

O odpowiedzialności cywilnej szpitali oraz zarządzaniu ryzykiem

# KO – czyli nokaut szpitali

Jarosław J. Fedorowski



foto: iStockphoto

Powstanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (skrót autora: KO) otwiera nowy rozdział w historii polskiego szpitalnictwa. W internecie już teraz po wpisaniu hasła „zdarzenia medyczne” aż roi się od ogłoszeń kancelarii prawnych oferujących pomoc, a domena pod tym hasłem kryje nie jego fachową definicję, ale oczywiście stronę poświęconą pomocy w uzyskiwaniu odszkodowań. Można powiedzieć, że szpitale mają teraz szanse przegrywania przez nokaut, czyli KO.

System KO ma umożliwić alternatywny sposób dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych pacjentów lub ich spadkobierców od szpitali. Komisje orzekają o istnieniu lub nieistnieniu zdarzeń medycznych (zakażeniach, uszkodzeniach ciała, rozstroju zdrowia, śmierci) będących następstwem niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, leczenia, zastosowania produktu lecz-

niczego lub wyrobu medycznego. Jaka była jego geneza, jakie będą konsekwencje?

## Geneza

Genezą powstania KO jest niesprawny państwowy system prawny oraz wyjątkowa solidarność zawodowa środowiska lekarskiego, znacznie ograniczająca możli-

wość skutecznego postępowania pacjentów przed organami dyscyplinarnymi samorządu lekarskiego. W dziedzinie prawnego otoczenia świadczenia usług zdrowotnych mamy do czynienia z ewidentną, choć swojską, amerykanizacją.

### Medycyna defensywna

Szacuje się, że koszt praktykowania medycyny defensywnej, definiowanej jako nadmierne wykonywanie badań i zabiegów, których celem jest przede wszystkim uniknięcie ewentualnych pozwań sądowych, wynosi w Stanach Zjednoczonych ok. 5 proc. całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. W Polsce do tej pory nie istniało pojęcie medycyny defensywnej. Mając na uwadze powstanie KO, popularyzację roszczeniowości wśród pacjentów, agresywną reklamę kancelarii prawnych oraz niedofinansowanie szpitali (budżety szpitalne są w dalszym ciągu kilkukrotnie, nieproporcjonalnie niższe w relacji do dochodu narodowego *per capita* w porównaniu z krajami Europy Zachodniej), należy prognozować wykształcenie się tego sposobu praktykowania medycyny. Przy naszej skłonności do mnożenia specjalności lekarskich (tu mamy chyba rekord świata) prawdopodobnie powstanie nawet nowa specjalność: medycyna defensywna.

### Zarządzanie ryzykiem

Skuteczną bronią przed nadmiernym kierowaniem spraw dotyczących zdarzeń medycznych jest stworzenie systemu zarządzania ryzykiem. Taki system, znany z dużych korporacji, kosztowny i wymagający specyficznej wiedzy, na razie u nas w szpitalach praktycznie nie istnieje. Ważne elementy systemu, jak np. raportowanie o incydencie (możliwym wystąpieniu zdarzenia medycznego), to przecież powszechnie potępiane w naszej kulturze „donosicielstwo”. W badaniach amerykańskich, a więc systemu z najbardziej agresywnym i kosztownym otoczeniem prawnym, zaobserwowano, że pacjenci występowali na drogę sądową przede wszystkim z powodu nieuzyskania dostatecznej informacji od leczących ich lekarzy na temat przebiegu leczenia, w tym szczególnie zaistnienia zdarzeń nieoczekiwanych przez pacjenta. Ponadto, system amerykański doprowadził do wykształcenia grupy zawodowej *risk managerów* szpitalnych, grupy nieznanej w Polsce.

System zarządzania ryzykiem w szpitalu powinien składać się z wielu elementów:

- definiowanie, monitorowanie, zgłaszanie zdarzeń niepożądanych,
- analiza wszystkich zdarzeń niepożądanych, a nawet tych „prawie niepożądanych” wraz z oceną ich przyczyn,
- komunikacja zwrotna dla pacjenta oraz personelu medycznego, których zdarzenie niepożądane dotyczyło,
- partnerska współpraca z ekspertami firm ubezpieczeniowych celem minimalizacji skutków zaistnienia zdarzeń niepożądanych,

„ Koszt medycyny defensywnej, czyli wykonywania badań i zabiegów, których celem jest uniknięcie ewentualnych pozwań sądowych, pochłania w Stanach Zjednoczonych ok. 5 proc. wydatków na ochronę zdrowia ”

- stała poprawa jakości świadczonych usług, oczywiście wymagająca ciągłego wzrostu nakładów finansowych,
- szkolenie personelu medycznego w zakresie przestrzegania standardów, minimalizacji ryzyka, zdolności interpersonalnych oraz postępowania po wykryciu zdarzenia niepożądanego,

„ Włosi świetnie mówią po angielsku, gdy chcą coś sprzedać. W wypadku reklamacji natychmiast przestają znać ten język. W polskiej ochronie zdrowia powszechna jest praktyka udzielania skąpych informacji pacjentowi ”

- stworzenie narzędzi informatycznych zmniejszających ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych, takich jak elektroniczna dokumentacja medyczna, zautomatyzowane systemy dystrybucji leków czy elektroniczne szablony postępowania medycznego.

### Ubezpieczenia

Wprowadzenie KO (w obecnym kształcie zapisów ustawowych) wiąże się z koniecznością wykupienia dodatkowej polisy ubezpieczeniowej. Skoro do tej pory szpitale nie miały roszczeń w zakresie zdarzeń niepożądanych przed KO, bo komisji po prostu nie było, logiczne wydaje się rozwiązanie, w którym składki na polisy wynikające z utworzenia KO są bardzo niskie. W dziedzinie



601.123RF

„ W dziedzinie ubezpieczeń szpitali od odpowiedzialności cywilnej mamy czasy głębokiego PRL, gdy np. w OC komunikacyjnym istniał jeden ubezpieczyciel, a ceny polis miały się nijak do szkodowości „

ubezpieczeń szpitali od odpowiedzialności cywilnej mamy jednak czasy głębokiego PRL, gdy np. w OC komunikacyjnym istniał jeden ubezpieczyciel, a ceny polis miały się nijak do szkodowości. Bardzo ciekawy i kuriozalny jest fakt, iż choć postępowania przed KO toczy się będą przeciwko szpitalom, to w większości szpitali diagnostykę i leczenie prowadzą lekarze kontraktowi, a więc niezależne podmioty gospodarcze, od jakiegoś czasu dość dobrze ubezpieczone od OC i to przez różne towarzystwa. Komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych będą jednak orzekać wypłaty odszkodowań od szpitali, a nie od już ubezpieczonych lekarzy ani też od innego personelu medycznego. A przecież błędy ludzkie to przeważająca przyczyna zdarzeń niepożądanych w medycynie. W KO zasiadają lekarze desygnowani przez samorząd lekarski, którzy raczej będą kultywować zasady solidarności zawodowej w najszerszym możliwym zakresie. Będą też prawnicy, których kancelarie są zainteresowane tego typu postępowaniami. W KO nie będzie odpowiedniej reprezentacji szpitali.

### Sorry a sprawa dr. Cwacha

W naszej mentalności zakorzenione jest dążenie do ukrywania błędów, obawa przed tzw. donosicielstwem oraz dość niska w sumie kultura obsługi w sytuacjach reklamacji – dotyczy to nie tylko ochrony zdrowia. Nadal widzimy komunikaty rodem z PRL: „po odejściu od kasy reklamacji nie uwzględnia się” albo „prosimy o przemyślane zakupy, zwrotów nie przyjmujemy”. Nie dotyczy to wyłącznie naszego narodu. Włosi na przykład świetnie mówią po angielsku, gdy chcą coś sprzedać, ale w wypadku reklamacji natychmiast przestają znać ten język. W polskiej ochronie zdrowia dość powszechna jest praktyka udzielania skąpych informacji pacjentowi

oraz jego rodzinie. W amerykańskich szpitalach rodzina ma wstęp (oczywiście w granicach rozsądku) np. na oddziały intensywnej opieki, powszechne są pokoje rodzinne do prowadzenia poufnych rozmów z pacjentem i jego rodziną, a żadnych informacji dotyczących przebiegu choroby się nie ukrywa. Co więcej, na bieżąco i nieodpłatnie wydawane są kopie dokumentacji medycznej, a jakiegokolwiek poprawianie wcześniej sporządzonej dokumentacji medycznej jest niedopuszczalne. W Polsce natomiast jest wiele barier, począwszy od kultowego obuwia ochronnego, poprzez niechętnie dopuszczanie rodzin do łóżka chorego, ograniczanie dostępu do dokumentacji, a skończywszy na niepełnym informowaniu o stanie zdrowia oraz ukrywaniu zdarzeń niepożądanych. Także „ulepszanie” dokumentacji medycznej już po fakcie wystąpienia zdarzenia jest dość częste i akceptowane. W kwestii komunikacji z pacjentem i jego rodziną przypomina się oddział ortopedyczny ze znanego czeskiego serialu „Szpital na peryferiach”, gdzie jedynym lekarzem chętnym do udzielania informacji rodzinom był dr Cwach, sportretowany ogólnie jako beznadziejny lekarz. Czy należy zatem mówić pacjentom oraz rodzinom o wystąpieniu zdarzeń niepożądanych tak szybko, jak tylko personel medyczny się w tym zorientuje? Na to pytanie odpowiadamy w kontekście roszczeniowości pacjenta i prawdopodobieństwa dochodzenia odszkodowania przed KO czy sądem. Otóż przykłady ze Stanów Zjednoczonych – po raz kolejny muszę przywołać ten kraj, gdyż tam system ochrony zdrowia działa pod najwyższą na świecie presją prawną – dobitnie wykazują, że jak najbardziej. Wczesne zgłaszanie i wyjaśnianie wszystkich zauważonych zdarzeń niepożądanych zmniejsza tzw. szkodowość szpitali, a zwiększa satysfakcję pacjentów. Wbrew pozorom, szczerze przeprosiny wraz z wyjaśnieniami to obok praktykowania medycyny zgodnie ze standardami najlepsze metody unikania zaangażowania systemu prawnego. Stwierdzono także, że lekarze oraz pielęgniarki dobrze traktujący pacjentów pod względem personalnym mogli nawet popełniać błędy i częściej uchodziło im to na sucho niż ich gburowatym kolegom.

### Jak sobie radzić

Jakie są zatem możliwości szpitali w obecnym stanie rzeczy:

- działania, najlepiej grupowe, w celu modyfikacji zapisów ustawowych;
- działania, najlepiej grupowe, w celu zaistnienia na polskim rynku ubezpieczeń OC szpitali dużych, międzynarodowych towarzystw ubezpieczeniowych kierujących się faktyczną oceną szkodowości, także na podstawie danych z innych krajów;
- działania, najlepiej grupowe, w celu stworzenia systemu zarządzania ryzykiem;
- działania, najlepiej grupowe, w celu raportowania zdarzeń niepożądanych, postępowań w sprawach przed KO oraz sądami powszechnymi;

- działania, najlepiej grupowe, w celu zwiększenia nakładów na szpitalnictwo proporcjonalnie do wzrostu wymagań wobec szpitali ze strony różnych instytucji państwowych, w tym szczególnie w kwestii ubezpieczeń;
- działania, najlepiej grupowe, w celu wzrostu kultury i jakości obsługi pacjentów, np. poprzez edukację personelu oraz monitorowanie jakości;
- wprowadzenie systemu okresowej akredytacji lekarzy szpitalnych, szczególnie kontraktowych, celem ograniczenia działalności lekarzy powodujących nadmierną szkodowość;
- odchylenie od indywidualnego podejścia do praktykowania medycyny, określanej jako sztuka, na rzecz praktyki opartej na faktach, standardach i definiowanej jako profesja;
- współpraca z organizacjami szpitali z Unii Europejskiej w celu wymiany doświadczeń oraz zapoznania się ze strategiami zmniejszającymi ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

### Postscriptum

Tematem jednej z sesji tegorocznej konferencji *Hospital Management* będzie zarządzanie ryzykiem oraz ubezpieczenia szpitali – zapraszam do udziału. Aktualne informacje na temat konferencji znajdują się na portalu

*Termedii*, Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych oraz Polskiej Federacji Szpitali.

Polska Federacja Szpitali jest na etapie tworzenia grupy ubezpieczeniowej szpitali oraz koncepcji grupowego systemu zarządzania ryzykiem. Właśnie podpisaliśmy umowę z największą grupą brokerską w Polsce i Francji, której celem jest dokonanie przełomu na rynku ubezpieczeń szpitali. Dzięki tej współpracy rysuje się realna perspektywa wejścia na nasz rynek międzynarodowych towarzystw ubezpieczeniowych oraz reasekuracyjnych zainteresowanych współpracą z dużą grupą szpitali. Jako jedyna organizacja szpitali w Polsce „ponad podziałami”, nie wykluczamy utworzenia towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, w tym przy współpracy z naszymi partnerami zrzeszonymi w Europejskiej Federacji Szpitali. Wystąpiliśmy także do Ministerstwa Zdrowia o działanie w celu zmiany zapisów ustawowych.

O szczegółach naszych działań informujemy na stronie [www.federacjaszpitali.pl](http://www.federacjaszpitali.pl). Zachęcamy wszystkie szpitale, niezależnie od struktury własnościowej czy organizacyjnej, do wstępowania do naszej federacji. Sprawa ubezpieczeń i zdarzeń medycznych jest klasycznym przykładem problemu, który dotyczy każdego szpitala. Podnieśmy się zatem po KO i przejdźmy do aktywnych działań.

Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali i gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali HOPE

#### Główne tematy Zjazdu:

- POChP,
- rak płuca,
- astma i alergie,
- śródmiąższowe choroby płuc,
- zakażenia układu oddechowego,
- zaburzenia oddychania w czasie snu,
- nadciśnienie płucne i zator tętnicy płucnej,
- gruźlica i mykobakteriozy,
- rzadkie choroby układu oddechowego.

#### Uczestnicy:

Specjaliści pneumologii, alergologii, onkologii, medycyny rodzinnej, internści, pediatrzy, lekarze zainteresowani tematyką chorób układu oddechowego.

#### Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. Dorota Górecka

#### Komitet Organizacyjny:

prof. Paweł Śliwiński  
prof. Ewa Augustynowicz - Kopeć  
prof. Waldemar Tomalak

#### Zarejestruj się on-line:

[www.zjazdptchp.pl](http://www.zjazdptchp.pl)

#### Termin nadsyłania streszczeń:

do 1 marca 2012 roku

#### Biuro Organizacyjne:

Pharma2pharma, ul. Ogrodowa 1a/3, 00-893 Warszawa, tel./fax: +48 22 254 86 95  
[biuro@pharma2pharma.pl](mailto:biuro@pharma2pharma.pl), [biuro@zjazdptchp.pl](mailto:biuro@zjazdptchp.pl), [www.pharma2pharma.pl](http://www.pharma2pharma.pl)

# XXXII Zjazd

## Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

### 12-15 maja 2012

– Wisła –

