



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.010.01.2018
P/18/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura we Wrocławiu
ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław
T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50
lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/18/057 – Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	1) Renata Polatajko, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/116/2018 z dnia 25 kwietnia 2018 r. 2) Mariusz Orawczak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/117/2018 z dnia 25 kwietnia 2018 r. <i>(dowód: akta kontroli str. 1-2)</i>
Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław (dalej: „Urząd”).
Kierownik jednostki kontrolowanej w okresie objętym kontrolą	Paweł Marek Hreniak, Wojewoda Dolnośląski od dnia 9 grudnia 2015 r. ¹ . <i>(dowód: akta kontroli str. 108-110)</i>

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Wojewoda Dolnośląski właściwie przeprowadził procedurę naboru członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych we Wrocławiu (dalej: „Komisja”), której skład ustalany był zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³ (dalej: „ustawa o prawach pacjenta”). Wojewoda Dolnośląski zapewnił również obsługę administracyjną Komisji.

Komisja – której rolą było ustalanie, czy skutki w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci, były następstwem postępowania personelu medycznego niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną i powinny prowadzić do pozasądowego dochodzenia roszczeń – miała charakter instytucji samodzielnej i niezależnej pod względem organizacyjnym i funkcjonalnym od systemu administracji publicznej, pomimo iż koszty jej funkcjonowania były ponoszone z części 85/02 budżetu państwa, której dysponentem był Wojewoda Dolnośląski.

Działalność Komisji w znikomym stopniu przyczyniła się do uzyskania przez pacjentów odszkodowań i zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego, niezależnie od stosunkowo wysokiego, bo sięgającego 73,8% odsetka orzeczeń o braku zdarzenia medycznego⁴, wydanych w okresie objętym kontrolą. Stwierdzono m.in. liczne przypadki, w których oczekiwanie na orzeczenie trwało dłużej niż termin określony w *ustawie o prawach pacjenta*. Z kolei propozycje podmiotów leczniczych w zakresie wysokości odszkodowania/zadośćuczynienia były na tyle niskie, że zostały przyjęte przez pacjentów w przypadku zaledwie 16,3% takich propozycji.

¹ Od dnia 12 marca 2014 r. do dnia 8 grudnia 2015 r. Wojewodą Dolnośląskim był Tomasz Smolarz.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie. Badany okres obejmuje lata 2014-2018 (I kwartał) oraz lata 2012-2013 w zakresie danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych.

³ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.

⁴ Dotyczyło to 231 przypadków takich orzeczeń spośród w sumie 313 spraw.

Podkreślić przy tym należy, iż wydanie orzeczenia przez Komisję nie skutkuje zobowiązaniem podmiotu leczniczego do wypłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia i/lub odszkodowania, a jedynie obowiązkiem przedstawienia propozycji takiego świadczenia.

W toku kontroli NIK stwierdziła nieprawidłowości polegające m.in. na:

- niedotrzymaniu obowiązujących terminów wydania i doręczenia orzeczenia, czym naruszono art. 67j ust. 2 i 6 *ustawy o prawach pacjenta*,
- składaniu oświadczeń o braku konfliktu interesów dopiero po powołaniu członka Komisji do składu orzekającego, co było niezgodne z art. 67g ust. 4 *ustawy o prawach pacjenta*,
- rozpatrzeniu 15 z 24 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy po terminie, o którym mowa w art. 67j ust. 8 zdanie 2 *ustawy o prawach pacjenta*, tj. po 30 dniach licząc od dnia otrzymania wniosku,
- nie dochowaniu, w sześciu na 12 przypadków, ustawowego terminu rozpatrzenia skarg, tj. w ciągu 30 dni od dnia ich otrzymania, czym naruszono art. 67m ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*.

III. Opis stanu faktycznego

1. Przestrzeganie przez Komisję procedury zapewniającej rzetelne rozpatrywanie wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego składanych przez pacjentów

Opis stanu
faktycznego

1.1. W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2017 r. działała Komisja pierwszej kadencji, a od 1 stycznia 2018 r. funkcjonuje Komisja drugiej kadencji. Siedzibą Komisji jest Urząd, a prowadzenie spraw związanych z działalnością tejże Komisji, zgodnie z regulaminem organizacyjnym Urzędu⁵, sprawował od 28 czerwca 2016 r. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu⁶ (Samodzielne Stanowisko do spraw Obsługi Komisji)⁷. W procedurze naboru członków Komisji w 2011 r. (I kadencja) oraz w 2017 r. (II kadencja) zostało zgłoszonych do Wojewody Dolnośląskiego odpowiednio 38 i 18 kandydatów⁸, spośród których wyłoniono i powołano⁹ do Komisji odpowiednio po 14 członków. Skład Komisji został ustalony zgodnie z art. 67e ust. 5 pkt 1 lit. a-c *ustawy o prawach pacjenta*, tzn. czterech członków wyłoniono spośród osób zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, czterech członków wyłoniono spośród osób zgłoszonych przez samorządy prawnicze oraz sześciu członków zgłoszonych przez organizacje pozarządowe. Pozostali członkowie byli przedstawicielami Rzecznika Praw Pacjenta i Ministra Zdrowia.

⁵ Regulamin Organizacyjny Urzędu (w okresie przeprowadzania kontroli) stanowi załącznik do zarządzenia Wojewody Dolnośląskiego nr 166 z dnia 28 czerwca 2016 r.

⁶ Wcześniej zwany Wydziałem Polityki Społecznej.

⁷ Stanowisko to powstało z dniem 20 marca 2012 r. (zarządzenie Wojewody Dolnośląskiego nr 81 zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Urzędu). Treść tego przepisu nie zmieniła się przez cały okres objęty kontrolą.

⁸ Spośród 38 kandydatów w 2011 r. oraz 18 kandydatów z 2017 r. zgłoszonych zostało odpowiednio: po dwóch przedstawicieli samorządu zawodowego lekarzy, 17 i 5 przedstawicieli samorządów zawodowych adwokatów lub radców prawnych, 7 i 1 przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych, po jednym przedstawicielu samorządu zawodowego diagnostów oraz 11 i 9 przedstawicieli organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjentów (odpowiednio 5 i 3 reprezentujących nauki medyczne oraz po 6 – nauki prawne).

⁹ Zarządzenia Wojewody Dolnośląskiego nr 383/2011 z dnia 29 grudnia 2011 r. oraz nr 248 z dnia 28 lipca 2017 r. w sprawie powołania członków Komisji.

W okresie objętym kontrolą Wojewoda Dolnośląski odwołał¹⁰, w trybie art.67e ust. 9 pkt 1 *ustawy o prawach pacjenta*, jednego członka Komisji (rezygnacja), powołując¹¹ w to miejsce nowego.

Powołani członkowie Komisji spełniali wymogi – pod względem wykształcenia i doświadczenia – określone w art. 67e ust. 3 i 4 *ustawy o prawach pacjenta*¹².

(dowód: akta kontroli str. 3-6, 134-150, 266-305, 336-338)

1.2. Członkowie Komisji orzekali łącznie w 1983 sprawach, w tym członkowie II kadencji orzekali w 71 sprawach. W okresie objętym kontrolą członkowie Komisji:

- orzekali jako przewodniczący składu orzekającego I kadencji w 443 postępowaniach, a II kadencji w 18 postępowaniach;
- brali udział w posiedzeniach składu orzekającego I kadencji 2928 razy, a II kadencji 98 razy.
- wyłączali się ze składu orzekającego I kadencji 5 razy, i ani razu w II kadencji.
- wydali 53 orzeczenia, które zostały wzruszone w wyniku rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w czasie I kadencji i cztery orzeczenia w czasie II kadencji.

(dowód: akta kontroli str. 237-240, 242-249, 268-302)

1.3. W 50 zbadanych postępowaniach¹³, skład orzekający wyznaczany był 76 razy. Przewodniczący Komisji wyznaczył skład orzekający w 50 postępowaniach, oraz w 26 postępowaniach w związku z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Członkami składów orzekających nie były osoby wymienione w art. 67g ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta*.

Komisja orzekała w składach czteroosobowych, z wyjątkiem postępowań ze skargi o stwierdzenie niezgodności orzeczenia z prawem, w której to sprawie skład orzekający liczył 6 osób. Do podstawowego składu orzekającego powoływane były po dwie osoby legitymujące się wykształceniem medycznym i prawniczym, zgodnie z art. 67f ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*.

W badanej próbie 20 spraw¹⁴ z lat 2014-2015, przy wyznaczeniu dziewięciu¹⁵ składów orzekających (45%) odstępiono od zasady alfabetycznej kolejności, o której mowa w art. 67f ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*, przy czym w aktach postępowania brak było informacji o przyczynach wyłączenia lub pominięcia członków Komisji. W każdym przypadku zachowany został natomiast parytet osób wykonujących zawody medyczne i zawody prawnicze.

Jak wskazała Zastępca Przewodniczącego Komisji, przyjętą zasadą było, że spośród czterech członków składu orzekającego na przewodniczącego wyznaczani byli przede wszystkim osoby wykonujące zawód prawniczy oraz te osoby wykonujące zawód medyczny, które deklarowały chęć przewodniczenia danej sprawie.

Zastępca Przewodniczącego Komisji, wskazała również, że przyjęto interpretację, iż zasadą jest wyznaczenie składu orzekającego według kolejności wpływu wniosku.

¹⁰ Zarządzenie Wojewody Dolnośląskiego nr 75/2012 z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie odwołania członka Komisji.

¹¹ Zarządzenie Wojewody Dolnośląskiego nr 173/2012 z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie powołania członka Komisji.

¹² Ośmiu 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 ośmiu 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.

¹³ Szczegółową kontrolą objęto wybrane losowo postępowania, tj.: z 2014 r. nr: 4; 11; 16; 33; 36; 44; 55; 62; 68; 71; z 2015 r. nr: 4; 23; 70; 73; 58; 97; 88; 29; 43; 81; z 2016 r. nr: 18; 25; 33; 40; 57; 61; 62; 70; 76; 77; z 2017 r. nr: 13; 22; 23; 29; 30; 39; 41; 45; 49; 56; 57; 58; 64; 65; 66; z 2018 r. nr: 1; 2; 3; 5; 6.

¹⁴ Sprawy: z 2014 r. nr: 4; 11; 16; 33; 36; 44; 55; 62; 68; 71; z 2015 r. nr: 4; 23; 70; 73; 58; 97; 88; 29; 43; 81.

¹⁵ Sprawy: z 2014 r. nr: 4; 33; 62; z 2015 r. nr: 4; 97; 88; 29; 43; 81.

Natomiast przepis ten nie nakłada bezwzględnego obowiązku wyznaczania członków składu według alfabety, tylko z alfabetycznej listy, co pozwalało na kształtowanie składów orzekających z uwzględnieniem możliwości czasowych poszczególnych członków, jak i posiadanej specjalności medycznej potrzebnej do rozstrzygnięcia danej sprawy. Ponadto, przy ustalaniu składów orzekających uwzględniano informacje pochodzące od członków o zaistniałym konflikcie interesów.

Nie wystąpił przypadek braku możliwości wyznaczenia składu orzekającego, o którym mowa w art. 67f ust. 2a *ustawy o prawach pacjenta*.

(dowód: akta kontroli str. 105-106, 236, 339-358, 362-375, 426-429, 439-445, 530)

1.4. W latach 2012-2018 (I kwartał) odbyło się 751 posiedzeń składów orzekających Komisji, z tego: 32 w 2012 r.; 147 w 2013 r.; 148 w 2014 r.; 142 w 2015 r.; 141 w 2016 r.; 117 w 2017 r. oraz 24 w I kwartale 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 236, 241, 250)

1.5. W okresie objętym kontrolą nie odbywały się posiedzenia organizacyjne składów orzekających. Odbyły się natomiast cztery¹⁶ posiedzenia organizacyjne całej Komisji w sprawie uchwalenia lub zmiany regulaminu działania Komisji, wyboru jej przewodniczącego oraz zastępców przewodniczącego. Członkowie Komisji nie otrzymywali wynagrodzenia za posiedzenia organizacyjne.

(dowód: akta kontroli str. 90-99, 151-166, 236, 251-252)

1.6. W 50 zbadanych postępowaniach Komisja rozpatrywała dowody przedstawione przez podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z którego działalnością wiązał się wniosek. W zakresie prowadzonych postępowań, objętych kontrolą NIK, Komisja 48 razy żądała dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, w tym dokumentacji medycznej. Nie przeprowadzono postępowań wyjaśniających w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz nie dokonywano wizytacji pomieszczeń i urzędzeń szpitala.

W zbadanych postępowaniach Komisja wzywała do złożenia wyjaśnień osoby:

- dwa razy podmiot składający wniosek,
- trzy razy kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek,
- 21 razy osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane, w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać informacje istotne dla postępowania prowadzonego przed Komisją.

Nie wzywano ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2 *ustawy o prawach pacjenta*.

(dowód: akta kontroli str. 306-308)

1.7. Zgodnie z treścią art. 67j ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*, Komisja zobowiązana jest wydać orzeczenie w przedmiocie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. W skontrolowanych 50 postępowaniach o ustalenie zdarzenia medycznego wydano 48 orzeczeń, z których we wspomnianym terminie wydano 31, a 17 z naruszeniem tego terminu, co zostało opisane w sekcji dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 309-330)

1.8. W skontrolowanych 50 postępowaniach o ustalenie zdarzenia medycznego było 91 posiedzeń składów orzekających oraz dodatkowo 34 posiedzenia w związku

¹⁶ W dniach 12 stycznia 2012 r., 29 października 2012 r., 24 września 2013 r. oraz 3 stycznia 2018 r.

z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wszystkie posiedzenia protokołowano zgodnie z regulaminem działania Komisji. Protokoły sporządzane były w formie papierowej. Posiedzeń nie utrwalano za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk.

(dowód: akta kontroli str. 29, 59, 331-332)

1.9. Koszty funkcjonowania Komisji były ponoszone z budżetu państwa z części 85/02, której dysponentem był Wojewoda Dolnośląski. W budżecie zadaniowym Wojewody Dolnośląskiego określono też odrębne zadanie odnoszące się do funkcjonowania Komisji. Było to zadanie pod nazwą:

- a) w 2012 r. – „Monitorowanie zagrożenia życia i zdrowia w ramach województwa”¹⁷,
- b) w latach 2013-2015 – „Obsługa działalności i funkcjonowania Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych”¹⁸,
- c) w kolejnych latach 2016-2018 – „Orzekanie o zdarzeniach medycznych”¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 225-232, 252-258)

Wydatki na funkcjonowanie Komisji w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 marca 2018 r. wyniosły 2 376,0 tys. zł (w tym w I kadencji 2 279,3 tys. zł). W kwocie tej 1 289,5 tys. zł (1 259,4 tys. zł w latach 2012-2017) stanowiły koszty związane z wynagrodzeniem członków Komisji (54,3% całkowitych kosztów poniesionych w tym okresie). Koszty związane z powoływaniem biegłych wyniosły 38,7 tys. zł, co stanowiło 1,6% całkowitych kosztów. Koszt obsługi Komisji, w tym koszty związane ze zwrotem kosztów przejazdu członków Komisji to kwota 23,1 tys. zł, (1,0% kosztów funkcjonowania Komisji). Niewielką pozycję stanowił zwrot kosztów stawiennictwa biegłych i świadków - 237,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 100-101, 225-232, 252-258)

1.10. W skontrolowanych 50 postępowaniach o ustalenie zdarzenia medycznego Komisja podawała w orzeczeniach koszty postępowania.

W badanej próbie 20 spraw z lat 2014-2015 wystąpiło 14 przypadków, w których koszty postępowania poniesione w kwocie 5,5 tys. zł z tytułu opinii, sporządzonych na potrzeby orzekania Komisji, podlegały zwrotowi na rachunek dochodów budżetu państwa. Według stanu na dzień 13 czerwca 2018 r. koszty te zostały zwrócone w kwocie 5,1 tys. zł, w tym kwota 1,3 tys. zł ściągnięta przymusowo, a kwota 300 zł rozłożona na raty. W związku z brakiem zwrotu kwoty 450 zł, w dniu 14 grudnia 2015 r. wystawiono nakaz zapłaty i prowadzone jest postępowanie zmierzające do skutecznej egzekucji tych należności.

(dowód: akta kontroli str. 333-335; 362-369; 389-396)

1.11. W okresie objętym kontrolą, na podstawie zarządzeń²⁰ Wojewody Dolnośląskiego, wysokość kwot (stawka) wynagrodzenia członków Komisji nie ulegała zmianie i wynosiła 430 zł²¹ za udział w posiedzeniu składu orzekającego Komisji.

(dowód: akta kontroli str. 7-10)

¹⁷ Zadaniu temu przypisano miernik określony jako „Liczba osób otrzymująca rekompensaty za straty zdrowotne doznane w wyniku błędu lekarskiego oraz innych tytułów” z planowaną wartością na poziomie 0 (wykonanie – 1).

¹⁸ W 2013 r. przypisano temu zadaniu miernik określony jako „Procentowa ilość wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, którym nadano bieg zgodnie z obowiązującą procedurą postępowania [%]” z planowaną wartością na poziomie 100% (wykonanie – 100%). W 2014 i 2015 r. był to miernik „Liczba spraw, w których zapewniono obsługę i funkcjonowanie Komisji (szt.)” z planowaną wartością na poziomie 98 szt. (wykonanie 98 szt.).

¹⁹ Miernik przypisany temu zadaniu to „Liczba wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego, które wpłynęły do wojewódzkiej komisji w celu ich rozpatrzenia (szt.)” z planowaną wartością na poziomie 98 szt. w latach 2016-2017 (wykonanie 85 szt. W 2016 r. i 82 szt. w 2017 r.) oraz 75 szt. na rok 2018.

²⁰ Zarządzenia Wojewody Dolnośląskiego nr 301 z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz nr 14 z dnia 11 stycznia 2018 r. w sprawie ustalenia wysokości wynagrodzenia członków składu orzekającego Komisji.

²¹ Zgodnie z art. 67h ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta członkom składu orzekającego przysługuje wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej 430 zł za udział w posiedzeniu.

1.12. W latach 2012-2017 (I kwartał) przekazywano systematycznie Ministrowi Zdrowia, z jego inicjatywy²², informacje na temat wniosków o ustalenia zdarzenia medycznego. Informacje przekazywano drogą elektroniczną²³:

- w roku 2012 (od sierpnia) dwa razy na miesiąc (w dniach 1 i 16 każdego miesiąca według stanu na ostatni i 15 dzień każdego miesiąca);
- w latach 2013-2016 informacje miesięczne (w pierwszym dniu każdego miesiąca według stanu na ostatni dzień poprzedniego miesiąca);
- za I kwartał 2017 r. jedną informację po zakończeniu kwartału.

Od 11 maja 2017 r., zgodnie z art. 67p *ustawy o prawach pacjenta*, wysłano Ministrowi Zdrowia, po zakończeniu każdego kwartału, informacje dotyczące liczby:

- wniosków, które wpłynęły do Komisji, w tym wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia Komisji;
- wniosków, które zostały pozostawione bez rozpoznania na podstawie art. 67d ust. 5 *ustawy o prawach pacjenta*;
- wniosków, które stanowią lub będą stanowiły przedmiot prac 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 *ustawy o prawach pacjenta*, wraz z podaniem specjalizacji lekarza wydającego opinię;
- posiedzeń Komisji ze wskazaniem liczby tych, które miały charakter organizacyjny.

(dowód: akta kontroli str. 80, 90-99, 260-265)

1.13. Dane zawarte w przekazanych Ministrowi Zdrowia powyższych informacjach były zgodne ze stanem faktycznym.

1.14. W celu wypracowania jednolitego podejścia do postępowań prowadzonych przez wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, oraz celem wymiany doświadczeń i dobrych praktyk zorganizowano dwa regionalne spotkania z udziałem członków wojewódzkich komisji z województw: dolnośląskiego, łódzkiego, lubuskiego, opolskiego, wielkopolskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego. Spotkania te miały miejsce w dniu 18 grudnia 2012 r. oraz 22 stycznia 2014 r. w Urzędzie i odbyły się z inicjatywy Przewodniczącego Komisji oraz Wojewody Dolnośląskiego. Na spotkanie w 2014 r. zaproszona została Sędzia Sądu Najwyższego, która zaprezentowała wykład i przeprowadziła dyskusję nt. definicji zdarzenia medycznego oraz stosowania przepisów kodeksu postępowania cywilnego w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 81, 167-220, 236)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Analiza akt badanej próby 50 spraw wykazała 26 przypadków złożenia przez członków składów orzekających oświadczeń o braku konfliktu interesów już po wydaniu przez Przewodniczącego Komisji zarządzenia w sprawie wyznaczenia składu orzekającego, co było niezgodnie z art. 67g ust. 4 *ustawy o prawach pacjenta*. Oświadczenia te w 24 przypadkach zostały złożone z datą posiedzenia, a w dwóch przypadkach²⁴ nie zawierały daty w ogóle.

²² Pisma z dnia: 2 sierpnia 2012 r. (znak: MZ-OZZ-079-28915-9/EW/12), 2 stycznia 2013 r. (znak: MZ-OZZ-079-28915-24/EW/12) oraz 16 grudnia 2013 r. (znak: MZ-OZZ-079-28915-57/EW/13).

²³ Na adres: dep-oz@mz.gov.pl.

²⁴ Sprawa nr 55 i 68 z 2014 r.

Zastępca Przewodniczącego Komisji²⁵ przyznała, że pisemne oświadczenia o braku konfliktu interesów były formalnie podpisywane w różnym czasie, ale nie później niż w dniu pierwszego posiedzenia, przed jego rozpoczęciem. Praktyka taka była podyktowana tym, że członkowie Komisji nie są stałymi, etatowymi jej pracownikami (jak też Urzędu), w związku z czym ich dostępność w celu dopełnienia formalności jest mocno ograniczona²⁶. 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 członkom składu orzekającego przed jego otwarciem²⁷. W celu ustalenia czy nie występuje konflikt interesów w danej sprawie, z członkami Komisji, którzy mieli być wyznaczeni do składu orzekającego, były prowadzone (przed ostatecznym ustaleniem tego składu) rozmowy (najczęściej telefoniczne, osobiste, e-mailowe). Składali oni wtedy ustne lub e-mailowe informacje (oświadczenia) o braku przeszkód ich udziału w składzie orzekającym w danej sprawie. Zarządzenie o powołaniu składu orzekającego było wydawane po ustaleniu braku wystąpienia konfliktu.

(dowód: akta kontroli str. 3-6, 134-150, 266-305, 336-338, 362-375, 426-429, 439-445)

2. W skontrolowanych 50 postępowaniach o ustalenie zdarzenia medycznego wydano 48 orzeczeń, przy czym 17 (35,4%) z nich zostało wydanych z przekroczeniem, określonego w art. 67j ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*, terminu 4 miesięcy, liczonym od dnia złożenia wniosku. Siedem spraw (14,6%) zakończyło się w terminie 6 miesięcy, a 10 spraw (20,8%) w terminie powyżej 6 miesięcy (od 187 do 742 dni).

(dowód: akta kontroli str. 309-330)

3. Wbrew obowiązкови wynikającemu z art. 67j ust. 5 *ustawy o prawach pacjenta*, Przewodniczący składu orzekającego nie sporządził - w terminie 7 dni od dnia wydania orzeczenia - jego uzasadnienia w 26 przypadkach (55,3%), dotyczących 47 spraw²⁸, w których sporządzono uzasadnienie do orzeczenia. Z kolei orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręczono po wymaganym terminie 7 dni (art. 67j ust. 6 *ustawy o prawach pacjenta*):

- a) podmiotowi składającemu wniosek – w przypadku 12 skontrolowanych postępowań (25,5%),
- b) kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi – w przypadku dziewięciu skontrolowanych postępowań (19,2%).

(dowód: akta kontroli str. 309-330)

Ocena cząstkowa

Wojewoda Dolnośląski właściwie realizował procedurę naboru członków Komisji oraz ustalał jej skład osobowy. Jednocześnie zapewnił jej obsługę administracyjną. Niemniej na niezadowolającą sprawność rozpatrywania wniosków pacjentów o ustalenie zdarzenia medycznego wskazuje czas oczekiwania na orzeczenie Komisji, który aż w 35,4% badanych przypadków był dłuższy od terminu ustawowego, wynoszącego 4 miesiące. Stwierdzono również liczne, dotyczące 52,0% badanych spraw, przypadki składania przez członków Komisji oświadczeń o braku konfliktów interesu dopiero po ich powołaniu do składu orzekającego.

²⁵ Przewodnicząca w latach 2012-2017.

²⁶ Powołane na członków Komisji osoby wykonują inne liczne obowiązki zawodowe.

²⁷ Wówczas na oświadczeniu jest data zbieżna z datą pierwszego posiedzenia.

²⁸ W jednej sprawie (ZP-OZM.966.3.2018) orzeczenie wydano w dniu 14 maja 2018 r. i do dnia zakończenia kontroli nie sporządzono uzasadnienia do orzeczenia.

2. Zapewnienie pacjentom na drodze pozasądowej prawa do otrzymania odszkodowania i/lub zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne

Opis stanu faktycznego

2.1. Do dnia 31 marca 2018 r. do Komisji wpłynęło 467 wniosków²⁹ o ustalenie zdarzenia medycznego³⁰, z czego najwięcej w 2013 r. i w 2015 r. (po 98 wniosków). W 2016 r., w stosunku do 2015 r., liczba wniosków była niższa o 13,3%; natomiast w 2017 r., w stosunku do 2016 r., niższa o 20%.

(dowód: akta kontroli str. 82, 521-522)

Zastępca Przewodniczącego Komisji³¹ wskazała, że wnioski wpływające do Komisji przyjmował, rejestrował i wstępnie badał pracownik Urzędu, wyznaczony do obsługi administracyjnej Komisji, który następnie przedstawiał Przewodniczącemu akta sprawy. Potwierdzeniem formalnego sprawdzenia wniosku przez Przewodniczącego, było przesłanie go do podmiotu leczniczego celem zajęcia stanowiska w sprawie, wydanie zarządzenia w sprawie wyznaczenia składu orzekającego oraz wyznaczenie jego przewodniczącego i terminu pierwszego posiedzenia lub wydanie zarządzenia o zwrocie wniosku, w przypadku gdy nie spełniał on wymogów formalnych, nie był opłacony lub został złożony po terminie.

Do dnia 31 marca 2018 r., w wyniku dokonanej weryfikacji, zwróconych zostało 95 wniosków³² (20,3%), z czego: 47 złożonych po terminie, 12 niekompletnych, osiem w przypadku, których nie wniesiono należnej opłaty, 19 nie dotyczyło szpitala, sześć w przypadku, których zdarzenie medyczne wystąpiło przed 2012 r. i trzy z innych przyczyn. Wnioski te zostały zwrócone zarządzeniem przewodniczącego Komisji przed podjęciem czynności przez składy orzekające.

Badanie szczegółowe dziewięciu wniosków zwróconych³³ wykazało, że trzy z nich dotyczyły zdarzenia medycznego niebędącego wynikiem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalu, cztery zostały złożone po upływie roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, natomiast w dwóch przypadkach wniosek był niekompletny.

(dowód: akta kontroli str. 82, 426-429, 521-522)

Jako przyczynę złożenia wniosku, wnioskodawcy wskazywali jeden lub kilka powodów. Najczęściej podawaną przyczyną było uszkodzenie ciała – w 163 przypadkach, następnie rozstrój zdrowia – w 134 przypadkach, śmierć pacjenta w 83 przypadkach i zakażenie – w 65 przypadkach.

W 129 przypadkach złożone zostały wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy³⁴, co stanowiło 45,1% wydanych orzeczeń (286). Zmiana orzeczenia nastąpiła w 21 przypadkach (tj. 16,3% wydanych orzeczeń), w tym w sześciu przypadkach na korzyść wnioskodawcy. Komisja skorzystała z opinii lekarzy lub konsultantów z danej dziedziny medycyny w 131 przypadkach, w tym w 100 przypadkach w latach 2014-2018 (I kwartał). Ostatecznie, do dnia 31 marca 2018 r., zakończonych zostało 313 spraw³⁵, w tym 27 umorzono³⁶ (m.in. z powodu wycofania wniosku – 12 i śmierci

²⁹ W 2012 r. – 30; w 2013 r. – 98; w 2014 r. – 71; w 2015 r. – 98; w 2016 r. – 85; w 2017 r. – 68; w I kwartale 2018 r. – 17.

³⁰ Bez wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy.

³¹ Przewodnicząca w latach 2012-2017.

³² W 2012 r. – 5; w 2013 r. – 19; w 2014 r. – 10; w 2015 r. – 25; w 2016 r. – 23; w 2017 r. – 10; w I kwartale 2018 r. – 3.

³³ Z 2014 r. nr 28, 70; z 2015 r. nr 22, 47; z 2016 r. nr 7, 23; z 2017 r. nr 20, 36 i z 2018 r. nr 4.

³⁴ W 2012 r. – 4; w 2013 r. – 25; w 2014 r. – 20; w 2015 r. – 27; w 2016 r. – 31; w 2017 r. – 18; w I kwartale 2018 r. – 4.

³⁵ Tj. bez możliwości wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (w 2012 r. – 12; w 2013 r. – 59; w 2014 r. – 60; w 2015 r. – 58; w 2016 r. – 61; w 2017 r. – 55; w I kwartale 2018 r. – 8).

³⁶ W 2012 r. – 5; w 2013 r. – 5; w 2014 r. – 1; w 2015 r. – 8; w 2016 r. – 4; w 2017 r. – 4; w I kwartale 2018 r. – żadnego.

wnioskodawcy - 3). Prawomocnych było 231 orzeczeń o braku zdarzenia medycznego (73,8%) i 55 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego (17,6%). W toku pozostawało 58 spraw³⁷.

W odniesieniu do 55 orzeczeń o ustaleniu zdarzenia medycznego, w 49 przypadkach podmiot leczniczy przedstawił, za pośrednictwem Komisji, propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia, natomiast w 6 przypadkach Komisja wystawiła zaświadczenie stwierdzające złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia przedmiotowej propozycji. Propozycja podmiotu leczniczego została przyjęta przez wnioskodawcę w ośmiu przypadkach (16,3%), odrzucona w 37 przypadkach (75,5%), w trzech przypadkach (6,1%) do Komisji nie wpłynęło oświadczenie wnioskodawcy, natomiast w jednym przypadku (2,0%) nastąpiła śmierć wnioskodawcy.

Kwota wynikająca z przyjętej propozycji podmiotu leczniczego wynosiła 316,1 tys. zł i była niższa od wnioskowanej (1.136,9 tys. zł) o 72,2%. W żadnym z ww. przypadków podmiot leczniczy nie zaakceptował wysokości odszkodowania i/lub zadośćuczynienia zaproponowanej we wniosku przez wnioskodawcę.

(dowód: akta kontroli str. 82-89, 405; 416)

2.2. Do dnia 31 marca 2018 r. wnioskodawcy wycofali 12 wniosków³⁸, w tym osiem w latach 2014-2018 (I kwartał). W jednym przypadku powodem wycofania wniosku było porozumienie w zakresie zawarcia ugody z podmiotem leczniczym, w dziewięciu przypadkach wnioskodawcy nie podali powodu wycofania wniosku. W dwóch przypadkach wnioski zostały wycofane po otrzymaniu stanowiska podmiotu leczniczego na zarzuty wnioskodawcy, a przyczynę stanowiły ewentualne koszty postępowania, które wnioskodawca byłby zobowiązany ponieść w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego.

W zakresie wycofanych wniosków Komisja nie posiadała wiedzy o ewentualnych procesach sądowych wytoczonych z powództwa cywilnego. Z informacji uzyskanej od podmiotów leczniczych w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*³⁹ (dalej: „ustawa o NIK”), odnośnie dalszego dochodzenia roszczeń w zakresie objętym czterema⁴⁰ z ośmiu wycofanych w badanym okresie wniosków wynika, że wnioskodawcy nie wytaczali procesu sądowego z powództwa cywilnego w zakresie objętym tymi wnioskami.

(dowód: akta kontroli str. 360, 459-520, 523-525)

2.3. Analizą objęto 50 wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego wraz z 25 wnioskami⁴¹ o ponowne rozpatrzenie sprawy. W przypadkach tych, wnioski były składane zarówno przez osoby poszkodowane (43), jak i przez ich spadkobierców (siedem). We wnioskach wskazywano na wystąpienie zdarzeń medycznych, będących następstwem niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia – 41 przypadków, diagnozy – osiem przypadków i zastosowania produktu leczniczego – jeden przypadek.

(dowód: akta kontroli str. 362-369)

W badanej próbie 50 spraw, wystąpiło 19 przypadków zasięgnięcia opinii lekarzy lub konsultantów z danej dziedziny medycyny, w tym pięć w trakcie rozpatrywania wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. W przypadku zasięgnięcia opinii, Komisja nie korzystała z listy lekarzy w danej dziedzinie medycyny, o której mowa w art. 32 ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*, tj. którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej.

³⁷ W tym z nieprawomocnymi jeszcze orzeczeniami Komisji.

³⁸ W 2012 r. - 1; w 2013 r. - 3; w 2014 r. - 0; w 2015 r. - 5; w 2016 r. - 1; w 2017 r. - 2; w I kwartale 2018 r. - 0.

³⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.

⁴⁰ Sprawy z 2014 r. nr 42 i 58; z 2015 r. nr 5; z 2016 r. nr 66.

⁴¹ Sprawy: z 2014 r. nr: 11; 36; 55; 62; 68; z 2015 r. nr: 4; 23; 29; 43; 81; z 2016 r. nr: 18; 25; 33; 40; 57; 61; 62; 70; 76; 77; z 2017 r. nr: 13; 22; 23; 29; 30; 39; 41; 45; 49; 56; 57; 58; 64; 65; 66; z 2018 r. nr: 1; 2; 3; 5; 6.

Osoby wydające opinię były w 15 przypadkach konsultantami wojewódzkimi, natomiast w czterech - lekarzami (z dziedziny chirurgii, ortopedii i traumatologii lub neurologii), nieznanymi się na ww. liście.

Zastępca Przewodniczącego Komisji wskazała, że w czterech przypadkach Komisja wystąpiła do lekarzy specjalistów niebędących konsultantami wojewódzkimi, jak też nie pochodzących z list wskazanych w ustawie, z uwagi na podawany przez konsultantów wojewódzkich zbyt długi czas oczekiwania na opinię, w związku z obciążeniem koniecznością sporządzenia opinii w innych sprawach oraz brakiem pozyskania lekarza z listy przesłanej przez Rzecznika Praw Pacjenta. Komisja podejmowała próby korzystania z list przesyłanych okresowo przez Rzecznika Praw Pacjenta (tj. z listy lekarzy w danej dziedzinie medycyny, o której mowa w art. 32 ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta* najczęściej były one jednak bezskuteczne (z uwagi na brak zwrotnej odpowiedzi ze strony lekarzy z tych list, nieaktualne dane kontaktowe podawane na listach, albo odmowy lekarzy z tych list na prośby czy zapytania ze strony Komisji – najczęściej z powodu obciążenia innymi obowiązkami zawodowymi).

Sporządzenie opinii w przypadku badanych spraw trwało od 10 do 639 dni (średnio 103 dni). W sprawach tych nie wystąpiły przypadki, aby odmówiono sporządzenia opinii. Wynagrodzenie było ustalane w oparciu o stawki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w *sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*⁴², z uwzględnieniem tytułów i stopni naukowych osób wydających opinię. W jednym przypadku biegły zrzekł się wynagrodzenia z powodu wydłużonego czasu wydawania opinii, trwającego 639 dni.

(dowód: akta kontroli str. 362-369, 413-415)

2.4. W wyniku ponownego rozpatrzenia wniosku, orzeczenie zostało zmienione w siedmiu przypadkach, w tym w trzech⁴³ na korzyść wnioskodawcy. W wyniku końcowym, orzeczeniem o zdarzeniu medycznym zakończyło się 12 spraw⁴⁴. Podmiot leczniczy przedstawił propozycję w dziewięciu sprawach⁴⁵, przy czym proponowane kwoty stanowiły wartość od 100 zł do 75.000 zł i zostały zaakceptowane przez wnioskodawcę w dwóch⁴⁶ przypadkach (kwoty 10.000 zł i 75.000 zł). W jednym przypadku⁴⁷ Komisja wystawiła zaświadczenie stwierdzające złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia przedmiotowej propozycji. W dwóch sprawach nie upłynął jeszcze termin na złożenie propozycji.

(dowód: akta kontroli str. 362-369, 413-415)

Z informacji uzyskanej od podmiotów leczniczych, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f *ustawy o NIK* wynika, że wnioskodawcy wytoczyli proces sądowy z powództwa cywilnego w siedmiu⁴⁸ przypadkach. Wszystkie postępowania są w toku.

(dowód: akta kontroli str. 459-520)

2.5. Do Komisji zostało wniesionych 15 skarg⁴⁹ o stwierdzenie niezgodności z prawem jej orzeczenia. W latach 2014-2018 (I kwartał) wnioskodawcy złożyli siedem skarg, natomiast pięć podmiotów leczniczych. W sześciu na 12 przypadków skargi zostały rozpatrzone w ustawowym terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. We wszystkich 12 przypadkach skład Komisji rozpatrującej skargę został wybrany

⁴² Dz. U. z 2011 r. Nr 294 poz. 1740.

⁴³ Sprawa z 2015 r. nr 4, z 2017 r. nr 39 i 66.

⁴⁴ Z 2014 r.: nr 11, 62, 68; z 2015 r. nr: 4, 81; z 2016 r. nr: 18, 61, 62, 70; z 2017 r. nr: 29, 39 i 66.

⁴⁵ Z 2014 r. nr: 11, 62, 68; z 2015 r. nr: 4; z 2016 r. nr: 18, 61, 62, 70; z 2017 r. nr: 29, 39 i 66.

⁴⁶ Sprawa z 2014 r. nr 11 i z 2017 r. nr 29.

⁴⁷ Sprawa z 2015 r. nr 81.

⁴⁸ Sprawa z 2014 r. nr: 37, 62, 68; z 2015 r. nr: 49; z 2016 r. nr: 33, 61 i 62.

⁴⁹ W 2012 r. - 1; w 2013 r. - 2; w 2014 r. - 5; w 2015 r. - 2; w 2016 r. - 4; w 2017 r. - 1; w I kwartale 2018 r. - 0.

zgodnie z art. 67m ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*. W wyniku rozpatrzenia spraw Komisja nie znalazła podstaw do stwierdzenia niezgodności orzeczenia z prawem⁵⁰.

(dowód: akta kontroli str. 89, 417-422, 424-429)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Urzędu w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Po terminie, o którym mowa w art. 67j ust. 8 zdanie 2 *ustawy o prawach pacjenta*, tj. po 30 dniach licząc od dnia otrzymania wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, Komisja rozpatrzyła 15 z 24 takich wniosków (62,5%)⁵¹. Największe opóźnienie wystąpiło w trzech sprawach i wyniosło odpowiednio 481 dni, 380 dni i 159 dni. Na powyższe wpłynęła m.in. data ustalenia pierwszego posiedzenia Komisji, która w dziesięciu przypadkach⁵² została wyznaczona po 34-50 dniach od daty wpływu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Zastępca Przewodniczącego Komisji wyjaśniła, że data posiedzenia została dostosowana do możliwości czasowych członków Komisji, których powołanie do składu orzekającego w danej sprawie uznano za uzasadnione ze względu na jej rodzaj i zakres oraz specjalizację danego członka Komisji.

(dowód: akta kontroli str. 89, 417-422, 424-429)

2. W sześciu na 12 badanych przypadkach, skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia Komisji zostały rozpatrzone⁵³ z naruszeniem ustawowego terminu 30 dni od dnia ich otrzymania (od 10 do 165 dni po tym terminie).

Zastępca Przewodniczącego Komisji⁵⁴ wyjaśniła, że na przekroczenie 30 dniowego terminu w rozpatrzeniu skargi miała wpływ przede wszystkim zbyt mała liczba członków Komisji, spośród których można byłoby powołać III skład orzekający oraz trudności w uzgodnieniu jednego terminu posiedzenia, wspólnego dla sześciu członków składu orzekającego, którzy nie brali udziału w rozpatrzeniu sprawy w I i II składzie. Proponowane wcześniejsze terminy nie były akceptowane przez wszystkich 6 członków składu orzekającego. Opóźnienie 165 dni było ponadto spowodowane wpływającymi m.in. do Ministerstwa Zdrowia i Wojewody Dolnośląskiego licznymi wnioskami i skargami wnioskodawcy, które w ocenie Komisji wymagały rozpatrzenia przed wydaniem orzeczenia w sprawie skargi wniesionej w tej sprawie przez podmiot leczniczy.

(dowód: akta kontroli str. 89, 417-422, 424-429)

Ocena cząstkowa

Postępowania przed Komisją w ograniczonym zakresie zapewniły pacjentom otrzymanie odszkodowania/zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne. Propozycje podmiotów leczniczych w zakresie wysokości odszkodowania/zadośćuczynienia były na tyle niskie, że zostały przyjęte w przypadku zaledwie 16,3% takich propozycji. Stwierdzono również przekroczenie 30 dniowego terminu na rozpatrzenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, a także 30 dniowego terminu na rozpatrzenie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia Komisji.

⁵⁰ W ośmiu przypadkach skargę odrzucono a w czterech przypadkach skargę oddalono.

⁵¹ Jeden wniosek (sprawa nr 64 z 2017 r.) pozostawiono bez rozpatrzenia jako wniesiony po terminie.

⁵² Sprawa z 2014 r. nr 62 i 68, z 2015 r. nr 43, z 2016 r. nr 25, z 2017 r. nr 23, 39, 45, 56, 57 i 66.

⁵³ W trzech przypadkach skargę odrzucono i w trzech przypadkach – oddalono.

⁵⁴ Przewodnicząca w latach 2012-2017.

IV. Wniosek

Wniosek
pokontrolny

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 *ustawy o NIK*, wnosi o podjęcie działań mających na celu taką zmianę sposobu obsługi Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych we Wrocławiu, która skutkować będzie:

- a) dotrzymaniem obowiązujących terminów wydania i doręczenia orzeczenia, (zgodnie z art. 67j ust. 4 oraz 6 *ustawy o prawach pacjenta*),
- b) składaniem oświadczeń o braku konfliktu interesów jeszcze przed wydaniem przez Przewodniczącego Komisji zarządzenia w sprawie wyznaczenia składu orzekającego (zgodnie art. 67g ust. 4 *ustawy o prawach pacjenta*),
- c) dotrzymaniem ustawowego terminu rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (zgodnie z art. art. 67j ust. 8 zdanie 2 *ustawy o prawach pacjenta*),
- d) dotrzymaniem ustawowego terminu rozpatrywania skarg (zgodnie z art. 67m ust. 2 *ustawy o prawach pacjenta*).

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 *ustawy o NIK* kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK we Wrocławiu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 *ustawy o NIK* proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Wrocław, dnia 6 lipca 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

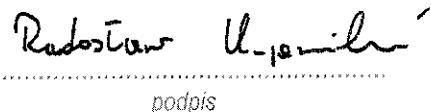
p.o. Dyrektor
Radosław Kujawiński

Kontrolerzy:

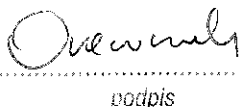
Renata Połatajko

Główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis


.....
podpis

Mariusz Orawczak
Specjalista kontroli państwowej


.....
podpis