsultacji z innym lekarzem, albowiem dla ustalenia, że mamy do czynienia z błędem medycznym niezbędne jest zestawienia konkretnego zachowania lub zaniechania personelu z pewnym wzorcem zachowania, z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej. Dlatego w przypadku podejrzenia, że w procesie diagnostyki czy leczenia doszło do jakichś nieprawidłowości, niezbędne jest skonsultowanie przypadku z innym, zaufanym lekarzem danej specjalności, który oceni prawidłowość postępowania personelu.



Czego mogę się domagać?

Jeżeli doszło do jakiejś nieprawidłowości, to należy następnie sobie odpowiedzieć na pytanie: jakie to negatywne skutki rodzi dla poszkodowanego? Czyli - czy działanie personelu spowodowało u niego jakąś dolegliwość, np. w postaci dysfunkcji niektórych narządów, konieczności prowadzenia dalszego leczenia czy rehabilitacji, które nie zaistniałyby, gdyby personel zachował się prawidłowo? Tylko zachowanie, które spowodowało negatywne skutki, rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą. Fakt, że lekarz się pomylił przy ocenie badań diagnostycznych, co jednak zostało skorygowane przez innego lekarza i nie doprowadzi do negatywnych skutków dla pacjenta - nie rodzi odpowiedzialności odszkodowawczej. Podobnie jak fakt istnienia zastrzeżeń co do stanu higienicznego poszczególnych sal szpitala, czy awaria sprzętu nie będą podstawą roszczeń, jeżeli nie spowodują zakażenia, porażenia lub napromieniowania, czy innych negatywnych skutków dla pacjenta.

Jeżeli mamy przekonanie, że doszło do nieprawidłowości, które spowodowały negatywne skutki, to musimy teraz ustalić, czego możemy się domagać, czyli jak to mówią prawnicy - jakie mamy roszczenia. Katalog tych roszczeń jest uregulowany przez przepisy prawa i ma charakter zamknięty, tj. innych roszczeń nie można dochodzić. Zastosowanie tych roszczeń w konkretnej

sytuacji oraz przyporządkowanie określonych wydatków do konkretnej grupy roszczeń jest już rzeczą indywidualnego przypadku poszkodowanego. Wbrew pozorom, konkretne wypadki można zakwalifikować do różnych grup roszczeń, a podjęcie decyzji co do tej kwalifikacji ma kolosalne skutki na przyszłość, o czym jeszcze niżej.

Poszkodowany może domagać się następujących grup roszczeń:

- Zadośćuczynienia
- Odszkodowania
- Wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia
- Renty okresowej na zwiększone potrzeby
- Renty okresowej z tytułu utraty widoków na przyszłość, utraty zdolności do pracy

Zadośćuczynienie to forma wynagrodzenia szkody tej najbardziej niewymiernej, niemajątkowej. Służy zrekompensowaniu krzywdy, cierpienia, bólu, jakie niesie ze sobą długotrwałe leczenie, rehabilitacja, świadomość nieodwracalności skutków, konieczności przeprowadzenia kolejnych operacji, nieuchronność wystąpienia kolejnych schorzeń będących następstwem aktualnego stanu zdrowia itp. Tego typu świadczenie jest wypłacane jednorazowo i w niektórych przypadkach może sięgać znacznych kwot, przekraczających 1 mln zł. Nie istnieje żaden taryfikator tego typu świadczenia, jego wysokość jest zależna od okoliczności danego przypadku i w dużej mierze sędzia orzekający ma swobodę w określeniu jego wysokości w zależności od okoliczności danej sprawy.

Odszkodowanie rekompensuje rzeczywiste straty, jakie poszkodowany ponosi, a jakie nie wystąpiłyby, gdyby nie doszło do zaniedbania ze strony placówki medycznej. Najczęściej obejmuje ono poniesione już koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, leków, wizyt lekarskich w gabinetach lekarskich oraz odpłatnie wykonanych badań, koszty odpłatnej rehabilitacji, koszty dojazdów na konsultacje i rehabilitacje (w tym koszty dojazdów rodziny do szpitala), koszty przystosowania swojego mieszkania do potrzeb poszkodowanego (np. budowy windy, podjazdu dla wózka, przebudowy łazienki) itp.

Szczególną postacią odszkodowania jest obowiązek **wyłożenia z góry jednorazowej, odpowiedniej sumy na potrzeby kosztów leczenia**
. W przypadku tego roszczenia nie trzeba wykazywać, że zostały poniesione koszty zakupu lecz wystarczy wykazać, że istnieje medycznie usprawiedliwiona potrzeba zakupu określonego sprzętu czy przeprowadzenia odpłatnej procedury medycznej (np. realizowanej tylko poza granicami kraju, nierefundowanej przez NFZ).

Mimo, że **renta** jest wymieniana dopiero jako kolejne roszczenie, jest - moim zdaniem - świadczeniem najważniejszym z punktu widzenia praktycznego. Służy ona zabezpieczeniu możliwości dalszego, bezpiecznego funkcjonowania osoby, której potrzeby wzrosły, albo możliwości zarobkowania zmniejszyły się. **Renta na zwiększone potrzeby** to świadczenie okresowe, tj. najczęściej comiesięczne, obejmujące uśredniony i przewidywany koszt, jaki poszkodowany musi ponieść na powtarzające się wydatki (np. leki, środki higieniczne opatrunkowe, rehabilitację). Może obejmować również przewidywane koszty zakupu sprzętu

rehabilitacyjnego, czy umożliwiającego normalne funkcjonowanie w zmienionej sytuacji (np. proteza, wózek inwalidzki), chociaż w realiach konkretnego przypadku należy rozważać, czy tego typu wydatek należy realizować w ramach renty, czy też korzystniejsze jest jego dochodzenie w ramach odrębnego odszkodowania po uprzednim zakupie takiego sprzętu.
Renta z tytułu utraty widoków na przyszłość i utraty zdolności zarobkowych obejmuje z reguły straty wynikające z braku możliwości kontynuacji zatrudnienia albo rozwoju i awansu zawodowego. Najczęściej obejmuje równowartość utraconej części wynagrodzenia w okresie zasiłkowym, zmniejszonego wynagrodzenia z tytułu konieczności zmiany stanowiska pracy, przekwalifikowania się, utraty progresji dochodów w przyszłości z tytułu wzrostu kompetencji, kwalifikacji, itp.



Od kogo dochodzić tych świadczeń?

To, czy zobowiązanym do zapłaty powyższych świadczeń jest lekarz, pielęgniarka, placówka medyczna, która ich zatrudnia, zakład ubezpieczeń ubezpieczający te osoby i/lub placówki medyczne z tytułu odpowiedzialności cywilnej, jest zależne od wielu czynników. Ramy tego artykułu nie pozwalają na omówienie wszystkich możliwych przypadków, a tak naprawdę wielość czynników determinujących taką decyzję nakazuje indywidualnie podjąć decyzję, w tym względzie zdając się na radę specjalisty. Generalnie jest to ważny moment w rozpoczęciu procesu dochodzenia roszczeń wpływający na:

- czas trwania procesu (różne podmioty odpowiadają z różnych podstaw prawnych, co wpływa na różne okoliczności, jakie należy udowodnić w procesie)
- możliwość egzekucji świadczeń w przyszłości (np. możliwości finansowe lekarza a towarzystwa ubezpieczeniowego są odmienne; z drugiej strony wysokość sumy ubezpieczenia oraz wiedza o ilości zgłoszonych innych roszczeń z tej samej polisy może prowadzić do wniosku, że mimo znacznej sumy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń będzie ponosił odpowiedzialność tylko co do części roszczeń, co może uzasadniać współpozwanie lekarza).







