

Szanowni Państwo,

Prawa Pacjenta to część Praw Człowieka, ich implementacja w związku z chorobą i korzystaniem z opieki zdrowotnej. Jest oczywiste że to część Praw Człowieka, nie medycyny.

Nie powinny one zależeć od tego kto, gdzie i na jakim poziomie specjalizacji udziela świadczeń. Ewentualne ograniczenia Praw Człowieka mogą wynikać tylko z problemów związanych ze stanem zdrowia, którego dotyczą (np. tajemnica stanu zdrowia pacjenta, dokumentacja medyczna, zakres solidarności społeczeństwa z osobami potrzebującymi leczenia, pomoc dla poszkodowanych w wyniku złych skutków leczenia, naruszanie zbiorowych praw pacjenta ... talony na leki dla najuboższych itd....)

Funkcjonowanie POZ, profilaktyki medycznej, szpitali, hospicjów, zol czy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej itd... jest przedmiotem szeregu innych regulacji prawnych (ustaw i rozporządzeń np. o świadczeniach opieki zdrowotnej... o podstawowej opiece zdrowotnej... o ochronie zdrowia psychicznego... o działalności leczniczej... o ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i regulaminów konkretnych placówek) Zasady funkcjonowania tych placówek nie powinny być określone w ustawie o prawach pacjenta. Natomiast zasady dostępu do dokumentacji medycznej, tajemnica lekarska, czy działania w wypadku zdarzeń niepożądanych powinny być takie same we wszystkich tych obszarach i powinny być opisane przez nowelizowaną ustawą..

Na ostatnim a zarazem pierwszym spotkaniu, został przez Panią Przewodniczącą wprowadzony podział zespołu na grupy robocze mające zajmować się Prawami Pacjenta związanymi z :

- 1/ profilaktyką zdrowotną
- 2/ Podstawową Opieką Zdrowotną
- 3/ Ambulatoryjną Opieką Specjalistyczną
- 4/ Opieką Stacjonarną (opieka szpitalna, zakłady opiekuńczo lecznicze, opieka paliatywna i hospicja)

Podział ten został wprowadzony bez dyskusji, bez głosowania, a mnie umieszczono w grupie nr 4 . Odbyło się mimo deklarowania wątpliwości wynikających z takiego szufladkowania zespołu .

O osobnych grupach zajmujących się umiejscowieniem i uprawnieniami Rzecznika Praw Pacjenta, tajemnicą lekarską i dokumentacją medyczną, czy o kompensatach za złe skutki leczenia, nie pomyślano

Mimo iż umieszczono mnie w grupie 4 , oświadczam iż nie czuję się ani kompetentnym, ani zobligowany by tworzyć opracowania związane z Prawami Pacjenta w stacjonarnej opiece medycznej.

Ponieważ deklarowałem wiedzę związaną z problematyką zabezpieczania dokumentacji medycznej i z tajemnicy lekarskiej, jak też z problematyką odszkodowań za złe skutki leczenia, bez obowiązku dowodzenia winy, przesyłam kilka uwag związanych z tymi sprawami. Ze względu na brak czasu na pogłębianie analizy, objętość poruszanej problematyki, przy takim podziale i funkcjonowaniu zespołu, przesyłam tylko wymienione i krótko omówione postulaty:

DOKUMENTACJA MEDYCZNA I TAJEMNICA

Informacje o stanie zdrowia i udostępnianie dokumentacji

Dysponentem informacji o stanie zdrowia, a tym samym dokumentacji medycznej jest osoba której informacje te dotyczą.

A/ Za życia, gdy pacjent jest przytomny tylko on powinien decydować o tym kto ma dostęp do jego dokumentacji. Na wypadek gdyby z pacjentem nie było kontaktu (był nieprzytomny lub zmarł cz. **B i C**) należy utworzyć rejestr zastrzeżeń udostępniania dokumentacji (analogicznie do zakazu pobierania narządów do przeszczepu). Ponieważ każdy jest dysponentem informacji o sobie, pacjent gdy jest zdrowy i przytomny powinien móc określić czy jakaś część z jego dokumentacji medycznej ma być utajniona i niedostępna w wypadku jego śmierci czy braku przytomności. Ma też móc określić kto z jego najbliższych ma być pozbawiony dostępu do jego dokumentacji.

Od tej ogólnej zasady powinny istnieć wyjątki, gdy wbrew woli pacjenta może zostać udostępniona dokumentacja i informacja medyczna :

1/ w postępowaniach prawnych istotne dane dotyczące pacjenta powinny móc być ujawniane decyzją sądu, na potrzeby trwających postępowania;

2/ w przypadku zagrożenia chorobami dziedzicznymi czy zakaźnymi istotne informacje powinny móc być ujawniane

3/ może do badań naukowych, po ich anonimizacji (?)

4/ może coś jeszcze co przeoczyłem.

B/ w wypadku choroby i braku przytomności chorego, dostęp do informacji o jego stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej powinien być zapewniony

1/ dla celów leczniczych pacjenta;

2/ opiekunowi prawnemu i opiekunowi faktycznemu o ile pacjent nie utajnił jej w ogóle, czy też przed tą osobą, tworząc odpowiedni zapis w rejestrze zastrzeżeń omawianym na wstępie w cz. A .

3/ w postępowaniach prawnych istotne dane dotyczące pacjenta powinny móc być ujawniane decyzją sądu na potrzeby trwających postępowania ;

4/ w przypadku zagrożenia chorobami dziedzicznymi czy zakaźnymi istotne informacje powinny móc być ujawniane

5/ może do badań naukowych, po ich anonimizacji (?)

6/ może coś jeszcze co przeoczyłem.

C/ po śmierci pacjenta dostęp do jego dokumentacji medycznej powinien być zapewniony:

1/ następcy prawnemu i spadkobiercy pacjenta z wyłączeniem sytuacji gdy w opisanym na wstępie w cz. A rejestrze zastrzeżeń, jest wpisany zakaz udostępniania dokumentacji

2/ w postępowaniach prawnych istotne dane dotyczące zmarłego pacjenta powinny móc być ujawniane decyzją sądu na potrzeby trwających postępowania ;

3/ w przypadku zagrożenia chorobami dziedzicznymi czy zakaźnymi istotne informacje powinny móc być ujawniane

4/ może do badań naukowych, po ich anonimizacji (?)

5/ może coś jeszcze co przeoczyłem.

Zabezpieczanie dokumentacji i jej wiarygodność

Przy postępowaniach o popełnienie błędu w leczeniu, czy przy złych skutkach leczenia, dokumentacja medyczna jest jednym z podstawowych dowodów. Do czasu zabezpieczenia przez sąd czy prokuraturę jest przechowywana w archiwum placówki medycznej i łatwo dostępna dla jednej ze stron postępowania. W postępowaniach prawnych, zdarza się iż podnoszone jest podejrzenie dokonywania przeróbek czy wręcz fałszerstw zakończonej wcześniej dokumentacji.

Aby tego uniknąć, dokumentacja powinna być archiwizowana i być prowadzona tak by uniemożliwić późniejsze zmiany:

1/ Wprowadzane obecnie systemy dokumentacji cyfrowej, powinny uniemożliwiać dokonywanie późniejszych (np. następnego dnia) zmian dokumentacji, już po jej zapisaniu w systemie informatycznym. Oczywiście możliwe powinno być jej uzupełnianie, jednak już z nową datą.

2/ Najistotniejsze elementy papierowej dokumentacji medycznej (np. historia choroby) powinny nie zawierać pustych miejsc, bądź być prowadzona z zakreśleniem pustych miejsc, by nie pozostawiać możliwości późniejszego uzupełniania tej dokumentacji.

3/ Najistotniejsze elementy papierowej dokumentacji medycznej (np. historia choroby), przy opuszczaniu placówki przez pacjenta, powinny zostać podpisywane przez niego lub przez jego rodzinę czy opiekuna. Uniemożliwi to pojawianie się podejrzeń o późniejszą wymianę tych dokumentów.

Odszkodowań za złe skutki leczenia, bez obowiązku dowodzenia winy

Procedura ta została wprowadzona w wielu państwach jako mechanizm solidaryzmu społecznego, wobec osób które ucierpiały na skutek niewłaściwego leczenia, a które nie są w stanie udowodnić winy, sprawcy za spowodowanie szkody. Przyznawane odszkodowania są tu znacznie niższe, niż w postępowaniach sądowych gdzie udowodniono winę sprawcy. Przyczyn dla których trudno jest udowodnić winę, co nie oznacza jej braku, jest kilka i nie są one przedmiotem tego opracowania.

Kryterium przyjęte w wielu państwach, dla uzyskania tego odszkodowania, to takie pogorszenie stanu zdrowia, które nie może być następstwem ani choroby, ani wynikiem komplikacji przy właściwie prowadzonym leczeniu.

Obowiązująca w Polsce zasada przyznawania odszkodowania za tzw zdarzenia medyczne, ma odmienne kryterium: Wymaga się by na podstawie zebranych materiałów, komisja orzekła iż szkoda jest następstwem działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Mało się to różni od wymogu cywilnego postępowania sądowego , gdzie dowieść należy iż szkoda została zawiniona działaniami sprawcy.

Ponadto w Polsce przyjęcie odszkodowania za tzw. „zdarzenie medyczne” związane jest z wymogiem rezygnacji z drogi sądowej. Ten wymóg zmusza do zaniechania udowodnienia winy za spowodowanie szkody, co w praktyce jest chronieniem placówek i lekarzy którzy popełniają błędy.

Reasumując postępowanie dotyczące zdarzeń medycznych, wymaga w Polsce podobnego dowodu jak w postępowaniu przed sądem cywilnym. Daje jednak znacznie niższe odszkodowanie i jednocześnie zamyka możliwość ubiegania się o odszkodowanie w postępowaniu sądowym. Ta sytuacja jest przyczyną niewielkiego zainteresowania i małej ilości odszkodowań wypłacanych tą drogą. W odróżnieniu od np. Szwecji gdy po uruchomieniu odszkodowania za złe skutki leczenia, bez obowiązku dowodzenia winy, pierwszego roku beneficjentami było ponad 4 tys osób.

Należy:

1/ wprowadzić kryteria przyznawania odszkodowań takie jak w tych państwach gdzie dobrze działa system tj takie pogorszenie stanu zdrowia którego nie mogła zrobić ani choroba, ani komplikacje przy właściwie prowadzonym leczeniu.

2/ Uzyskania odszkodowania przed komisją z tytułu złych skutków leczenia, nie zamyka drogi do postępowania cywilnego. W wypadku późniejszego udowodnienia winy sprawcy, za spowodowanie szkody na zdrowiu, poszkodowany powinien móc dokonać wyboru czy chce otrzymywać nadal odszkodowanie wynikające z orzeczenia komisji , czy zamierza skorzystać z wyroku sądu cywilnego.

Z wyrazami szacunku

Adam Sandauer