

# PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

# RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem  
w opiece zdrowotnej.  
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowci  
Maria Węgrzyn  
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka  
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz  
Korekta: Marcin Orszulak  
Łamanie: Małgorzata Czupryńska  
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania  
znajdują się na stronach internetowych  
[www.pracnaukowe.ue.wroc.pl](http://www.pracnaukowe.ue.wroc.pl)  
[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons  
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska  
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2015

**ISSN 1899-3192**  
**e-ISSN 2392-0041**

**ISBN 978-83-7695-556-8**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:  
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: [econbook@ue.wroc.pl](mailto:econbook@ue.wroc.pl)  
[www.ksiegarnia.ue.wroc.pl](http://www.ksiegarnia.ue.wroc.pl)

## Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

---

### Część 1. Ryzyko systemowe

---

<b>Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek:</b> Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat:</b> Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań .....	24
<b>Piotr Karniej, Iwona Mazur:</b> Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych .....	34
<b>Iga Rudawska:</b> Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji .....	48
<b>Małgorzata Winter:</b> Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

---

### Część 2. Ryzyko finansowe

---

<b>Dorota Korenik:</b> Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych .....	69
<b>Justyna Kujawska:</b> Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych .....	84
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
<b>Maria Węgrzyn:</b> Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

---

### Część 3. Ryzyko personalne

---

<b>Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel:</b> Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem .....	135
<b>Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek:</b> Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne .....	149

<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer:</b> Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
<b>Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska:</b> Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe) .....	180

## Summaries

---

### Part 1. Systemic risk

---

<b>Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek:</b> Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat:</b> Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors .....	24
<b>Piotr Karniej, Iwona Mazur:</b> Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services .....	34
<b>Iga Rudawska:</b> Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population .....	48
<b>Małgorzata Winter:</b> Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending .....	58

---

### Part 2. Financial risk

---

<b>Dorota Korenik:</b> Benchmarking in reducing risk in medical entities .....	69
<b>Justyna Kujawska:</b> The risk of obtaining medical contracts .....	84
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control .....	93
<b>Maria Węgrzyn:</b> The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

---

### Part 3. Personal risk

---

<b>Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel:</b> Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
<b>Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek:</b> Risk manager as a function supporting hospital management .....	149

---

<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey .....</b>	<b>170</b>
<b>Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions) .....</b>	<b>180</b>

### **Katarzyna Dudek**

Uniwersytet Wrocławski  
e-mail: kasia.dudek@gmail.com

### **Krzysztof Dudek**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

---

## **ORGANIZACYJNY BŁĄD MEDYCZNY JAKO CZYNNIK OCENY RYZYKA FUNKCJONOWANIA OŚRODKÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

---

## **ORGANIZING MALPRACTICE AS A FACTOR OF THE RISK ASSESSMENT OF HEALTH CARE CENTRES FUNCTIONING**

---

DOI: 10.15611/pn.2015.410.01

JEL Classification: I oraz K

**Streszczenie:** Organizacyjny błąd medyczny stanowi wciąż niedoceniany element oceny ryzyka w procesie zarządzania jednostkami ochrony zdrowia w Polsce, podczas gdy w krajach Europy Zachodniej dane dotyczące tego zjawiska są praktycznie wykorzystywane w celu wyeliminowania negatywnych skutków funkcjonowania podmiotów medycznych. Na ocenę prawidłowości funkcjonowania systemu udzielania świadczeń medycznych składa się jednostkowa ocena poszczególnych czynników, takich jak wzrost świadomości pacjentów, komunikacja zdrowotna, ergonomia medyczna czy procedury badania jakości udzielanych świadczeń. Celem niniejszego artykułu jest podkreślenie znaczenia wskazanych elementów, mających istotne znaczenie dla ukształtowania modelowego systemu udzielania świadczeń medycznych – wolnego od zjawiska organizacyjnych błędów medycznych. Wnioski pochodzące z analizy prawnych konsekwencji zjawiska błędów medycznych pozwalają na konkluzję, że kwestie organizacji służby zdrowia mają fundamentalne znaczenie dla optymalnej realizacji zadań wszystkich jednostek zaangażowanych w udzielanie świadczeń medycznych.

**Słowa kluczowe:** błąd medyczny, organizacyjny błąd medyczny, ocena ryzyka w ochronie zdrowia.

**Summary:** Organizing medical malpractice is still an underappreciated element of risk assessment in the management of health units in Poland, while in Western European countries, data on this phenomenon are practically used to eliminate the negative effects of medical entities. The assessment of the proper functioning of the system for medical services consists of evaluation of individual factors, such as increased patient awareness, health communication,

medical ergonomics, or the test procedures of quality of provided services. The purpose of this article is to highlight the importance of the selected elements, which are important for the formation of a model system of medical services – free from the organizational phenomenon of medical malpractice. Conclusions from the analysis of the legal consequences of the phenomenon of medical errors allow for the statement that the organization of the health service has fundamental importance for the optimal performance of the tasks of all participants involved in the provision of medical services.

**Keywords:** medical malpractice, organizational medical malpractice, assessment of health risk.

## 1. Wstęp

Organizacyjny błąd medyczny jest kategorią ściśle związaną z procesem zarządzania ośrodkami opieki zdrowotnej. Konsekwencje stwierdzenia zaistnienia nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń medycznych mają negatywne skutki prawne, finansowe oraz wizerunkowe zarówno dla lekarzy odpowiedzialnych (karnie, cywilnie i deontologicznie) za leczenie pacjenta, jak i dla jednostki ich zatrudniającej (roszczenia cywilne, postępowanie karne, postępowania i sankcje ze strony organów nadzorczych). Wzrastająca liczba pacjentów dochodzących swych roszczeń na drodze postępowania sądowego potwierdza rosnącą świadomość społeczeństwa w zakresie praw w wypadku doznania szkody i krzywdy w wyniku błędu medycznego. W latach 2011-2012 w sprawach przeciwko jednostkom ochrony zdrowia polskie sądy prawomocnie zasądziły łączną kwotę 12 409 559 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia na rzecz pacjentów [Engler-Jakubiak 2013, s. 274-288]. Wzrost znaczenia problemu organizacyjnych błędów medycznych jest dostrzegany przez dyrekcję, menedżerów jednostek ochrony zdrowia, co przekłada się na wdrażanie nowych procedur postępowania, certyfikatów jakości oraz analiz ergonomii działania jednostki. Jako korzystne należy ocenić też tendencje wprowadzania rejestrów błędów medycznych, które dostarczają cennych danych dla tworzenia mechanizmów prewencyjnych i naprawczych działalności jednostek ochrony zdrowia. Jednak w porównaniu z innymi państwami europejskimi Polska nie legitymuje się jeszcze wystarczającym doświadczeniem w zakresie gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących nieprawidłowości w organizacji ochrony zdrowia. Wydaje się, że działania te powinny być stałym elementem pracy zespołów administracyjnych i medycznych jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych. W niniejszej pracy zostało przedstawione pojęcie organizacyjnego błędu medycznego. Szczególna uwaga została poświęcona rozróżnieniu kategorii nieprawidłowych działań procesu leczenia oraz podkreśleniu specyfiki terminu głównego artykułu. Celem niniejszego opracowania jest podkreślenie znaczenia skutków występowania organizacyjnych błędów medycznych oraz analiza wzrostu roli tego zjawiska w różnych sferach funkcjonowania jednostki ochrony zdrowia – szczególnie w wymiarze

ekonomicznym. Materiał w artykule zawiera dane aktualnych regulacji prawnych i orzecznictwo sądów polskich. Przepisy zawarte w obowiązujących aktach normatywnych charakteryzują się brakiem spójności oraz jednolitej interpretacji i wykładni. W związku z powyższym w niniejszej pracy zastosowano metodę badawczą polegającą na analizie aktów prawnych i stanowiska judykatury. Należy podkreślić, że w dostępnej literaturze polskiej nie podjęto dotychczas próby analizy omawianej problematyki w odniesieniu do ekonomicznych skutków zaistnienia organizacyjnego błędu medycznego.

## 2. Pojęcie organizacyjnego błędu medycznego

Organizacyjny błąd medyczny jest jednym z rodzajów szeroko pojętej kategorii „błędu medycznego” [Kis-Wojciechowska, Przybylski 2011, s. 131], który nie ma definicji legalnej w polskim porządku prawnym. Zdefiniowana jest natomiast kategoria „zdarzenia medycznego”, wprowadzona ustawą z dnia 28.04.2011 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. nr 113, poz. 660). Zgodnie z art. 67a Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) zdarzeniami medycznymi są zakazanie 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.

Zdarzenie medyczne jest pojęciem szerokim i może obejmować swoim znaczeniem „błąd organizacyjny”, czyli utrwalone i działające przez jakiś czas odchylenia od zasad kierowania i zarządzania zespołem [Korytkowska 2012, s. 65]. W ramach takiej organizacyjnie nieprawidłowej sytuacji lekarz podejmuje decyzje diagnostyczno-terapeutyczne, a różni pracownicy realizują je [Jęczmionka-Kopińska 2013, s. 40]. W doktrynie dominuje pogląd, że terminu „błąd organizacyjny” należy używać dla określenia wadliwej organizacji pomocy medycznej, nie pozostającej bez wpływu na życie i zdrowie pacjentów [Gajewski, Bała 2012]. Sytuacja taka zachodzi wówczas, gdy poważny uszczerbek w dobrach pacjenta powstał nie na skutek wadliwego przeprowadzenia procesu leczenia, lecz w związku ze złą organizacją pracy lekarzy i personelu medycznego [Liszewska 1998; Jęczmionka-Kopińska 2013, s. 64]. Źródłem powstania błędu organizacyjnego może być:

- naruszenie struktury organizacyjnej jednostki,
- naruszenie podziału kompetencji,
- naruszenie przepływu informacji,



- niedostateczne finansowanie,
- naruszenie o charakterze technicznym [Jęczmionka-Kopińska 2013, s. 29].

Powyżej wskazane płaszczyzny mają wpływ na określenie obszarów ryzyka funkcjonowania jednostki udzielającej świadczeń medycznych. Szczególną uwagę należy poświęcić ergonomii w procesie zarządzania oraz zagadnieniu komunikacji zdrowotnej pomiędzy wszystkimi podmiotami biorącymi udział w udzielaniu świadczenia medycznego.

Ważnym czynnikiem determinującym powstanie błędu organizacyjnego jest zjawisko określane w literaturze zachodnioeuropejskiej jako „health communication”, tj. zagadnienie przepływu informacji, komunikacji zdrowotnej [Fiutak 2013, s. 40].

Komunikacja zdrowotna to przede wszystkim praktyka społeczna w ochronie zdrowia; odnosi się do porozumiewania się w ramach systemu medycznego, w skali placówki medycznej, państwa, świata, podejmowanych w ich obrębie działań reklamowych, marketingowych, PR-owskich. Równie istotne znaczenie ma aspekt komunikacji zarówno pośredniej, jak i bezpośredniej (relacja pacjent–lekarz). Komunikacja medyczna wpływa w głęboki sposób na ludzkie życie, a zatem także na zdrowie i odczucie choroby. Pacjenci zależą od trafnych, dokładnych, zrozumiałych porad uzyskiwanych od pracowników służby zdrowia. Nieprawidłowa komunikacja może mieć negatywne skutki, a nawet poważne konsekwencje dla ich życia i zdrowia.

Diagnoza systemu ochrony zdrowia obejmuje czynniki endogeniczne oparte na składowych zaliczanych do otoczenia mikroekonomicznego oraz czynniki egzogeniczne, które mają charakter makroekonomiczny. Do oceny efektywności systemu można wykorzystać otoczenie zewnętrzne, w którym funkcjonuje system. Natomiast skuteczność systemu uzależniona jest od innowacyjnych urządzeń i leków używanych w leczeniu, lecz przede wszystkim od czynnika ludzkiego, a konkretnie od kompetencji pracowników, jak również od jakości współpracy w układzie pionowym i poziomym, opartych na relacjach interpersonalnych i intergrupowych [Goban-Klas 2014, s. 16].

Udzielanie świadczenia zdrowotnego powinno być rozumiane w sposób szeroki, tj. jako diagnozowanie, planowanie i realizowanie terapii, właściwe traktowanie pacjenta oraz poprawna organizacja działalności leczniczo-terapeutycznej na wszystkich jej etapach [Podciechowski i in. 2009, s. 288-292]. Pojęcie to jest immanentnie związane z uwarunkowaniami ergonomicznymi, które muszą być brane pod uwagę w organizacji funkcjonowania podmiotu medycznego.

Zagadnienie ergonomicznych uwarunkowań błędów medycznych poruszano sporadycznie w latach 90. Pionierami w opracowaniu idei badawczych tej kategorii byli eksperci ze Stanów Zjednoczonych. Ich badania potwierdziły, że należy opracować mechanizmy transferu idei ergonomicznych do całego systemu służby zdrowia i platformy skutecznej wymiany doświadczeń pomiędzy światem techniki kształtującym hardware i software dzisiejszego systemu opieki zdrowotnej a jego użytkownikami, jak również przez uświadomienie przyszłych lekarzy i innych profesjonalistów.

stów służby zdrowia o znaczeniu czynnika ergonomicznego dla pełnego sukcesu ich działań [Pokorski 2008, s. 5].

Specyfika organizacyjnego błędu medycznego, różnice taksonomiczne oraz w metodologii badań utrudniają znacznie ocenę częstości występowania błędów oraz identyfikację ich źródeł. Natomiast elementami charakterystycznymi z perspektywy ergonomii w służbie zdrowia, pozwalającymi zapobiegać powstaniu błędów, są:

- ergonomiczne listy kontrolne analizy systemowej (tzw. checklists),
- interdyscyplinarność i wieloaspektowość w szukaniu rozwiązania problemu,
- optymalizacja warunków pracy jako forma profilaktyki działania,
- normalizacja jako warunek współpracy urzędzeń i wyposażenia oraz porozumienia między profesjonalistami,
- wprowadzenie kultury rozwiązywania problemów w miejsce kultury oskarżeń prawnych przez uruchomienie systemu zgłaszania błędów medycznych (oparte na anonimowości i poufności),
- aplikacja metod zapewnienia jakości (certyfikacja z normami jakościowymi, system akredytacji).

Całkowita eliminacja błędów w systemie ochrony zdrowia jest niemożliwa. Szczególnie trudna jest minimalizacja liczby błędów ukrytych, stwarzających potencjalne zagrożenie nieuświadomiane do momentu zaistnienia błędu. Dążenie do podwyższenia jakości usług medycznych winno uwzględniać aktywne poszukiwanie i eliminowanie wszystkich takich sytuacji. Bezpieczeństwo pacjenta (wielkość ryzyka błędów, pomyłek i powikłań mogących mieć negatywne skutki dla pacjenta) wymienia się w doktrynie [Pokorski 2008, s. 14] wśród pięciu najważniejszych aspektów jakości świadczeń medycznych, do których ponadto należą: dostępność, efektywność, wydajność i akceptowalność.

### **3. Składniki oceny ryzyka funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia**

Menedżerowie jednostek ochrony zdrowia posługują się procedurami oceny ryzyka funkcjonowania danej jednostki. Ze względu na znaczenie błędów organizacyjnych powinny być wprowadzane również procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych, w tym przypadków błędów organizacyjnych. Procedura zarządzania ryzykiem w podmiocie leczniczym ma na celu zidentyfikowanie ryzyka oraz ograniczenie jego negatywnego oddziaływania, co powinno przyczynić się do efektywnego i racjonalnego osiągania celów i realizacji zadań jednostki. Celem zarządzania ryzykiem w odniesieniu do głównych celów i zadań jednostki ochrony zdrowia jest:

- 1) poprawa jakości wykonywanych zadań,
- 2) efektywne zarządzanie szpitalem przez utworzenie właściwego ładu organizacyjnego,
- 3) położenie większego nacisku w procesie zarządzania na sprawy faktycznie istotne,

- 4) bardziej świadome podejmowanie ryzyka oraz decyzji,
- 5) efektywne wykorzystanie zasobów szpitala,
- 6) zapewnienie, by mechanizmy kontrolne były adekwatne do ryzyka.

Procedura zarządzania ryzykiem stanowi narzędzie zarządzania dla dyrektora jednostki. Ograniczanie ryzyka prowadzone jest poprzez zaprojektowanie i wdrożenie odpowiednich mechanizmów kontrolnych na podstawie wyników monitoringu poziomu ryzyka oraz jego oceny.

Elementy, które należy wziąć pod uwagę przy określaniu skali skutków:

- 1) skala potencjalnych strat finansowych (dodatkowych kosztów), zobowiązań finansowych,
- 2) wartość majątku narażonego na utratę bądź uszkodzenie,
- 3) odpowiedzialność prawna, niezgodność z przepisami prawa, z postanowieniami umów, istnienie (bądź nie) procedur regulujących dany proces,
- 4) skala zakłóceń organizacyjnych – wpływ na możliwość realizacji celów i zadań, np. brak zachowania ciągłości procesów działania, utrzymania funkcjonalności systemu niezbędnych do wykonywania podstawowych celów,
- 5) wpływ na wizerunek szpitala,
- 6) stosowane (bądź nie) mechanizmy kontroli oraz ich skuteczność.

Czynniki, takie jak: stopień rozwoju polskiej gospodarki, ilość środków dostępnych w systemie ochrony i zachowanie podmiotów w nim działających wymuszają zwiększanie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – na poziomie makro (państwa) i mikro (poszczególnych organizacji tworzących system) [Dziubińska i in. 2014, s. 29]. Z pewnością zmiany na poziomie makro są niezbędne (jak choćby sposób zakupu świadczeń medycznych determinujący zachowanie dostawcy usług zdrowotnych) i logika nakazywałaby wprowadzać je w pierwszej kolejności. Ponieważ na funkcjonowanie poziomu makro nie mamy większego wpływu, zatem w działaniach należałoby się skoncentrować na próbie usprawnienia działania pojedynczych organizacji. Poprawę wyników organizacji można uzyskać poprzez analizę nieprawidłowości wewnątrz jednostki, np. poprzez wprowadzenie raportowania zdarzeń niepożądanych.

#### **4. Płaszczyzny oddziaływania skutków organizacyjnego błędu medycznego**

Przyczyny powstawania organizacyjnych błędów medycznych wynikają z niedostatecznego finansowania polskiej służby zdrowia. Środki przeznaczone na finansowanie opieki zdrowotnej są daleko mniejsze od rzeczywistych potrzeb. Od lekarza wymaga się świadczenia usług medycznych na najwyższym poziomie, dając im do dyspozycji często przestarzały sprzęt czy niewystarczającą liczbę narzędzi i leków. Trudna sytuacja zmusza zarządzających jednostkami ochrony zdrowia do optymalnego gospodarowania przydzielonymi środkami finansowymi. Nie każdy jednak jest w stanie podjąć takiemu zadaniu, co pociąga za sobą wiele nieprawidłowości or-

organizacyjnych, które skutkować mogą powstaniem uszczerbku na zdrowiu pacjenta [Tołłoczko 2001, s. 24-36].

Skutki stwierdzenia organizacyjnego błędu medycznego mogą być odczuwalne zarówno dla samej jednostki ochrony zdrowia<sup>1</sup>, jak i jej pracowników.

Często okazuje się, że szkoda, której doznał pacjent podczas zabiegów medycznych, nie jest skutkiem błędu sztuki lekarskiej, diagnostycznego czy terapeutycznego, braku wiedzy lub kwalifikacji lekarza czy reakcji organizmu, której nie można było przewidzieć, lecz błędów organizacyjnych i zaniedbań lekarzy lub personelu medycznego albo naruszenia standardów postępowania i procedur medycznych. Tym trudniej wówczas pacjentowi pogodzić się z myślą, że gdyby nie to wadliwe działanie (zaniechanie) jednostki ochrony zdrowia, lekarzy, personelu medycznego, niemające związku z wiedzą medyczną, to szkody by nie było. Na tle licznych procesów odszkodowawczych za szkody wyrządzone przy leczeniu liczba tych, w których chodzi o błąd sztuki lekarskiej, traktowany ściśle jako działanie w zakresie diagnozy i terapii sprzeczne z nauką medyczną, jest niewielka [Nesterowicz, 2014, s. 95]. Aktualnie można zaobserwować wzrastającą liczbę judykatów w przedmiocie winy zanonimizowanej, tj. bez wskazania na personalne zarzuty wobec pracowników jednostki ochrony zdrowia [Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12.10.2006 r.; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4.03.2009 r.]. W takim przypadku potwierdzone zostają po stronie jednostki nieprawidłowości w opiece nad pacjentem i z tego tytułu orzeczona zostaje kwota mająca na celu zrekompensowanie doznanej szkody i/lub krzywdy pacjenta.

Oprócz procesów cywilnych i karnych wytaczanych przeciwko jednostkom – inicjowanych przez pacjentów, skutkiem organizacyjnych błędów medycznych są postępowania kontrolne wszczynane przez organy założycielskie/nadzorcze jednostek ochrony zdrowia. Bardzo często przeprowadzana jest wówczas kompleksowa kontrola funkcjonowania danego oddziału.

W tym miejscu należy wspomnieć o aktywności takich instytucji, jak rzecznik praw obywatelskich i rzecznik praw pacjenta, do których kompetencji należy między innymi:

- współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia,
- przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta,
- analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy.

---

<sup>1</sup> W niniejszym artykule autorzy używają określenia „podmiot medyczny” w stosunku do szpitala jako jednostki budżetowej.

Na wniosek rzecznika może zostać wszczęte postępowanie kontrolne w jednostce ochrony zdrowia lub indywidualne postępowanie dyscyplinarne w stosunku do konkretnego lekarza. Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta przewiduje możliwość nałożenia na jednostkę kary pieniężnej w przypadku niewywiązania się przez szpital z obowiązku udzielenia informacji lub wprowadzenia działań naprawczych przewidzianych w zaleceniach pokontrolnych.

Skutki stwierdzonego błędu organizacyjnego mogą mieć znaczenie dla indywidualnej sytuacji lekarza zaangażowanego w proces leczenia pacjenta. Niezależnie od roszczeń kierowanych pod adresem samej jednostki rozżalony pacjent niejednokrotnie występuje również przeciwko konkretnemu lekarzowi – na drodze postępowania cywilnego, karnego oraz dyscyplinarnego w ramach samorządu zawodowego.

Konsekwencjami prowadzonych postępowań – zarówno wobec jednostki ochrony zdrowia, jak i samego lekarza – są poważne obciążenia finansowe [Getzen 2013], wizerunkowe i emocjonalne. Długi okres procedur, dynamika ich przebiegu oraz potrzeba czuwania nad rzetelnym przebiegiem postępowania mają niewątpliwy wpływ na jakość funkcjonowania w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

## **5. Rozwiązania unijne w przedmiocie bezpieczeństwa pacjentów i organizacji służby zdrowia**

Zgodnie z ogłoszonym przez Komisję Europejską w dniu 19.06.2014 r. pakietem przepisów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów szacuje się, że 8-12% pacjentów szpitali w Unii Europejskiej pada ofiarą niepożądanych zdarzeń podczas korzystania z opieki zdrowotnej, takich jak: zakażenia związane z opieką zdrowotną (około 25 % zdarzeń niepożądanych), błędy w stosowaniu leków, błędy chirurgiczne, awarie sprzętu medycznego, błędne diagnozy i brak reakcji w odpowiedzi na wyniki badań. Około 4,1 mln pacjentów rocznie w Unii Europejskiej pada ofiarą zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a przynajmniej 37 000 tys. osób umiera z tego powodu [Europejski pakiet bezpieczeństwa pacjentów w państwach Unii Europejskiej; Kruk-Kopiec 2011].

W 2009 r. w zaleceniu Rady Unii Europejskiej [Zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 9.06.2009 r.] w sprawie bezpieczeństwa pacjentów i zakażeń nabytych w czasie pobytu w zakładach opieki zdrowotnej przedstawiono kompleksową strategię na poziomie UE, wskazując cztery obszary działania, takie jak: 1) polityka i programy w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, 2) upodmiotowienie pacjentów, 3) zgłaszanie zdarzeń niepożądanych oraz wyciąganie z nich wniosków oraz 4) kształcenie i szkolenie pracowników opieki zdrowotnej. W przyjętym w 2012 r. sprawozdaniu na temat wdrożenia zalecenia opisano postępy poczynione przez państwa członkowskie i wskazano obszary, które wymagają dalszych prac; w bieżącym sprawozdaniu zwraca się uwagę na dalszy postęp poczyniony w ciągu ostatnich dwóch lat, szczególnie w następujących obszarach:

- opracowywaniu polityki i programów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów,
- systemach zgłaszania zdarzeń niepożądanych i wyciągania z nich wniosków,
- upodmiotowieniu pacjentów.

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych, w tym błędów organizacyjnych, obejmuje identyfikację, analizę oraz redukcję tych zjawisk. Celem zarządzania ryzykiem jest wdrażanie do praktyki takich rozwiązań, które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania błędów. Zdaniem Komisji Wspólnot Europejskich państwa członkowskie powinny stworzyć lub udoskonalić systemy zgłaszania i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowania skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania. Według Komisji, należy zachęcać do czynnego zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez stworzenie uczciwych okoliczności, mających odmienny charakter od procedur dyscyplinarnych [Kruk-Kopiec 2011].

Rozwój legislacji unijnej pozwolił na postawienie niezwykle istotnych wniosków, dotyczących zarządzania ryzykiem w służbie zdrowia i podnoszenia standardów zapobiegania i redukcji zjawiska błędów medycznych<sup>2</sup>. Dane wskazują na faktyczne postępy w rozwoju programów krajowych w zakresie bezpieczeństwa pacjentów oraz wdrażania przeznaczonych dla pacjentów systemów zgłaszania niekorzystnych skutków dla zdrowia. Obecnie wszystkie państwa członkowskie już stosują lub właśnie opracowują programy krajowe w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, co stanowi olbrzymi krok naprzód. Ponadto coraz bardziej zachęca się pacjentów do otwartego wyrażania własnej opinii. Chociaż bezpieczeństwo pacjentów jest obecnie powszechnym elementem polityki zdrowia publicznego, budowanie kultury bezpieczeństwa pacjentów w środowisku opieki zdrowotnej wydaje się jeszcze większym wyzwaniem. Wyciągnięcie wniosków ze zgłoszonych błędów oraz uwzględnienie pacjentów w zapobieganiu szkodom wymagają dalszej uwagi.

## 6. Zakończenie

W polskim systemie brak jest standardów zarządzania w ochronie zdrowia, niejednokrotnie brak wytycznych i zdefiniowanych procedur utrudnia ocenę prawidłowości działania poszczególnych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy), natomiast ocena rzetelności organizacyjnej udzielania świadczeń zdrowotnych i wyciągnięcie konsekwencji z tego tytułu często są w ogóle zaniechane. Tymczasem nieprawidłowości w sferze organizacyjnej udzielania świadczeń zdrowotnych mogą rozpoczynać sekwencję dalszych błędów funkcjonowania jednostki i działań jej pracowników,

---

<sup>2</sup> Pakiet europejski z dnia 19.06.2014 r. składa się z trzech dokumentów:

- Sprawozdanie na temat wdrożenia zalecenia Rady z 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów.
- Badania Eurobarometru na temat bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej przeprowadzone w okresie od listopada do grudnia 2013 r. we wszystkich 28 państwach członkowskich.
- Wyniki konsultacji publicznych, które trwały od grudnia 2013 r. do lutego 2014 r.



a w efekcie przynoszą negatywne skutki prawne, ekonomiczne oraz wizerunkowe. Podstawowym warunkiem sprawnego funkcjonowania współczesnych jednostek ochrony zdrowia jest właściwa ich organizacja. System organizacyjny, tak jak system medycznych zespołów specjalistycznych, podążając za postępem nauki, musi ciągle ewoluować, aby zapewnić prawidłowy poziom pomocy medycznej podstawowemu ogniwiu łańcucha udzielania świadczenia zdrowotnego, jakim jest pacjent. Dobra organizacja może znacznie wpływać na zmniejszenie ewentualnych błędów popełnionych podczas profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorego. Należy dostrzec, że organizacja i prawidłowa ocena ryzyka w procesie zarządzania jednostkami ochrony zdrowia ma równorzędne znaczenie dla jakości świadczonych usług medycznych jak działania koryfeusza medycyny.

## Literatura

- Dziubińska M., Janus A., Kostrubiec J., Sroka T., Szczęśniak P., 2014, *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, CeDeWu.pl.
- Engler-Jakubiak A., 2013, *Organizacyjny błąd medyczny*, Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego, nr 27.
- Europejski pakiet bezpieczeństwa pacjentów w państwach Unii Europejskiej, [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/package\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/package_en.htm) (31.01.2015).
- Fiutak A., 2013, *Prawo w medycynie*, C.H. Beck.
- Gajewski P., Bała M., 2012, *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, Medycyna Praktyczna.
- Getzen T.E., 2013, *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Goban-Klas T., 2014, *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne*, Wolters Kluwer.
- Jęzcionka-Kopińska E., 2013, *Błąd w sztuce i niepowodzenie medyczne w polskim systemie prawnym*, Wydawnictwo Naukowe „SILVA RERUM”, Poznań.
- Kis-Wojciechowska M., Przybylski Z., 2011, *Błąd medyczny*, Homines Hominibus, vol. 7.
- Korytkowska D., 2012, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, Acta Universitatis Lodziensis, nr 274.
- Kruk-Kopiec G., 2011, *Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych. Projekt bezpiecznej praktyki medycznej*, <http://www.moipip.org.pl/media/doc/konsultanci/52.pdf> (31.01.2015).
- Liszewska A., 1998, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce*, Kraków.
- Nesterowicz M., 2014, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, LexisNexis.
- Podciechowski J., Królikowska A., Hincz P., Wilczyński J., 2009, *Organizacyjny błąd medyczny*, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, t. 2, z. 4, s. 288-292.
- Pokorski J., 2008, *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych – ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk*, Kraków.
- Tołłoczko T., 2001, *Błąd lekarski*, Prawo i Medycyna, 9.
- Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012, poz. 159 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 28.04.2011 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. nr 113, poz. 660).

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12.10.2006 r., sygn. akt I ACa 377/2006, Lexis.pl nr 3111778.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4.03.2009 r., sygn. akt I ACa 12/09, Lexis.pl nr 2155886.

Zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 9.06.2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01), [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pl.pdf) (31.01.2015).