

ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI
– BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW
I SPOSOBY OGRANICZANIA RYZYKA SZPITALI

ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI
– BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW I SPOSOBY
OGRANICZANIA RYZYKA SZPITALI

REDAKCJA NAUKOWA
MIECZYŚŁAW PASOWICZ

KRAKÓW 2012

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja naukowa: dr hab. n. med. Bożena Walewska-Zielecka

Redaktor prowadzący: Halina Baszak-Jaroń

Projekt okładki: Joanna Sroka

Na okładce wykorzystano projekt plakatu Mieczysława Górowskiego, przygotowanego z okazji XIX Kongresu Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali (z archiwum Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali)

Korekta: zespół

ISBN 978-83-7571-285-8

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2012

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2012

Sprzedaż prowadzi:

Księgarnia U Frycza

Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków

tel./faks: (12) 252 45 93

e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

SPIS TREŚCI

Mieczysław Pasowicz, <i>Wprowadzenie</i>	7
--	---

Część I

Zarządzanie podmiotami leczniczymi: przekształcenia i bezpieczeństwo systemowe

Dorota Węglowska, Mieczysław Pasowicz

Organizacja pracy podmiotu leczniczego i jego przedsiębiorstw	13
---	----

Marcin Mikos, Przemysław Barczentewicz

Kwalifikacje kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi	27
---	----

Krystyna Purowska, Agnieszka Szpara

Zarządzanie personelem, struktury organizacyjne i ład korporacyjny w podmiotach leczniczych	37
--	----

Jacek Klich

Proces przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego z perspektywy zarządzania i planowania strategicznego	53
--	----

Adam Kozierkiewicz

Zarządzanie i wycena wartości spółek medycznych	67
---	----

Aneta Sieradzka

Prowadzenie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej	83
---	----

Wojciech Mielnicki

Zarządzanie ryzykiem związanym z bezpieczeństwem informacji i ochrona danych osobowych w podmiotach leczniczych	93
--	----

Janina Pawłowska

Bezpieczeństwo pacjenta i optymalizacja gospodarki lekami jako zadania apteki szpitalnej	107
---	-----

Część 2**Zapewnienie jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjentów i personelu***Michał Bedlicki, Jerzy Hennig*

Systemy zewnętrznej oceny jakości w podmiotach leczniczych 121

*Dariusz Bąk*Polityka *compliance* w podmiotach leczniczych 133*Marcin Śliwka*

Zakres odpowiedzialności podmiotu leczniczego wobec pacjentów 151

*Jolanta Budzowska*Odpowiedzialność finansowa z tytułu błędów i zdarzeń medycznych
– rozwiązania ugodowe 165*Marietta Janowicz-Lomott, Krzysztof Łyskawa*

Alternatywne rozwiązania obowiązkowego ubezpieczenia szpitali 177

*Ingo Gurcke, Bogusław Piechula*Kliniczne zarządzanie ryzykiem oraz jakością. Rozwiązania redukujące ryzyko
i podwyższające jakość oferowanych usług 195

Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali 1993–2013

Powstanie i początki działalności Stowarzyszenia III

Misja i działalność międzynarodowa Stowarzyszenia IV

Struktura i funkcjonowanie Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali X

Działalność naukowa i szkoleniowa XII

Dylematy medyczne XXI wieku XXXI

Przyszłość Stowarzyszenia XL

Polish Association of Hospital Directors (1993–2013). An Overview XLII

WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich 20 lat system ochrony zdrowia w Polsce nieustannie poddawany jest poważnym przeobrażeniom. Od etapu funkcjonowania jednostek budżetowych w formie ZOZ, do czasu przekształcenia w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a obecnie w podmioty lecznicze – nastąpiła prawdziwa „rewolucja” systemowa.

Finansowanie usług z budżetu państwa zastąpiło finansowanie ze składek na ubezpieczenia zdrowotne. Tak radykalne zmiany zasad funkcjonowania podmiotów i sposobu organizacji pod względem ich własności, form działania, struktury organizacyjnej oraz finansowania świadczeń zdrowotnych, wpływają na ryzyko systemowe oraz bezpieczeństwo pacjentów i personelu.

Zarówno sytuacja w sektorze zdrowotnym, jak i skala przeobrażeń mają istotne znaczenie dla gospodarki narodowej, co wywołuje również nieustanne i żywe zainteresowanie polityków, mediów, pacjentów i personelu medycznego. Ze względu na skalę planowanych zmian i trudności w procesie ich wprowadzania, podejmowane działania stają się również przedmiotem zainteresowania środowisk prawniczych, przemysłu farmaceutycznego i wyrobów medycznych oraz banków i firm ubezpieczeniowych. Ponadto, poza licznymi kontrowersjami dotyczącymi przyjętych zasad, obecnie zachodzi także zjawisko znacznego zwiększenia ryzyka systemowego dla zarządzających podmiotami leczniczymi oraz personelu medycznego – ze względu na nowe uregulowania w sprawie odpowiedzialności z tytułu zdarzeń niepożądanych, konieczności zapewnienia ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa informacyjnego oraz jakości świadczeń i bezpieczeństwa farmakoterapii. Także stale rosnące wymagania monopolisty-płatnika odnośnie do kwalifikacji personelu i wyposażenia, stwarzają dodatkowe ryzyko i generują coraz wyższe koszty. Zmieniła się również wiedza pacjentów na temat możliwości egzekwowania swoich praw oraz leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

W tym kontekście z wielką przyjemnością polecam Czytelnikom monografię *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*. Pretekstem do jej przygotowania, poza zagadnieniami przedstawionymi powyżej oraz wyzwaniem wynikającymi z przyjętych w ostatnich latach ustaw, stał się także jubileusz 20-lecia działalności Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, któremu mam zaszczyt, jako

założyciel, przewodniczyć od początku jego istnienia. Nasze stowarzyszenie rozpoczęło działalność w maju 1993 roku w całkiem odmienniejszej niż obecnie sytuacji gospodarczej, politycznej i ekonomicznej. Z tej perspektywy możemy zauważyć, jak bardzo zmieniło się nasze otoczenie prawne, jak wzrosły oczekiwania pacjentów oraz koszty leczenia szpitalnego. Dzięki członkostwu w Unii Europejskiej i, między innymi, staraniom naszego Stowarzyszenia, „zdrowie” zostało zapisane jako priorytet w Narodowym Planie Rozwoju na lata 2004–2006. Nasze szpitale od 10 lat mogą więc się unowocześniać i rozwijać – także dzięki dużemu wsparciu finansowemu z budżetu unijnego i korzystać ze wzorców europejskich partnerów.

Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali (PSDS) od 1994 roku należy do prestiżowego grona European Association of Hospital Managers (EAHM) z siedzibą w Brukseli, zrzeszającego narodowe stowarzyszenia z 25 krajów Europy. W 2002 roku organizowaliśmy w Krakowie Kongres tej organizacji, którego temat „Opieka skoncentrowana wokół pacjenta – od reformy strukturalnej do opieki zintegrowanej”, nadal nie stracił aktualności. W rozdziale o historii stowarzyszenia umieszczono także informacje o najważniejszych inicjatywach, wydarzeniach i konferencjach naukowych, w których uczestniczyło Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali.

Tematyka prezentowanej monografii obejmuje wszystkie aktualne zagadnienia związane z zarządzaniem szpitalami, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zarządzanie ryzykiem oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Praca napisana została przez zespół ekspertów i praktyków. Uwzględniono w niej najnowszy stan prawny, który uległ w ostatnim czasie dużym zmianom. Ponadto, w sposób szczegółowy i nowatorski, zwrócono uwagę na zagadnienia poprawy bezpieczeństwa pacjentów przez stosowanie procedur zmniejszających ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz sposoby ubezpieczania tego ryzyka i kompensacji ewentualnych szkód.

W części pierwszej, „Zarządzanie i przekształcenia oraz bezpieczeństwo systemowe w podmiotach leczniczych”, przedstawione zostały między innymi takie zagadnienia, jak: organizacja podmiotu leczniczego i jego przedsiębiorstw, kwalifikacje kadry zarządzającej, zarządzanie personelem i budowanie ładu korporacyjnego. Omówiono tematy związane z planowaniem i przekształceniami, w tym wyceną spółek podmiotów leczniczych, oraz z zarządzaniem bezpieczeństwem informacyjnym i ochroną danych osobowych. Zostało omówione ryzyko wynikające z prowadzenia i udostępniania dokumentacji elektronicznej pacjenta oraz sposoby zapewnienia bezpieczeństwa farmakoterapii w szpitalach.

W części drugiej, „Zapewnienie jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjentów i personelu”, przedstawiono kwestie związane z występowaniem ryzyka w podmiotach leczniczych, w tym zakres ryzyka i odpowiedzialności podmiotu leczniczego i osoby zarządzającej SPZOZ i spółką oraz sposoby ubezpieczenia ryzyka. Przedstawiono nowatorskie możliwości ograniczania ryzyka w tym zakresie przez stosowanie systemów oceny jakości, budowanie polityki *compliance* oraz procedur i rozwiązań zmniejszających ryzyko zdarzeń niepożądanych

i zapewniających stałą poprawę jakości. Szczegółowo opisano zagadnienia odpowiedzialności cywilnej i karnej podmiotów leczniczych. Po raz pierwszy w Polsce przedstawiono europejskie rozwiązania i sposoby zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i personelu, mające na celu zmniejszenie liczby błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych przez stosowanie systemów klinicznego zarządzania ryzykiem i jakością.

Gorąco polecam lekturę niniejszej publikacji wszystkim zainteresowanym problematyką zarządzania podmiotami leczniczymi i jakością usług w szpitalach oraz systemowymi rozwiązaniami zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

redaktor naukowy
prof. nadzw. dr hab. n. med. Mieczysław Pasowicz



CZĘŚĆ 1

ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI: PRZEKSZTAŁCENIA I BEZPIECZEŃSTWO SYSTEMOWE



ORGANIZACJA PRACY PODMIOTU LECZNICZEGO I JEGO PRZEDSIĘBIORSTW

STRESZCZENIE: Przekształcenia w zakresie organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych, jakie nastąpiły od 1991 r. w Polsce wraz z utworzeniem zakładów opieki zdrowotnej, a następnie ich usamodzielnienie i przekształcenie w podmioty lecznicze i ich przedsiębiorstwa, doprowadziły do całkowitej zmiany sposobu zarządzania szpitalami. Zmiana sposobu finansowania z budżetowego na ubezpieczeniowe, a potem zastąpienie Kas Chorych monopolem struktury NFZ, sprzyja rozdrobnieniu świadczeń. Generowanie kosztów wynika także z braku kompleksowości i nadal wyraźnej słabości systemu podstawowej opieki zdrowotnej i lecznictwa ambulatoryjnego. Nowe regulacje prawne nie sprzyjają koordynacji systemowej i organizacyjnej, a wręcz wymuszają dodatkowe podziały i zwiększają ryzyko i koszty funkcjonowania. Aspekty zdrowotne i specyfika związana z misją przedsiębiorstw podmiotów leczniczych nie znalazły odzwierciedlenia w Ustawie o działalności leczniczej.

ABSTRACT: Transformations in the organization and financing of health care services that have occurred since 1991 in Poland, with the establishment of health care facilities and their empowerment and transformation in medical entities, and their company, resulted in a total change in the management of hospitals. Changing the financing from the budget for sickness funds and replacement with the monopoly structure of National Health Fund promotes fragmentation of services. Generating costs is also due to the lack of complexity and still clear weaknesses of primary health care and outpatient treatment. New regulations are not conducive to coordination and organizational system and even more divisive force and increase the risk and cost of operation. Health aspects and specifics related to the mission of corporate medical entities were not reflected in the Law on Medical Activity.

WPROWADZENIE

Zakład opieki zdrowotnej – zgodnie z polskim prawem obowiązującym przed 1 lipca 2011 r. – to wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ustawa o działalności

leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (obowiązująca od 1 lipca 2011 r.) zastąpiła pojęcie zakładu opieki zdrowotnej szerszym pojęciem podmiotu leczniczego (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).

Zakład opieki zdrowotnej mógł być również utworzony i utrzymywany w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia lub w celu realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia (art. 1 ust. 1–2 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408). Jednym z rodzajów zakładów opieki zdrowotnej był Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Nowa ustawa zachowała pojęcie SPZOZ jako jednego z typów podmiotów leczniczych.

PRZEKSZTAŁCENIA JEDNOSTEK BUDŻETOWYCH W SPZOZ

Funkcjonujące w latach 90. XX w. jednostki budżetowe zostały na podstawie ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408) zmienione w Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej. Zgodnie z zapisami tej ustawy, organem założycielskim mogły być organy administracji centralnej, samorządu terytorialnego, wojewoda, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz uczelnie wyższe. Wprowadzono także definicję niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, tworzonego m.in. przez osoby fizyczne, spółki osobowe, spółki kapitałowe, fundacje, stowarzyszenia, kościoły i związki wyznaniowe.

Prowadzenie szpitali w formie jednostek samodzielnych dawało im uprawnienia w zakresie samodzielnego kształtowania planu przychodów i kosztów, prowadzenia polityki zatrudnienia oraz możliwości wyposażenia w nieruchomości i przejęcia na własność szpitala użytkowanego majątku ruchomego oraz pozyskiwania dotacji na rozwój. Finansowanie tych zakładów do 1999 r. pochodziło wprost z budżetu państwa na podstawie decyzji budżetowych wojewódzkich wydziałów zdrowia oraz decyzji Ministerstwa Zdrowia dla szpitali klinicznych i instytutów resortowych. Poza prostym i mało zbiurokratyzowanym systemem przydzielania dotacji budżetowych dla SPZOZ, stopniowo zaczęły się jednak pojawiać narastające trudności ze sfinansowaniem migracji pacjentów leczonych w podmiotach mających swoją siedzibę na terenie innego województwa, zwłaszcza w wysoko specjalistycznych klinikach na tzw. bazie obcej, oraz finansowaniem działalności powstających NZOZ prowadzących coraz szerszy zakres działalności ambulatoryjnej, diagnostycznej i szpitalnej. Sytuacja ta, oraz narastające zadłużenie niektórych szpitali publicznych (SPZOZ), stawały się powodem do poszukiwania innych rozwiązań oraz do analizy systemów finansowania tych świadczeń w krajach Europy Środkowej, które w tym samym czasie zaczęły wprowadzać systemy finansowania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem składki na ubezpieczenie zdrowotne, wzorowanych na rozwiązaniach niemieckich kas chorych – AOK. W 1995 r. Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów

Szpitali zorganizowało [z mojej inicjatywy – M.P.] międzynarodową konferencję na ten temat, w trakcie której przedstawiciele Czech, Słowacji i Węgier oraz Ministerstwa Zdrowia RP, reprezentowanego przez ówczesnego wiceministra zdrowia Krzysztofa Kuszewskiego, przedstawiali przyjęte rozwiązania oraz dyskutowali z dyrektorami szpitali i lekarzami o możliwości wprowadzenia podobnych rozwiązań w Polsce. Częściowo miały one się wzorować na rozwiązaniach z okresu II Rzeczypospolitej. Pierwszym polskim aktem prawnym mówiącym o zapewnieniu opieki medycznej i przewidującym utworzenie systemu kas chorych był bowiem dekret Naczelnika Państwa z 11 stycznia 1919 r., a dokładny tryb ich tworzenia i funkcjonowania ustaliła ustawa z 20 maja 1920 r.

Konieczność przeprowadzenia reformy systemu finansowania i funkcjonowania opieki zdrowotnej w III RP postulowano już od początku lat 90. XX w. Wyjątkowo trudna sytuacja finansowa państwa w okresie transformacji ustrojowej i gospodarczej wymuszała jednak dyskusję na temat powrotu do ubezpieczeniowego (lub mieszanego) systemu finansowania służby zdrowia. Po wygranych przez koalicję AWS wyborach parlamentarnych w 1997 r., rząd Jerzego Buzka przystąpił do wdrażania tzw. programu czterech reform: obok reformy administracji, edukacji i systemu emerytalnego, wprowadzono również reformę funkcjonowania i finansowania opieki medycznej. Zakładała ona odejście od całościowego finansowania służby zdrowia z budżetu państwa, przejście na system mieszany – ubezpieczeniowo-budżetowy, oraz całkowitą reorganizację struktur własnościowych i funkcyjnych w publicznym lecznictwie (wprowadzenie SPZOZ, instytucji lekarza rodzinnego oraz liberalizację przepisów będących podstawą do zakładania Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, czyli NPZOZ).

Zgodnie z ustawą z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ponownie do życia powołano kasy chorych jako publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Powstało więc 16 regionalnych kas chorych (po jednej w każdym nowo utworzonym województwie) oraz jedną branżową kasę chorych dla służb mundurowych (miała być załącznikiem innych branżowych, a w przyszłości prywatnych kas chorych), działającą na terenie całego kraju. Pierwotnie składkę na ubezpieczenie zdrowotne pobierano wraz z podatkiem dochodowym od osób fizycznych (PIT). Rolę płatnika w przekazywaniu środków finansowych dla świadczeniodawców – szpitali, przychodni, uzdrowisk – zaczęły pełnić kasy chorych. Samorządowcy byli początkowo przerażeni nowymi obowiązkami, ale też i zadowoleni, że uzyskają bezpośredni wpływ na to, co dzieje się ze szpitalem, przychodnią czy rehabilitacją na ich terytorium samorządowym. Wtedy jednak jeszcze nikt nie mógł przewidzieć, że oprócz obowiązku organu założycielskiego dla SP ZOZZ, samorząd w krótkim czasie zostanie pozbawiony narzędzia finansowego, potrzebnego do realizacji tak ważnego zadania, jakim było zapewnienie mieszkańcom dostępu do świadczeń zdrowotnych, co nastąpiło w 2003 r. przez wprowadzenie ustawy o utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia i centralizacją oraz monopolizacją systemu finansowania. Stworzenie NFZ było częściową realizacją obietnic wyborczych SLD. Podobnie jak inne partie polityczne, Sojusz zadeklarował w kampanii wyborczej w 2001 r. likwidację Kas Chorych i proponował zastąpienie ich kilkoma funduszami zdrowia. Po wyborach

zwyciężyła jednak inna koncepcja, forsowana przez ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego – powołanie jednej, scentralizowanej instytucji rządowej. Projekt ustawy wpłynął do Sejmu w lecie 2002 r. i mimo sprzeciwu wielu środowisk, 23 stycznia 2003 r. został uchwalony (ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391). 7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że znaczna część przepisów tej ustawy jest niezgodna z Konstytucją RP. Trybunał zakwestionował m.in. brak precyzji przepisów, brak gwarancji równego dostępu do świadczeń medycznych, iluzoryczność prawnych gwarancji opieki medycznej – brak precyzyjnego określenia, co przysługuje ubezpieczonym, wyjęcie finansów funduszu spod kontroli parlamentu i ubezpieczonych, konfliktogenne uregulowanie przepisów określających relacje między prezesem NFZ a ministrem zdrowia. Sejm uchwalił więc nową ustawę w 2004 r. Równolegle następowały zmiany w zakresie organizacji systemu udzielania świadczeń zdrowotnych. Podział świadczeniodawców z 1999 r. na podstawową opiekę zdrowotną, opiekę ambulatoryjną, szpitalnictwo, stomatologię z ortodoncją, rehabilitację i uzdrowiska oraz wyłączenie medycyny szkolnej ze szkół, wywołał kontrowersje w samorządach. Na dużą skalę rozpoczęły się więc przekształcenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii oraz opieki specjalistycznej, które to usługi są prowadzone w większości przez podmioty należące do lekarzy i środowiska z nimi związanego oraz podmioty prywatne. W kolejnych latach skonsolidowano niektóre podmioty i utworzono liczne prywatne spółki prowadzące usługi dla przedsiębiorców oraz prywatne szpitale. Pojawiły się także pierwsze samorządowe spółki szpitalne. Pierwszym SP ZOZ, który został zlikwidowany i przekształcony w spółkę prawa handlowego był szpital w Elku – jesienią 2000 r. powstała tam pierwsza polska spółka prawa handlowego do zarządzania szpitalem, której właścicielem został samorząd. Po przekształceniu, długi szpitala stały się długami samorządu. Obecnie takich szpitali jest już ponad 120 i większość z nich wykazuje stabilną sytuację finansową.

ORGANIZACJA SZPITALI W POLSCE – AKTUALNY STAN PRAWNY

15 kwietnia 2011 r. uchwalono ustawę o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), która zaczęła obowiązywać od 1 lipca 2011 r., czyli z dniem uchylenia dotychczasowej ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej.

Wejście w życie ustawy o działalności leczniczej to prawdziwa rewolucja w organizacji i funkcjonowaniu służby zdrowia. Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi stanęła przed niełatwym zadaniem wprowadzenia zmian wymaganych przez nowe przepisy i dostosowania prowadzonej działalności do nowej rzeczywistości prawnej.

Ustawa o działalności leczniczej w świetle art. 1 u.d.z.l. określa zasady:

- 1) wykonywania działalności leczniczej,
- 2) funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami,

- 3) prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 4) czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych,
- 5) sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Ustawa w sposób całościowy uregulowała wszelkie formy wykonywania działalności leczniczej, tj. objęła swoim zakresem wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym (również praktyki zawodowe), nazywając je podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

* * *

Jednak jeszcze przed wejściem w życie ustawa wywoływała wiele emocji, a wkrótce po jej ogłoszeniu spotkała się z falą krytyki. Poniżej przedstawiono najczęściej zgłaszane uwagi przedstawicieli środowiska medycznego:

- nie spełniła większości oczekiwań stawianych jej w zakresie korzystnych zmian dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- wprowadziła skomplikowaną, wielowyrzową nomenklaturę, utrudniającą odróżnienie podmiotów leczniczych i praktyk lekarskich (w ustawie funkcjonują pojęcia: podmiot leczniczy, podmiot wykonujący działalność leczniczą, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, praktyka zawodowa),
- wywołała chaos – przez zmianę dotychczas obowiązujących pojęć,
- wymusiła odwoływanie się do definicji zamieszczonych w innych aktach prawnych (np. definicje: pacjenta, dokumentacji medycznej, przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego),
- akt prawny napisany trudnym językiem,
- zbyt skomplikowana w interpretacji, pełna odniesień i niejasności, niejednoznaczna,
- nakłada dodatkową zupełnie niepotrzebną pracę (np. zmiana regulaminu porządkowego na organizacyjny),
- nie rozstrzyga, czy SPZOZ jest przedsiębiorcą, czy nie:
 - zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, SPZOZ nie posiada statusu przedsiębiorcy, ale jednocześnie może prowadzić działalność gospodarczą, co w zasadzie oznacza, że przedsiębiorcą jest,
 - jest przedsiębiorcą ponieważ musi płacić podatek od nieruchomości, ale z drugiej strony nie jest, ponieważ prowadzi działalność medyczną,
 - jest płatnikiem podatku VAT (VAT od usług niezwiązanych z leczeniem i zapobieganiem) i zarazem nie jest (zwolnienie z VAT z tytułu usług związanych z leczeniem i zapobieganiem chorobom);
- niejasna jest sprawa odpłatnego udzielania świadczeń przez SPZOZ,
- nie wiadomo, kto będzie finansował świadczenia medyczne udzielone pacjentom doznającym uszczerbku na zdrowiu pod wpływem alkoholu,

- realizacja ustawy jest kosztowna:
 - pojawienie się „przedsiębiorstw podmiotów leczniczych” pociągnęło za sobą konieczność zmian w statutach, regulaminach, w rejestrze, zmiany nr NIP i REGON, szyldów, pieczętek,
 - pojawienie się nowego rodzaju ubezpieczenia,
 - obligatoryjny dla wszystkich podmiotów obowiązek ubezpieczenia OC,
 - nowe stawki opłat od wniosków o wpis do rejestru,
 - dostosowanie pomieszczeń do wymogów fachowych i sanitarnych,
 - wprowadzenie znaków identyfikacyjnych dla pacjentów;
- ustawa nakłada dodatkowe obowiązki, np.
 - zgłaszanie do PIP informacji o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktyka zawodowa, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną,
 - zgłaszanie dokumentów potwierdzających zawarcie umów ubezpieczenia;
- ustawa nakłada nowe kary.

Według niektórych opinii środowiska, ustawa niczego nie zmienia, a lekarze będą przerywać stosy nieprzydatnych dokumentów. Menedżerowie natomiast załatwiają sprawy w urzędach, nadal będą skazani na zawile wyjaśnianie sytuacji prawnej swoich zakładów.

* * *

Ustawa faktycznie wprowadziła szereg nowych pojęć, w niektórych przypadkach odwołujących się do definicji zamieszczonych w innych aktach prawnych. Na rynku zdrowotnym przestało funkcjonować pojęcie zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ, NZOZ) – ustawa w to miejsce wprowadziła następujące definicje:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą (art. 2 ust. 1 pkt 5):

Podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 u.d.z.l. oraz lekarz lub pielęgniarz wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy.

Podmiot leczniczy (art. 4 ust. 1):

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych,

Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.),
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,
- 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych Kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Graficzne przytoczone definicje można przedstawić następująco:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

podmioty lecznicze

- przedsiębiorcy
- SPZOZ
- jednostki budżetowe
- instytuty badawcze
- fundacje i stowarzyszenia
- jednostki org. stowarzyszeń
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego

praktyki zawodowe

- lekarzy
- pielęgniarek

Po uwzględnieniu kolejnej, nowej definicji ustawowej:

Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą (art. 2 ust. 1 pkt 4):

Podmiot leczniczy wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt. 2 i 3, czyli: „2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”.

Ujęcie graficzne będzie następujące:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

podmioty lecznicze

- przedsiębiorcy (np. spółki → art. 4 u.s.d.g.)
- podmioty niebędące przedsiębiorcami (SPZOZ, jednostki budżetowe)
- inne podmioty (instytuty badawcze, fundacje itd.)

praktyki zawodowe

- lekarzy
- pielęgniarek

Jak widać powyżej, katalog świadczeniodawców medycznych został poszerzony o przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Zgodnie z tą ustawą (art. 4 u.s.d.g.), przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna (spółka akcyjna, spółka z o.o.) i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą (spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna). Za przedsiębiorców uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.

Kolejnym nowym pojęciem, jakie wprowadziła ustawa o działalności leczniczej, jest definicja przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. W pierwotnym brzmieniu odnosiła się do definicji legalnej uregulowanej w Kodeksie Cywilnym (KC). Jednakże z uwagi na wątpliwości interpretacyjne i kontrowersje zarówno w środowisku medycznym, jak i prawniczym, niespełna rok od wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, ustawodawca postanowił zmienić pierwotne brzmienie definicji przedsiębiorstwa. Definicja obowiązująca do 29 czerwca 2012 r. (art. 2 ust. 1 pkt 8 u.dz.l.) brzmiała:

Przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo w rozumieniu art. 55¹ KC, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą.

Wynika z niej, że podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w przedsiębiorstwie, którego definicję określa art. 55¹ KC:

Przedsiębiorstwo jest zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych, przeznaczonym do prowadzenia działalności gospodarczej.

W tym kontekście zgłoszono następujące wątpliwości:

- w zakresie wyodrębnienia przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:
 - brak jednoznacznego określenia, czy chodzi o jedno- czy wielorodzajowość prowadzonej w przedsiębiorstwie działalności leczniczej;
- w zakresie konieczności prowadzenia odrębnych ksiąg rachunkowych dla poszczególnych przedsiębiorstw:

- w ocenie niektórych kierowników podmiotów leczniczych oraz ekspertów ochrony zdrowia, odesłanie do definicji przedsiębiorstwa z KC, wskazuje na obowiązek prowadzenia dodatkowej, równoległej księgowości dla przedsiębiorstwa oraz podmiotu leczniczego,
- twierdzono, że podział na przedsiębiorstwa wiąże się z koniecznością podziału nieruchomości, nabycia licencji na oprogramowania komputerowe i księgowe; każde przedsiębiorstwo będzie prowadziło własną gospodarkę, osobne księgi rachunkowe; trzeba będzie powołać kierowników, księgowych, wzajemnie się rozliczać – wzrośnie więc ilość kosztownych obowiązków,
- wypowiadano się, że polskie prawo zna jedną definicję przedsiębiorstwa; jeżeli się przyjmie, że dany podmiot jest przedsiębiorstwem, to nastąpi to ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z KC, a jedną z nich jest konieczność wydzielenia majątku; przedsiębiorstwo musi mieć odrębne służby finansowe – jeśli ten sam księgowy będzie obsługiwał np. trzy przedsiębiorstwa, to trzeba z nim zawrzeć nową umowę o pracę;
- zgłaszano, że podział na przedsiębiorstwa to zachęta do rozrostu administracji;
- co do statusu i lokalizacji jednostek przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:
 - początkowo jedynym kryterium wyodrębnienia w podmiocie leczniczym przedsiębiorstwa był rodzaj wykonywanej w tym przedsiębiorstwie działalności leczniczej, a po nowelizacji drugim kryterium stał się adres jednostek/komórek, pod jakim dany rodzaj działalności będzie wykonywany (odrębne przedsiębiorstwo dla każdej lokalizacji).

Reakcją na wątpliwości interpretacyjne dotyczące charakteru i skutków wydzielenia „przedsiębiorstw” w ramach podmiotów leczniczych oraz na postulaty w zakresie zmiany bądź uzupełnienia przepisów ustawy o działalności leczniczej, było opublikowanie przez ustawodawcę Komunikatu w sprawie dostosowania działalności podmiotów leczniczych do przepisów ustawy o działalności leczniczej (Komunikat z 28 maja 2012 r.), a następnie Ustawy z 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw. Weszła ona w życie 30 czerwca 2012 r.

Wspomniany Komunikat, wydany przez Ministerstwo Zdrowia 28 maja 2012 r. przedstawił interpretację przepisów dotyczących wyodrębnienia przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Z zawartych w nim wyjaśnień wynikało, że:

- w jednym przedsiębiorstwie może być prowadzony tylko jeden z rodzajów działalności leczniczej. Nie ogranicza to przy tym możliwości prowadzenia przez podmiot leczniczy więcej niż jednego rodzaju działalności leczniczej, wymaga jednak wyodrębnienia w tym celu więcej niż jednego przedsiębiorstwa;
- każdemu przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, zgodnie

- z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania;
- nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, którego działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego;
 - ustawa o działalności leczniczej nie nakłada na podmioty lecznicze obowiązku prowadzenia dla każdego z przedsiębiorstw odrębnej rachunkowości, samodzielnego sporządzania bilansu, wyodrębnienia majątkowego i osobowego. Minister Finansów w piśmie z 17 maja 2012 r. wskazał, że „Przepisy o rachunkowości, jak i przepisy ustawy o działalności leczniczej nie wskazują na konieczność prowadzenia przez każde przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego odrębnych ksiąg rachunkowych sporządzania sprawozdań finansowych”. Zgodnie z tym stanowiskiem: „do prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych zobowiązane są jednostki wymienione w art. 2 ust. 1 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 z późn. zm.). Jednocześnie przepisy zawarte w art. 51 tej ustawy umożliwiają sporządzanie przez oddziały wchodzące w skład jednostki macierzystej odrębnych sprawozdań finansowych (tzw. jednostki na pełnym wewnętrznym rozrachunku, tj. oddziały samobilansujące się). Przepisy te stanowią, że jednostka, w skład której wchodzi jednostki organizacyjne sporządzające samodzielne sprawozdania finansowe, sporządza łączne sprawozdanie finansowe będące sumą sprawozdania finansowego jednostki macierzystej i wszystkich jej oddziałów. W tej sytuacji podmiotem zobowiązanym do stosowania przepisów o rachunkowości, m.in. w zakresie wyceny składników aktywów i pasywów, ich inwentaryzacji, a także badania i ogłaszania sprawozdań finansowych, pozostaje jednostka macierzysta jako całość”.

Natomiast drugi wspomniany dokument, Ustawa z 14 czerwca 2012 r., wprowadziła nowe definicje:

Przedsiębiorstwo: zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego: jednostka lokalna w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24:

„Zgodnie z art. 42 ust. 4 ustawy o statystyce publicznej, jednostka lokalna to zorganizowana całość (zakład, oddział, filia) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego prowadzona jest działalność co najmniej przez jedną osobę pracującą”.

Jak widać z powyższych definicji, ustawodawca w nowelizacji do ustawy jednoznacznie wskazał, że: w jednym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzony jest określony (jeden) rodzaj działalności leczniczej. Rodzajami działalności leczniczej zgodnie z art. 8 u.d.z.l są:

1. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:

- a) szpitalne (udzielane w szpitalu) – zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9, art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.z.l.,
- b) inne niż szpitalne (udzielane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, hospicjum) – zgodnie z art. 9 u.d.z.l.;

2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w ambulatorium (udzielane w przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych, a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym) – zgodnie z art. 10 i art. 11 u.d.z.l.

Natomiast zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (§7 ust. 2), obowiązują trzy rodzaje działalności leczniczej. Każdemu przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod rodzaju działalności leczniczej:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne (udzielane w szpitalu),
- 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne (udzielane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, hospicjum),
- 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (udzielane w przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych, a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym),

Zarówno szpital, jak i przychodnia nie muszą prowadzić odrębnej rachunkowości, chyba że podmiot leczniczy postanowi, iż każde przedsiębiorstwo ma prowadzić rachunkowość oddzielnie.

* * *

Przedstawienie tych zaledwie kilku powyższych przykładów pozwala na stwierdzenie, że komentarze pojawiające się tuż po wprowadzeniu ustawy, były w wielu przypadkach zasadne. Zaledwie kilka nowych zapisów spowodowało konieczność wprowadzenia szeregu zmian w działalności podmiotów, zwłaszcza u przedsiębiorców:

- dotychczasowe Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych (art. 205 ustawy o działalności leczniczej); NZOZ przestał istnieć jako forma organizacyjno-prawna,
- podmiotem leczniczym dla dotychczasowego NZOZ stał się podmiot, który utworzył NZOZ (czyli, w zależności od formy prawnej organu założycielskiego NZOZ, będzie to osoba fizyczna, spółka osobowa, spółka kapitałowa, fundacja, stowarzyszenie, związek

wyznaniowy); dotychczasowe organy założycielskie NZOZ (np. spółki) stały się bezpośrednio świadczeniodawcami medycznymi (to one udzielają świadczeń jako podmiot leczniczy),

- organem zarządzającym – kierownikiem podmiotu leczniczego w przypadku np. przedsiębiorców – jest obecnie zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku np. SPZOZ – osoby uprawnione do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz; poprzednio był to zazwyczaj kierownik, który musiał spełniać określone w ustawie o ZOZ wymogi formalne (często występował dualizm w zarządzaniu: organ założycielski, kierownik); obecnie organ (osoba) zarządzający podmiotem leczniczym zależy od formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego (np. w przypadku podmiotu leczniczego prowadzonego przez fundację, zarządzanie podmiotem leczniczym należeć będzie do zarządu fundacji),
- pozostali świadczeniodawcy (np. SPZOZ) stali się podmiotami leczniczymi, w których pojawiła się konieczność utworzenia przedsiębiorstw.

Powyższe zmiany pociągnęły za sobą konieczność:

- utworzenia w podmiotach leczniczych wyłącznie trzech rodzajów przedsiębiorstw tych podmiotów i ściśle według zasady: jeden rodzaj działalności dla jednego przedsiębiorstwa,
- dokonania zmian w rejestrze wojewody:
 - utworzenie nowych ksiąg rejestrowych,
 - obecnie do rejestru wpisany zostaje podmiot leczniczy, który może prowadzić jedno lub kilka przedsiębiorstw, wpisanych do tej samej księgi rejestrowej, nawet jeśli znajdują się na terenie różnych województw (dawniej dla każdego zakładu opieki zdrowotnej prowadzona była odrębna księga rejestrowa),
 - wprowadzenie nowych kodów w poszczególnych częściach systemu;
- wpisania do rejestru REGON (Krajowy Rejestr Urzędowy Podmiotów Gospodarki Narodowej) utworzonych przedsiębiorstw – nadanie odrębnego 14-znakowego numeru dla przedsiębiorstwa, podlegającego wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- utworzenia nowych statutów (podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami),
- utworzenia regulaminów organizacyjnych (wszystkie podmioty lecznicze),
- zmiany w dokumentach przedsiębiorców, np.:
 - w zakresie nazwy podmiotu leczniczego (usunąć z nazwy wyrażenie „NZOZ”),
 - w materiałach informacyjnych, pieczętkach, drukach itp.,
- zmiany w KRS:
 - zgłoszenie zmiany statutu,
 - zmiana nazwy podmiotu leczniczego (np. w celu lepszej identyfikacji prowadzonej działalności leczniczej, nadanie spółce, czyli obecnie podmiotowi leczniczemu, nazwy takiej, jaką miał dotychczas prowadzony przez nią NZOZ, który stał się przedsiębiorstwem).

PODSUMOWANIE

Przedstawione zmiany to tylko część zadań, z jakimi musieli się zmierzyć, i nadal muszą, świadczeniodawcy w ochronie zdrowia po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej. Wciąż bowiem zapisy ustawy budzą wiele wątpliwości, a ich realizacja rodzi duże wyzwania dla pracowników i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi.

Przede wszystkim wiele obaw i niepewności budzi perspektywa przekształceń podmiotów leczniczych. W środowisku medycznym, ale również i akademickim (szpitale kliniczne) nadal mocne są postulaty, aby dla szpitali klinicznych stworzyć odrębne przepisy regulujące ich specyficzną na rynku usług medycznych działalność.

Ustawa o działalności leczniczej i prowadzona reforma ochrony zdrowia to kolejny, swobodnego rodzaju, egzamin zarówno dla świadczeniodawców, jak i pacjentów. Egzamin trudny dla obydwu stron, który – należy mieć nadzieję – zostanie zakończony sukcesem wszystkich. Aspekty zdrowotne i specyfika przedsiębiorstw podmiotów leczniczych na razie nie znalazły odzwierciedlenia w ustawie o działalności leczniczej. Powołanie zawodu lekarza czy pielęgniarki coraz wyraźniej zastępują wskaźniki ekonomiczne i wyścig o dostęp do środków publicznych, wręcz determinujące możliwość rozwoju. Obecny model przypomina więc coraz bardziej rozwiązania stosowane w innych obszarach gospodarki: przewagę zyskują mechanizmy rynkowe, które sprawiają, że sektor zdrowotny zaczyna być postrzegany głównie jako obszar wdrażania nowych technologii, liczący się pracodawca i zleceniodawca, a zdrowie pacjentów staje kosztem systemu zamiast jego najważniejszym celem.

Takie podejście znajduje wielu przeciwników i spotyka się z negatywnym odbiorem pacjentów i personelu medycznego. Konieczne są więc dalsze zmiany, łączące dostosowanie sektora zdrowia do aktualnej wiedzy medycznej z potrzebami wynikającymi z wyzwań ekonomicznych i demograficznych, uwzględniające nowe możliwości technologiczne w zakresie gromadzenia, przetwarzania i udostępniania danych medycznych, koordynujące opiekę medyczną nastawioną na osiąganie optymalnych wyników leczenia z satysfakcją pacjentów i minimalizacją ryzyka.

Z tego powodu system powinien być czytelny, możliwie jak najprostszy i zrozumiały zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Obecny, a szczególnie sposób jego organizacji, wynikający z aktualnego stanu prawnego, niestety, nie spełnia tych założeń.

PODSTAWY PRAWNE

Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408.

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (KC), Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

Ustawa z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (u.s.d.g.), Dz.U. z 2004 r. Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.

Ustawa z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, Dz.U. z 1995 r. Nr 88, poz. 439 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, Dz.U. z 2012 r. poz. 594.

KWALIFIKACJE KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ PODMIOTAMI LECZNICZYMI

STRESZCZENIE: W rozdziale przedstawione zostały wymogi prawne oraz kompetencje oczekiwane od osób kierujących placówkami medycznymi w Polsce. Od sprawnego kierowania placówkami medycznymi zależy nie tylko prawidłowa działalność poszczególnych podmiotów, ale także efektywność całego systemu zdrowotnego. Poziom kompetencji menedżerów w systemie zdrowotnym w Polsce uznawany jest przez część ekspertów za niewystarczający, w szczególności jeśli chodzi o zarządzanie zasobami ludzkimi, ekonomię i prawo. Niedocenianym zasobem pozostają absolwenci kierunku zdrowie publiczne. Wzmocnienie kompetencji kadry menedżerskiej należy do priorytetów europejskiej oraz krajowej polityki zdrowotnej, dlatego w ramach programów publicznych podejmowane są liczne działania systemowe, mające na celu wzmocnienie potencjału menedżerów w placówkach medycznych.

ABSTRACT: The Chapter depicts legal requirements and expected qualifications concerning people in charge of medical facilities in Poland. Effectiveness of the whole National Health System depends on efficient management of those facilities. Some experts consider qualifications of the managers working in Polish National Health System insufficient, especially in the field of Human Resources, economics, law. Hence, public programmes are launched in order to boost the potential of the managers of medical facilities.

WPROWADZENIE

Kierowanie podmiotami leczniczymi to szczególne wyzwanie, mające istotne znaczenie dla procesów zachodzących w obszarze zdrowia publicznego. Dla skutecznego zarządzania podmiotami leczniczymi niezbędne jest stworzenie systemowych warunków kształcenia, doboru oraz motywowania kadry menedżerskiej dla placówek medycznych. W rozdziale omówione zostaną uwarunkowania organizacyjno-prawne zarządzania podmiotami leczniczymi w Polsce.

Zgodnie ze Strategią lizbońską, gospodarka Unii Europejskiej winna być najbardziej konkurencyjną i dynamiczną gospodarką świata, zdolną do trwałego wzrostu gospodarczego „zapewniającą większą spójność społeczną”¹. Cele te odnoszą się w szczególności do

¹ Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, *Strategia lizbońska. Droga do sukcesu zjednoczonej Europy*, Warszawa 2002.

strategicznego sektora gospodarki, jakim jest bez wątpienia również ochrona zdrowia. Obok stworzenia sektorowi medycznemu optymalnych warunków makroekonomicznych i prawnych, dla jego prawidłowego funkcjonowania kluczowe znaczenie ma także poziom profesjonalnego zarządzania jednostkami sektora medycznego. Powszechnie wiadomo, że zarządzanie podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą to niezwykle złożony proces, wymagający od kadry menedżerskiej nie tylko szerokiego zakresu wiedzy, umiejętności i kompetencji m.in. z zakresu finansów, ekonomii, organizacji i zarządzania, komunikacji, prawa i etyki, ale także wymagający zrozumienia specyficznych procesów zachodzących w ochronie zdrowia, zdrowiu publicznym oraz medycynie, jak również umiejętności zarządzania nietypowymi zasobami ludzkimi, jakie stanowią osoby wykonujące wolne zawody medyczne. Wszystko to ma służyć interesom specyficznego klienta – jakim jest pacjent, w szczególności jego bezpieczeństwu i gwarancji najwyższej jakości świadczonych mu usług medycznych.

PRAWNE ASPEKTY ZARZĄDZANIA PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ

Doceniając znaczenie kompetencji kadry zarządzającej placówkami medycznymi, polski ustawodawca w pierwszej ustawie zdrowotnej z okresu transformacji ustrojowej (ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r.) określił powszechnie obowiązującego prawa i warunki, jakie winna posiadać osoba zarządzająca szpitalem czy przychodnią.

Po blisko 20 latach obowiązywania przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej została ona zastąpiona ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654; Nr 149, poz. 887; Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092), która przyniosła znaczące urynkowanie sektora medycznego. Jednak wymogi dotyczące kadry zarządczej w placówkach publicznych praktycznie nie uległy większym zmianom.

Obecnie przepisy powszechnie obowiązującego prawa określają wymogi, jakie winna spełniać osoba kierująca podmiotem leczniczym, który nie jest przedsiębiorcą (art. 46 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Do tych podmiotów należą m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze.

Kierownikiem tego rodzaju podmiotu leczniczego może być osoba, która posiada wykształcenie wyższe oraz dysponuje wiedzą i doświadczeniem dającym rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika podmiotu leczniczego. Jednocześnie wymagane jest posiadanie przez kandydata na kierownika podmiotu leczniczego co najmniej pięcioletniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończenie studia podyplomowych na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletniego stażu pracy. Ustawa nie precyzuje, aby studia podyplomowe ukończone przez menedżera placówki medycznej dotyczyły zarządzania w ochronie zdrowia.

Na rynku studiów podyplomowych coraz więcej publicznych i niepublicznych szkół wyższych prowadzi jednak kształcenie na kierunkach typu zarządzanie szpitalem, zarządzanie ochroną zdrowia, zarządzanie podmiotami leczniczymi. Za pozytywne zjawisko należy uznać

monitorowanie jakości tego kształcenia, prowadzone przez niektóre organizacje zrzeszające menedżerów sektora zdrowotnego².

Należy w tym miejscu podkreślić, że w najnowszych wymogach określających wykształcenie konieczne do kierowania podmiotem leczniczym, nadal nie uwzględniono postulowanych od lat zmian z zakresu stworzenia preferencyjnych warunków dostępności do stanowisk kierowniczych dla absolwentów kierunku zdrowie publiczne (pierwszego i drugiego stopnia), na którym kształcą się kadry zarządcze (menedżerskie) wyspecjalizowane w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia. Pomimo licznych wystąpień w tej sprawie, absolwenci tego kierunku pozostają w Polsce ciągle niedocenianym i nie do końca w pełni wykorzystanym potencjalnym zasobem ludzkim w zakresie zarządzania ochroną zdrowia – w przeciwieństwie do wielu państw Unii Europejskiej, jak np. Francji, gdzie funkcjonuje nawet Narodowa Szkoła Zdrowia Publicznego, będąca miejscem kształcenia kadry zarządzającej dla kluczowych instytucji zdrowotnych w tym kraju.

Ponadto warunkiem koniecznym do kierowania podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą, jest brak prawomocnego skazania takiej osoby za przestępstwo popełnione umyślnie. W tym zakresie wymagane jest od kandydata na dyrektora placówki medycznej stosowne zaświadczenie.

W przepisach prawa określony został także sposób powoływania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Kwestie te reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Procedury wylaniania dyrektora placówki mają także zastosowanie przy wyborze w drodze konkursu jego zastępcy ds. medycznych, ordynatorów, naczelniej pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarek oddziałowych.

Ustawodawca pozostawił swobodę w kształtowaniu stosunku prawnego pomiędzy podmiotem tworzącym podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą a kierownikiem podmiotu. Może on mieć zarówno charakter stosunku pracy na podstawie umowy lub powołania, jak i charakter umowy cywilnoprawnej.

W przepisach powszechnie obowiązującego prawa, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz potrzebę zapewnienia efektywności pracy, określone zostały ponadto kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Kwestie te reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zgodnie z nim, aby pełnić funkcję zastępcy kierownika do spraw leczenia podmiotu leczniczego bądź jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, wymagane jest posiadanie tytułu zawodowego lekarza, lekarza dentystry i tytułu specjalisty

² T. Sienkiewicz, *Zwiększyć wartość rynkową menedżerów*, „Służba Zdrowia” 2007, nr 46–50.

lub specjalizacji II stopnia jednej z dziedzin medycyny, a także 8-letniego stażu pracy. Szczegółowe warunki określone zostały także dla zastępcy kierownika (dyrektora) placówki ds. pielęgniarstwa. Zgodnie z wymogami rozporządzenia w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, funkcję tę sprawować może osoba, która posiada tytuł magistra z kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub specjalizację z następujących dziedzin: pielęgniarstwa, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a ponadto 5-letni staż zawodowy. Wykonywanie funkcji zastępcy kierownika podmiotu ds. pielęgniarstwa jest możliwe również w przypadku osób, które posiadają tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarki lub położnej i studia podyplomowe lub specjalizację w dziedzinie: pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz 7-letni staż pracy.

Z kolei funkcję ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem pełnić może lekarz specjalista lub specjalista II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej, posiadający minimum 8-letni staż pracy. Rozporządzenie określa ponadto szczegółowe warunki dla innych stanowisk medycznych wykonywanych w pomiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, takich jak np. kierownika centralnej sterylizatorni, pielęgniarki oddziałowej, a także dla pracowników administracji, w tym głównej księgowej, radcy prawnego, kierownika jednostki administracji. W rozporządzeniu nie znalazły się natomiast, mimo rosnącego znaczenia w systemie zdrowotnym zawodu ratownika medycznego, stanowiska kierownicze dla tej grupy zawodowej. Na etapie konsultacji społecznych projektu odrzucona została propozycja Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego wprowadzenia funkcji koordynatora ratowników medycznych, analogiczna np. pielęgniarki oddziałowej³.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, nie ogranicza się do określenia szczegółowych wymogów dla kadry zarządzającej placówką medyczną, ale swoimi regulacjami sięga nawet do etapu precyzowania wymogów wykształcenia i doświadczenia zawodowego dla dozorczy, strażnika, woźnego, szatniarza, palacza pieców, hydraulika, ślusarza, tokarza i elektryka pracujących w placówce medycznej.

Ta zdumiewająca drobiazgowość rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji do pracy jednostkach publicznych, zderza się z całkowitym brakiem określenia kwalifikacji dla najważniejszej kadry działającej w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami. Żadne bowiem przepisy prawa nie precyzują, jakie szczególne wymogi w zakresie doświadczenia zawodowego, wykształcenia i kwalifikacji winny spełniać osoby kierujące podmiotami

³ www.mz.gov.pl [01.02.2013].

leczniczymi w formie przedsiębiorstwa prowadzącego działalność leczniczą, pozostawiając tę kwestię uznaniu samych przedsiębiorców, mimo że kryterium powstania tych regulacji, jakim jest bezpieczeństwo pacjenta, powinno mieć jednakowe znaczenie dla konstytucyjnego organu państwa odpowiedzialnego za ochronę zdrowia, niezależnie od tego, czy świadczenia medyczne wykonywane są w placówce publicznej czy niepublicznej.

Takie rozwiązanie ustawodawcy może budzić wątpliwości tym bardziej, że status prawny osoby zarządzającej działalnością medyczną w ramach przedsiębiorstwa jest niezwykle złożony w relacjach prawnych do przedsiębiorstwa, jego kontrahentów, pracowników oraz pacjentów⁴. Wątpliwości w tym zakresie zgłaszane na etapie konsultacji projektu m.in. przez Ministra Finansów, nie zostały jednak uwzględnione przez resort zdrowia w ostatecznym kształcie rozporządzenia⁵.

KOMPETENCJE OCZEKIWANE OD OSÓB ZARZĄDZAJĄCYCH PODMIOTAMI LECZNICZYMI

Obok wymogów formalnych, pozostają faktyczne umiejętności i kompetencja menedżerów placówek medycznych, zarówno w sferze administracyjnej, jak i klinicznej, których posiadanie powinno zostać potwierdzone w procesie konkursowym czy innej formie rekrutacji – w przypadku podmiotów niepublicznych, gdzie postępowanie konkursowe nie jest wymagane. Należą do nich: uzdolnienia strategiczne przekładające się na umiejętności wytyczania kluczowych celów w oparciu o rozumienie procesów zachodzących wewnątrz i za zewnątrz organizacji, kompetencje zadaniowe pozwalające na ustalenie najlepszego podejścia do realizacji złożonych celów placówki medycznej przy wykorzystaniu posiadanych zasobów, umiejętności współpracy z ludźmi, konieczne do zespołowej realizacji celów, zdolności do samo-kontroli umożliwiające przyjęcie odpowiedzialności za własne postępowanie w pracy i poza nią⁶. Wśród umiejętności szczególnie przydatnych w kierowaniu placówkami medycznymi eksperci eksponują także posiadanie umiejętności przywódczych⁷. Kałużny w charakterystyce wyzwań stojących przed menedżerami placówek medycznych, eksponuje tzw. triadę funkcji kierowniczych składających się z funkcji projektanta, stratega oraz lidera⁸.

Jednym z największych wyzwań kadry menedżerskiej zarządzającej placówkami medycznymi, obok niestabilnych warunków finansowania usług medycznych w warunkach nieograniczonego popytu na usługi medyczne, jest bez wątpienia zarządzanie zasobami ludzkimi – profesjonalistami, wykonującymi wolne zawody medyczne, do których należą nie tylko

⁴ S. Kubot, *Pozycja kierownika niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w zarządzaniu tym zakładem i reprezentowaniu go na zewnątrz*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2004, nr 1.

⁵ www.mz.gov.pl [01.02.2013].

⁶ R. Pillay, *Kompetencje menedżerów szpitali w RPA*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2009, nr 3.

⁷ M. Kausch, *Po co nam przywódcy?*, „Służba Zdrowia” 2006, nr 92–95.

⁸ A.D. Kałużny, S.M. Shortell, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Kraków 2001.

lekarze, ale także pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, farmaceuci oraz diagnosty laboratoryjni. Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, efektywność organizacji zdrowotnych oraz jakość realizowanych w nich usług zależy przede wszystkim od wiedzy, umiejętności oraz motywacji personelu medycznego⁹. Projektantem, strategiem i liderem tych procesów dla personelu medycznego jest więc menedżer kierujący daną organizacją.

Według Brecona, Lancastera i Harveya, zawody medyczne wyróżniają się swoistymi cechami, których nie sposób nie uwzględnić w zarządzaniu tymi zasobami. Według tych autorów, osoby wykonujące wolne zawody medyczne są w swoich działaniach autonomiczne i polegają przede wszystkim na własnych ocenach, prezentują aktywną postawę w wykonywaniu swoich zawodów, która wykracza poza motywacje finansowe, postrzegają swoją pracę jako służbę, misję i powołanie oraz cały swój czas pracy poświęcają na wykonywanie usług medycznych, co jest ich podstawowym źródłem dochodów¹⁰. Taka specyfika personelu medycznego implikuje wiele praktycznych wyzwań i problemów dla menedżerów placówek medycznych.

Na niektóre z nich zwraca uwagę J. Klich podkreślając, że zarządzający ochroną zdrowia muszą pamiętać, iż personel medyczny jest zbyt cennym zasobem dla organizacji, aby sprawy skutecznego motywowania personelu do pracy nie były precyzyjnie opracowane i wdrożone. Autor ten zwraca uwagę także na to, że personelu medycznego nie można skutecznie przymusić do stosowania reguł czy procedur, kontroli, które nie zostaną przez niego zaakceptowane¹¹.

W innym wypadku łatwo o konflikty zaburzające ciągłość pracy placówek medycznych, które niestety, jak zwracają uwagę inni autorzy, są w sektorze medycznym zjawiskiem permanentnym i wszechobecnym¹². Szczególnym wyzwaniem dla menedżerów zarządzających placówkami medycznymi w Polsce jest problem wypalenia zawodowego kadry medycznej, w szczególności lekarzy, pielęgniarek oraz ratowników medycznych, co jak udowodniono w wielu międzynarodowych i krajowych badaniach, wpływa znacząco na obniżenie jakości świadczonych usług medycznych¹³. Przykładowo, w krajowych badaniach prowadzonych wśród kadry medycznej stwierdzono u 85% ankietowanych lekarzy wyczerpanie emocjonalne, u 80% obniżenie poczucia dokonań osobistych, u ok. 60% depersonalizację¹⁴. Szczególnym wyzwaniem dla osób kierujących placówkami medycznymi, są także umiejętności

⁹ A. Domagała, *Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie*, „Polityka Społeczna” 2008, nr 7.

¹⁰ D.J. Brecon, B. Lancaster, J.S. Harvey, *Community Health Education: Setting, Roles and Skills for the 21 st Century*, An Aspen Publications 1994.

¹¹ J. Klich, *Motywowanie finansowe personelu*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2004, nr 1.

¹² A. Henzel-Korzeniowska, *Konflikt? Dylemat współczesnego menadżera: gloryfikować czy demonizować sytuację konfliktową?*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2004, nr 1.

¹³ M. Drożdż, A. Henzel-Korzeniowska, *Kolejne wyzwanie menedżera – wypalenie zawodowe pracowników*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2004, nr 1; T. Sienkiewicz, *Wypalenie zawodowe kontra troska zdystansowana*, „Służba Zdrowia” 2007, nr 72–75.

¹⁴ M. Drożdż, A. Henzel-Korzeniowska, M. Piątek, *Wypalenie zawodowe lekarzy rodzinnych jako czynnik wpływający na jakość świadczonych przez nich usług*, „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2003, nr 5.

zapobiegania, przygotowania się, reagowania oraz usuwania skutków różnorodnych sytuacji kryzysowych, na które z racji istotny swej działalności narażona jest placówka medyczna. Mogą one przybierać zarówno formę przychodzącego z zewnątrz zagrożenia powodującego obciążenie danej placówki medycznej, jak i załamania funkcjonowania określonej jednostki medycznej w warunkach jej zwykłego obciążenia, wynikającego z mechanizmów wewnętrznych¹⁵.

OCENA KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI

Pomimo ustawowego określenia wymogów kwalifikacyjnych od kierowników publicznych placówek medycznych, stan zarządzania placówkami medycznymi pozostaje w opinii części ekspertów nadal niezadowalający. Zwraca na to uwagę m.in. prof. S. Golinowska i kierowany przez nią zespół ekspertów w raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II” z 2009 r.¹⁶, jak również „Raport o stanie zadłużenia publicznych szpitali”, opracowany przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową¹⁷.

W rekomendacjach wynikających z raportu eksperci zalecają m.in. precyzyjne zdefiniowanie wymagań, zasad i warunków zatrudnienia kadry menedżerskiej, opracowywanie ram dla systemów wynagradzania oraz zasad motywowania finansowego opartych na efektach uzyskiwanych w zarządzaniu placówkami medycznymi, jak również wprowadzenia precyzyjnych zasad odpowiedzialności właścicielskich oraz menedżerskich za wyniki finansowe uzyskiwane przez placówki medyczne¹⁸.

Eksperti wskazują także na niedostateczne rozpowszechnienie nowoczesnych metod i narzędzi zarządzania w placówkach ochrony zdrowia w Polsce. Przykładem takiej metody może być zarządzanie procesowe niosące w kierowaniu placówkami medycznymi szereg korzyści w sferach organizacyjnej, finansowej, medycznej i bezpieczeństwa pacjenta¹⁹. Przykładem innej nierozpowszechnionej metody zarządczej, która według ekspertów może znacząco wpłynąć na poprawę efektywności zarządzania placówkami ochrony zdrowia w Polsce poprzez analizę silnych i słabych stron poszczególnych procesów zachodzących w szpitalu, wzrost aktywności pracowników w procesie kierowania szpitalem, identyfikację najwyższych nośników kosztów oraz analizę stopnia zadowolenia pacjenta – jest benchmarking²⁰. Ponadto eksperci

¹⁵ P. Guła, E. Szafran, *Zarządzanie systemem ochrony zdrowia w sytuacji kryzysowej*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2011, nr 4.

¹⁶ S. Golinowska, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Kraków 2009.

¹⁷ L. Sykut, *Zarządzać fachowo*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2008, nr 11.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ M. Szelągowski, C. Lipiński, *Zarządzanie procesowe w placówkach służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 2010, nr 84–92.

²⁰ M. Cygańska, *Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej na przykładzie procesu logistycznego w szpitalu*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2004, nr 2.

oczekują od menedżerów opieki zdrowotnej kształcenia o charakterze ciągłym, ustawicznym z uwagi na wysoką dynamikę zmian i wyzwań jakie zachodzą współcześnie w każdym sektorze zdrowotnym²¹.

PRZYGOTOWANIE PROFESJONALNEJ KADRY MENEDŻERSKIEJ JAKO PRIORYTET POLITYKI ZDROWOTNEJ

Wzmocnienie potencjału osób odpowiedzialnych za zarządzanie placówkami medycznymi jest bez wątpienia jednym z priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Efektywne zarządzanie placówkami medycznymi oczekiwane jest zwłaszcza w dobie kryzysu finansowego, kiedy maleją nakłady finansowe ponoszone na ochronę zdrowia. Dlatego też ze środków publicznych (krajowych lub wspólnotowych) podejmowane są liczne programy mające na celu zwiększenie wiedzy, umiejętności i kompetencji menedżerów kierujących placówkami medycznymi. Przykładem takich aktywności są m.in. projekt „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”, realizowany w latach 2009–2013 przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach którego zostało przeszkolonych 5955 pracowników placówek medycznych, w tym 1191 liderów, którzy koordynować będą prace związane z wdrożeniem nowoczesnych narzędzi rachunkowości zarządczej usprawniających proces zarządzania w placówkach medycznych, a także program „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia” realizowany przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach którego finansowane są studia podyplomowe dla osób należących do kadry zarządzającej placówkami medycznymi²².

W procesie podnoszenia kwalifikacji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi podkreślić należy także aktywność organizacji branżowych skupiających dyrektorów różnego rodzaju placówek medycznych, takich jak m.in. Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Samorządowych, Federację Szpitali Polskich, Ogólnopolskie Stowarzyszenia Szpitali Akredytowanych jak również inne organizacje skupiające pracodawców w ochronie zdrowia.

Promocja najlepszych praktyk zarządczych w placówkach medycznych w Polsce odbywa się w ramach różnego rodzaju konkursów i plebiscytów branżowych, takich jak m.in. Liderzy Ochrony Zdrowia, Sukces Roku w Ochronie Zdrowia, Perły Medycyny czy też Nagroda im. Aliny Pięnkowskiej.

²¹ M. Furtak, P. Książek, C. Rzemek, J. Zdrojkowski, *Kształcenie menedżerów jako kluczowy czynnik efektywnego zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 2010, nr 3, s. 213–217.

²² www.zdrowie.gov.pl [01.02.2013].

PODSUMOWANIE

Zarządzanie placówkami medycznymi wymaga od osób wykonujących te funkcje odpowiedniego przygotowania teoretycznego i praktycznego, w szczególności znajomości specyfiki sektora zdrowotnego, zachodzących w nich złożonych procesów klinicznych, ekonomicznych, zarządczych, organizacyjnych, prawnych, a w szczególności umiejętności kierowania zespołem ludzkim, składającym się w tym wypadku w większości z osób wykonujących wolne zawody medyczne. Przepisy prawa, choć stwarzają pewne warunki dla kandydatów na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, nie są w stanie jednoznacznie przesądzić o kompetencjach osób ubiegających się o funkcje kierownicze w placówkach medycznych. Niezbędna jest w tym zakresie praktyczna i ustawiczna edukacja kadr menedżerskich dla ochrony zdrowia, wykorzystująca najnowsze metody i techniki przygotowania do tego typu działalności. Kandydaci na stanowiska kierownicze w placówkach medycznych powinni podlegać złożonemu procesowi rekrutacji, w podmiotach publicznych przybierających formę konkursu, którego celem jest potwierdzenie posiadania przez nich faktycznych kompetencji do zarządzania podmiotem leczniczym. Kompetencje te powinny być regularnie wzmacniane i aktualizowane w ramach kształcenia ustawicznego menedżera oraz okresowo weryfikowane przez organ założycielski podmiotu leczniczego. Kluczowym warunkiem efektywnego zarządzania placówką medyczną jest stworzenie menedżerowi odpowiednich warunków i narzędzi motywujących go do skutecznej pracy, w tym premiowania osiągniętych przez niego sukcesów w zarządzaniu.

ZARZĄDZANIE PERSONELEM, STRUKTURY ORGANIZACYJNE I ŁAD KORPORACYJNY W PODMIOTACH LECZNICZYCH

STRESZCZENIE: Skuteczne zarządzanie personelem w podmiocie leczniczym, podobnie jak w innych organizacjach usługowych, dotyczy określenia szeregu ważnych i współistniejących obszarów:

- roli i oczekiwań właściciela, strategii oraz misji i wizji jako rozwinięcia strategii,
- podstawowych zasad ładu korporacyjnego tzw. *corporate governance*, w tym odpowiedzialności zawodowej za prowadzony proces leczniczy i ograniczenia ryzyka z tym związanego,
- struktury organizacyjnej odpowiadającej wytycznym formalnym w tym płatnika publicznego, opisu kluczowych stanowisk w zakresie funkcjonalnym i oczekiwanych kompetencji,
- sposobu rekrutacji, rozwoju w ramach organizacji oraz oceny pracowniczej,
- zarządzanie przez cele, motywacji pozapłacowej, sposobu mierzenia satysfakcji personelu,
- opisu procesów zapewniających bezpieczeństwo pacjenta oraz bezpieczeństwo osób świadczących usługi w zakresie działań podmiotu leczniczego.

Zarządzanie głównym zasobem organizacji usługowej, czyli personelem, to nie tylko kwestia organizacji pracy, realizacji zadań, ale również budowanie środowiska relacji międzyludzkich, opartego o wysokie kompetencje zawodowe i naukowe, w połączeniu z odpowiedzialnością za drugiego człowieka, bezpieczeństwem prowadzonej działalności i wysokie normy etyczne.

ABSTRACT: Efficient process of personnel management in medical entity is similar to other entities in service industry and strictly relates to several crucial and co-existing processes and functional areas:

- Role and expectations of shareholders, owners, strategy definition and mission/vision resulting from strategy;
- Main rules of corporate governance, including professional responsibility for medical treatment outcomes and such treatments' risks mitigations;
- Organizational structure responding to functional and formal needs including national payer requirements, key positions descriptions in scope of competencies and experience;
- Recruitment process, personal development and employees appraisal;
- Management through goals setting, non-fiscal motivation, employees satisfaction surveys;
- Process description assuring safety of patients and employees in medical entity;

Managing key asset in service organization, which is personnel is not only focused on work place organization or goals management but most importantly on building relationship environment embracing high professional or scientific competencies combined with co-responsibility for partners, safety of medical activities and high ethical standards.

WPROWADZENIE

Wewnątrz firmy występują tylko trzy naturalne zjawiska: spory, chaos i nieefektywność. Cała reszta wymaga przywództwa.

Peter Drucker

Zdecydowanie rozdział ten nie jest przeznaczony dla szukających odpowiedzi na pytanie, jakie są optymalne normy zatrudnienia w pomiotach leczniczych, bo na to odpowiadają ustawy, rozporządzenia oraz sprawna główna księgowa. W oparciu o nasze wieloletnie doświadczenia przedstawiamy natomiast praktyczne wskazówki związane z zarządzaniem personelem, aby placówka lecznicza odpowiadała oczekiwaniom nowoczesnego rynku pracy i realizowała zadania w coraz bardziej konkurencyjnym otoczeniu rynkowym. A gra idzie o najbardziej wrażliwy zasób w firmie – personel.

Podstawowe tendencje z ostatnich lat pokazują zmiany w funkcjonowaniu rynku pracy zawodów medycznych w Polsce:

- zmiana struktury zasobów pracy – zmniejszająca się dostępność zawodów medycznych ze względu na emigrację zarobkową w ramach Unii Europejskiej i zmniejszoną wydajność jednostek edukacyjnych,
- wzrost wynagrodzeń – w latach 2007–2008 wynagrodzenia w sektorze medycznym wzrosły przeciętnie o ponad 40%, w latach 2010–2011 wzrost ten zmalał do poziomu 3–4% w skali roku, ale wciąż pozostaje powyżej średniej inflacji wynagrodzeń w Polsce, oznacza to konieczność podnoszenia wydajności pracy i zmiany w organizacji wielu procesów,
- powolne odejście od struktur hierarchicznych w kierunku struktur zadaniowych i zespołów eksperckich, pozwalające młodszym specjalistom osiągać poziom samodzielnej praktyki zawodowej dużo wcześniej niż dotychczas,
- zapotrzebowanie na medyczną kadrę kierowniczą dysponującą wiedzą z zakresu podstawowych zagadnień ekonomicznych i zarządczych,
- rosnące zapotrzebowanie na liderów, czyli osoby łączące umiejętności zawodowe z osobowością mentorską i przywódczą,
- rosnące koszty obsługi ubezpieczeń od odpowiedzialności zawodowej oraz wzrastająca liczba roszczeń związanych z błędami w postępowaniu leczniczym, co oznacza konieczność podnoszenia poziomu bezpieczeństwa procesu leczniczego.

Z analizy tych tendencji i naszych doświadczeń wynika, że skuteczne zarządzanie personelem w podmiocie leczniczym, podobnie jak i w innych organizacjach usługowych dotyczy określenia szeregu ważnych i współistniejących obszarów:

- roli i oczekiwań właściciela, strategii oraz misji i wizji jako rozwinięcia strategii,
- podstawowych zasad ładu korporacyjnego tzw. *corporate governance*, w tym odpowiedzialności zawodowej za prowadzony proces leczniczy i ograniczenia ryzyka z tym związanego,
- struktury organizacyjnej odpowiadającej wytycznym formalnym, w tym płatnika publicznego, opisu kluczowych stanowisk w zakresie funkcjonalnym i oczekiwanych kompetencji,
- sposobu rekrutacji, rozwoju w ramach organizacji oraz oceny pracowniczej,
- zarządzanie przez cele, motywacji pozapłacowej, sposobu mierzenia satysfakcji personelu,
- opisu procesów zapewniających bezpieczeństwo pacjenta oraz bezpieczeństwo osób świadczących usługi w zakresie działań podmiotu leczniczego.

Zarządzanie głównym zasobem organizacji usługowej, czyli personelem, to nie tylko kwestia organizacji pracy, realizacji zadań, ale również budowanie środowiska relacji międzyludzkich opartego o wysokie kompetencje zawodowe i naukowe w połączeniu z odpowiedzialnością za drugiego człowieka, bezpieczeństwem prowadzonej działalności i wysokie normy etyczne.

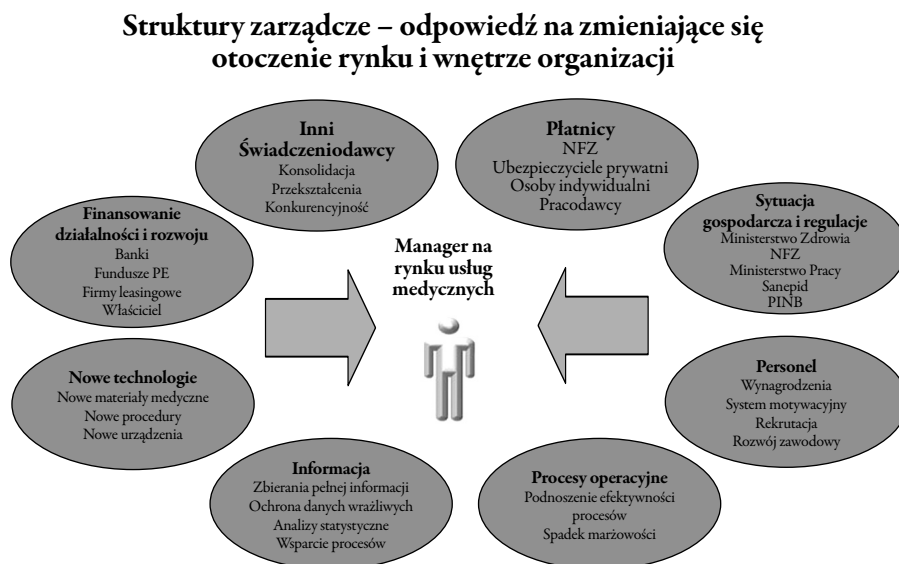
STRUKTURY ORGANIZACYJNE – PODSTAWOWE ZESPOŁY, ODDZIAŁY I ZADANIA

Pytania, jakie pojawiają się podczas budowania lub zmiany struktury organizacyjnej koncentrują się wokół podstawowych zagadnień: jak zorganizować pracowników aby realizowali strategię, kto komu ma podlegać, jak duże mają być komórki, czy dopasowywać strukturę do ludzi czy ludzi do struktur, jaki poziom niezależności czy decentralizacji osiągnąć na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych?

Najważniejsze pytanie jednak brzmi: po co nam struktura? W sytuacji podmiotów małych, działających jako firmy rodzinne, formalizacja struktury ma charakter marginalny. Jednak wraz ze wzrostem skali funkcjonowania przedsiębiorstwa pojawiają się potrzeby porządkowania wnętrza organizacji oraz relacji z otoczeniem zewnętrznym. Podział pracy w celu osiągnięcia optymalizacji wykorzystania zasobów, ułatwienie kierowania pracą przedsiębiorstwa i ustalenia poziomów odpowiedzialności wymaga formalizacji, ustalenia linii podporządkowania i departamentalizacji.

W obecnych czasach rosnąca ilość informacji przetwarzanych na co dzień, decyzji o nie opartych czy też ilość i złożoność relacji wewnętrznych i zewnętrznych, wymagają od właścicieli oraz kierownictwa podjęcia decyzji o formalizacji zadań i przekazaniu ich do realizacji osób posiadających specjalistyczne kompetencje.

Rysunek 1. Rodzaj informacji i relacji dotyczących kierownika podmiotu leczniczego



Struktury organizacyjne są też niezmiernie ważnym elementem zarządzania personelem. Pozwalają bowiem na budowanie lokalnego środowiska pracy w ramach zespołów, promowanie osób budujących wartości organizacji czy realizację szczegółowych celów lub zadań. Nie można nie docenić faktu, że dla wielu osób zajęcie konkretnego miejsca w strukturze jest motywacją dużo silniejszą niż zmiana wynagrodzenia.

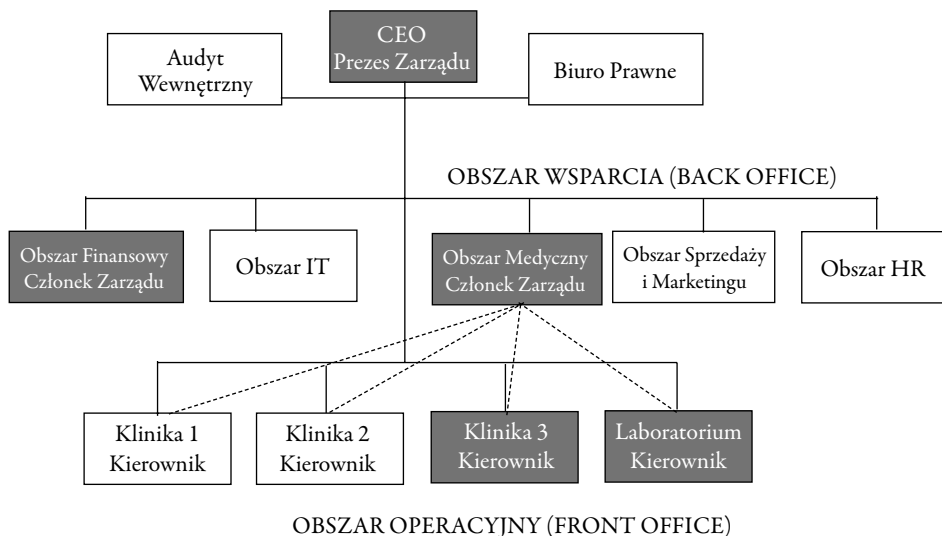
Z naszych doświadczeń wynika, że nie ma jednej idealnej struktury. Dodatkowo rozwój organizacji wymusza cykliczne zmiany w strukturach, związane najczęściej ze zwiększeniem skali działania, złożoności procesów, ale również decyzjami o zmianie strategii rozwoju. Najważniejsza w podjęciu decyzji o schemacie organizacyjnym jest odpowiedź na pytanie, czemu ona ma służyć, jakie podstawowe cele i funkcje ma realizować. A odpowiedź na to pytanie zaczyna się od decyzji właścicielskiej dotyczącej strategii i wizji firmy. Warto z właścicielem o tym porozmawiać i stworzyć jasne wytyczne.

Przykładowe definicje rodzaju struktur to¹:

- a) klasyczne – scentralizowane: liniowa, sztabowo-liniowa, pionów funkcjonalnych,
- b) współczesne – zdecentralizowane: dywizjonalna, holdingowa, elastyczne (zadaniowe, macierzowe, hybrydowe, organiczne), procesowe

¹ H. Fołtyn, *Klasyczne i nowoczesne struktury organizacyjne*, Warszawa 2007.

Rysunek 2. Przykładowa struktura organizacyjna dywizjonalno-procesowa



Podstawowe funkcje operacyjne (tzw. *front office*) realizowane są w klinikach. Kliniki odpowiedzialne są również za realizację funkcji operacyjnych w oparciu o definicje procesów ustalone przez działy centralnego wsparcia (tzw. *back office*).

Działy centralne nadzorują wykonanie procesów. Dyrektor zarządzający (CEO) nadzoruje wykonanie zadań i celów biznesowych.

Współcześnie przy rosnącej niestabilności otoczenia coraz większe znaczenie ma elastyczność organizacji oraz umiejętność łączenia pozornie sprzecznych zasad, np. centralizacji i decentralizacji. Takie podejście wymaga również doboru pracowników, którzy rozumieją współzależność zakresów zadań oraz konieczność okresowego działania poza klasycznymi strukturami bez szkody dla ciągłości funkcjonowania organizacji.

Coraz częściej obok podstawowej struktury organizacyjnej powstają interdyscyplinarne zespoły zadaniowe lub stałe odpowiedzialne za projekty lub obszary kompetencyjne, obejmujące więcej niż jeden obszar funkcjonalny w organizacji.

Zespoły zadaniowe to najczęściej grupy projektowe przeznaczone do realizacji zdefiniowanego zadania, projektu czy produktu. Podstawowe definicje związane z funkcjonowaniem grupy projektowej, to:

- grupa projektowa pracuje w określonym przedziale czasowym, ma wyznaczony cel do realizacji i sposób raportowania realizacji etapów pośrednich,
- grupa projektowa może liczyć od kilku do kilkunastu osób, pracujących w sformalizowanej strukturze grupy projektowej, raportujących w tej strukturze wyniki swoich działań,
- grupa projektowa ma charakter interdyscyplinarny i składa się z osób reprezentujących różne umiejętności niezbędne do realizacji zadania, oddelegowanych na czas trwania

projektu ze swojej komórki podstawowej do pracy w grupie projektowej w zakresie uzgodnionym przez kierownika grupy z bezpośrednim przełożonym,

- w skład zespołu projektowego wchodzi: sponsor projektu, czyli osoba inicjująca projekt swoją potrzebą biznesową i finansująca jego realizację; kierownik projektu, czyli osoba planująca projekt i zarządzająca projektem; liderzy projektu, czyli osoby kierujące realizacją grupy zadań projektu wyłonione przez kierownika projektu w podzespołach projektowych; uczestnicy projektu, czyli osoby realizujące zadania w projekcie.

Zespoły funkcjonalne to najczęściej komitety odpowiadające za stałą realizację zadań występujących w kilku obszarach organizacji jednocześnie. Przykładami takich komitetów funkcjonalnych w podmiotach leczniczych są: komitet do spraw jakości, komitet do spraw etyki, komitet lub rada naukowa, komitet do spraw kontroli zakażeń szpitalnych. Komitety mogą pełnić rolę doradczą-opiniotwórczą, wspierającą kierownictwo podmiotu leczniczego i pełniąc funkcje reprezentacyjne na zewnątrz organizacji np. rada naukowa. W organizacjach wymagających wzmożonego nadzoru nad procesem leczenia i zatrudniających dużą liczbę zawodów medycznych, komitety takie jak do spraw jakości, kontroli zakażeń szpitalnych czy do spraw etyki, pełnią również rolę tworzących i egzekwujących standardy lecznicze. Ważność roli tych zespołów podkreśla nie tylko ich interdyscyplinarność, ale przede wszystkim uczestnictwo w nich lekarzy lub pielęgniarek będących autorytetami zawodowymi. Dla wielu osób to również możliwość udziału w kształtowaniu sposobu funkcjonowania podmiotu leczniczego oraz możliwość odwołania się do wiedzy i oceny kolegów i koleżanek w sytuacjach złożonych merytorycznie.

ZARZĄDZANIE PRZEZ CELE

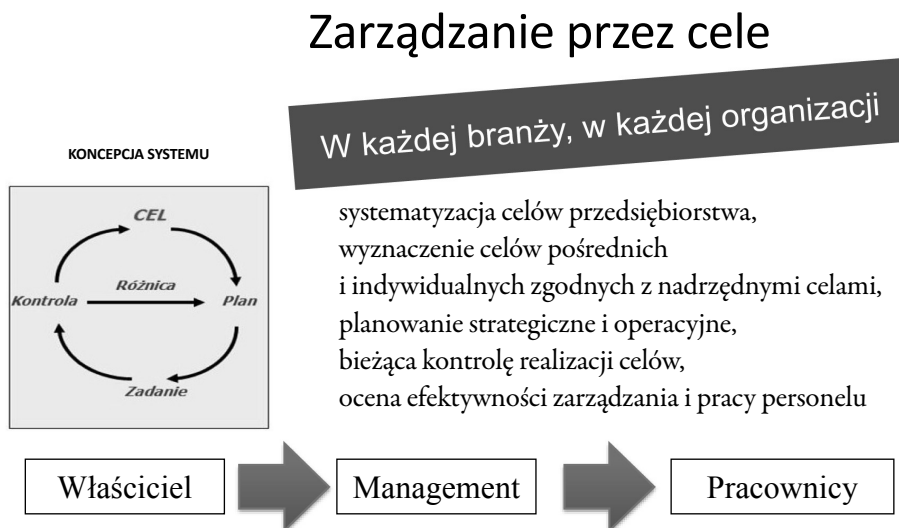
CZYLI SYSTEMATYZACJA CELÓW PRZEDSIĘBIORSTWA

Zbudowanie struktury jest jednym z elementów zarządzania personelem. Kolejny etap to przygotowanie zestawu celów w układzie sekwencyjnym tak, aby cele zagregowane na poziomie całego przedsiębiorstwa rozłożone na poszczególne niższe poziomy aż do poziomu lekarza, pielęgniarki czy technika, były spójną całością. Ten proces nie jest łatwy, bo wymaga bardzo często przetłumaczenia definicji i celów ekonomicznych zarządu na cele indywidualne i emocjonalne poszczególnych grup pracowniczych.

W skutecznym wdrażaniu modelu zarządzania przez cele, istotne jest uwzględnienie wszystkich etapów procesu, a więc:

- definicji, komunikacji i akceptacji celów przez pracowników na poszczególnych szczeblach,
- okresowego (np. kwartalnie) raportowania wyników zaplanowanych działań zmierzających do realizacji celów, porównywanie wyników z planem, korygowanie zadań częściowych; ważne jest, aby wynik końcowy nigdy nie był zaskoczeniem,
- ocena (zwykle roczna) realizacji celów, włączenie wyników do kompleksowej oceny pracowniczej.

Rysunek 3. Model zarządzania przez cele



Przykłady celów indywidualnych dla personelu lekarskiego i pielęgniarzkiego:

Lekarze:

- Realizacja zatwierdzonych w podmiocie standardów postępowania medycznego
- Wyniki ankiet satysfakcji pacjentów
- Punkty w systemie Edukacji Medycznej
- Zarządzanie kosztami na pacjenta/rozpoznanie
- Statystyka powikłań/powracających pacjentów

Pielęgniarki:

- Punkty w systemie Edukacji Medycznej
- Realizacja wyznaczonych w podmiocie standardów postępowania
- Wyniki ankiet satysfakcji pacjentów

STRATEGIA REKRUTACJI, RETENCJI ORAZ ROZWOJU PERSONELU. CZY LEKARZE SĄ INNI?

Planowanie zatrudnienia w placówkach medycznych nie powinno odbiegać od podobnych działań w innych sektorach gospodarki. Z założenia to umiejętność oszacowania ilości świadczonych procedur w określonym, często regulowanym czasie, co daje liczbę etatów i potrzebnych kompetencji. Jednak potrzeby porad i zabiegów medycznych nie zawsze poddają się ścisłym regułom. Dlatego też rekrutacja personelu praktycznie odbywa się w sposób ciągły – tak, aby zachować gotowość do uzupełnienia nagłych zwiększonych potrzeb, zwłaszcza w zakresie wysokiej specjalistyki lub sytuacjach ograniczenia działań przy spadku popytu.

Ośrodki poszukujące personelu są zatem w ciągłym stanie gotowości i ekspozycji swojej działalności, by zachęcać do nawiązywania kontaktów – choćby tylko potencjalnych.

W dzisiejszych czasach zarówno lekarze, jak i pielęgniarki mają bardzo ugruntowane poczucie niezależności, wspierane zatrudnieniem lub samozatrudnieniem w kilku ośrodkach w tym samym czasie. To niewątpliwie zwiększa ich mobilność, ale tym samym również ułatwia dokonywanie szybkich zmian w zatrudnieniu. Paradoksalnie poszukują stabilizacji, ale chcą zachować elastyczność w zobowiązaniach. Kulturowo obserwuje się w Polsce nadal chęć przynależności do jednego pracodawcy, ale w rynkowych warunkach niepewności, lęk przed utratą zatrudnienia i tym samym dochodu, przyczyniają się do angażowania się w kilku miejscach pracy.

Stanowiska pracy medyków według przyjętych form klasyfikacji to samodzielne stanowiska eksperckie. Do rozpoczęcia rekrutacji niezbędne jest bardzo szczegółowe opisanie zadań i obowiązków – zwłaszcza w obszarach, w których występuje konieczność interakcji z innymi osobami lub pracy zespołowej. Istotne jest, by stworzyć mapę procesów i procedur, w jakich dane stanowisko aktywnie lub wspierająco uczestniczy. Ma to na celu zapoznać potencjalnego kandydata ze złożonością oczekiwań, poza *stricte* medycznymi. Niestety, procesy rekrutacyjne w środowisku medycznym narażone są na porażki, w dużym stopniu ze względu na niską otwartość na akceptację specyfiki wymagań interpersonalnych i przestrzegania ścisłych określonych procedur. Powszechnym zjawiskiem jest „przyuczanie” lekarza i pielęgniarki do roli nie tylko medycznej, ale być może przede wszystkim, do traktowania pacjenta jako klienta świadczonej usługi. Tylko osobowości otwarte i zaintrygowane poznawaniem i stosowaniem nowych zachowań, szybko adaptują się w nowym środowisku pracy. Taki profil osobowościowy powinien być preferowanym we wszystkich procesach rekrutacyjnych.

GDZIE SZUKAĆ KANDYDATÓW?

Środowisko medyczne jest zamkniętą i określoną liczebnie społecznością. Uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza czy pielęgniarki jest określona grupa ludzi i poszukiwanie nowych pracowników z założenia będzie wśród osób już aktywnych zawodowo. Pozyskanie za interesowania potencjalnych kandydatów łączy się z planowanymi działaniami, promującymi warunki pracy, możliwości rozwoju i korzyści z pracy w danym ośrodku. Targi pracy, ogłoszenie w specjalistycznych ośrodkach, wydawnictwach, media społeczne nie zawsze gwarantują dotarcie do poszukiwanych osób i nadal bezpośrednie polecenia kolegów, ale również i pacjentów, przyspieszają realizację procesów rekrutacyjnych. Powstały już agencje rekrutacyjne zgłębiające środowisko medyczne, ale zaufanie do konsultantów wydaje się przez kandydatów nadal traktowane z rezerwą.

Jak wspomniano, często wykorzystywaną formą są polecenia wśród kolegów. Często takie działania są bardzo trafne, z pewnością sprzyjają szybszemu nawiązywaniu kontaktów, choć mogą również powodować poważne wyzwania zarządcze. Praktyka wykazała, że w zespołach o bliskich relacjach, zwłaszcza w środowisku z tradycją silnej hierarchii pojawiają się problemy zarządcze, takie jak trudność lub brak zobiektywizowanej oceny pracy. Tradycja, proces

edukacji i zdobywania coraz wyższych kompetencji medycznych utwierdzają personel w modelach zależności i niekwestionowanej podległości. Nie zawsze umiejętności i wiedza merytoryczna zapewniają pozycję i awans w zespołach. Dlatego rekrutacje oparte tylko na poleceniu mogą tworzyć niewygodne poczucie dodatkowego zobowiązania lub zależności, a te zaś wprost wpływają na jakość świadczonej pracy i relacje w zespole. Zdecydowanie bezpośrednia podległość kolegów powinna być przez pracodawcę eliminowana i transparentnie komunikowana, jako brak zgody na bliskie, pozazawodowe relacje przełożonego z podwładnym (rodzinne, przyjacielskie itp.). Dlatego też każdy polecany kandydat powinien być dołączany do szerszej grupy i oceniany w pełnym, wieloetapowym procesie doboru pracowników.

Za rekomendacje kandydatów, którzy z sukcesem pozostają zatrudnieni, może dodatkowo nagradzać gratyfikacją pieniężną, w formie szczególnej premii, ale konieczne jest także opracowanie precyzyjnych zasad współodpowiedzialności. Premiowanymi są na równi zadowolenie pracodawcy jak i nowego pracownika, zaś polecający musi być przygotowanym na oceniające uwagi obu stron. Zapewne dlatego najczęściej polecający jedynie przekazuje adres kontaktowy zainteresowanym kandydatom i dystansuje się od dalszych decyzji. Zwłaszcza potwierdza się to wśród lekarzy i pielęgniarek młodszego pokolenia, którzy większą uwagę przykładają do poziomu wiedzy i konkretnych umiejętności i często polecają osoby uznawane w środowisku za swoje osiągnięcia. Można zaryzykować tezę, że od czasu pojawienia się ofert pracy poza granicami Polski, gdzie merytoryczne umiejętności faktycznie decydują o otrzymaniu oferty pracy, takie podejście będzie wspierać dobór pracowników polecanych w polskich ośrodkach.

JAKI PROCES REKRUTACYJNY MOŻE PRZYNIEŚĆ ZWIĘKSZONA TRAFNOŚĆ DOBORU? PROCES REKRUTACJI – JAK NIM ZARZĄDZAĆ?

Rekrutacja personelu medycznego to bardziej dobór niż selekcja, a sam proces, gdy przebiega wieloetapowo, pozwala zarówno kandydatom, jak i pracodawcy bardziej świadomie podejmować wzajemne zobowiązania. Zebrane doświadczenia w dynamicznie rozrastającej się firmie wykazały, że najefektywniej procesy rekrutacyjne przebiegają tam, gdzie całość procesu zarządzana była przez osobę merytorycznie przygotowaną do opracowywania zarówno właściwych form dotarcia do kandydatów, jak i weryfikacji predyspozycji do pracy w danym ośrodku. Samodzielność działania w zakresie rekrutacji tylko przez osoby zarządzające poszczególnymi zespołami narażona jest na zbyt szybkie działania i decyzje, bo celem dla menedżerów jest sprawne zapewnienie ciągłości operacyjnej, a niekoniecznie trafny dobór członka zespołu.

Bardzo dobre wyniki przynoszą grupowe działania typu *assessment center*, pozwalające symulować sytuacje zbliżone do tych, które pojawiają się w codziennej pracy. Obserwacje podczas takich zadań uzmysławiają obu stronom kulturę pracy i relacji. Kolejnym etapem jest weryfikacja formalnych uprawnień, merytoryczne potwierdzenie doświadczeń i umiejętności sprawdzone przez specjalistę z danego obszaru medycyny. *Assessment center* jako metoda

rekrutacji zasadniczo przeznaczona jest dla stanowisk kierowniczych, gdzie codzienne obowiązki w znacznym stopniu skierowane są na zarządzanie niż na nadzór merytoryczny procedur medycznych. Jednak warto się zastanowić, czy tej metody nie należałoby również używać przy wszystkich rekrutacjach. Można opracowywać zadania dla kandydatów, które łączyłyby wiedzę zarówno medyczną, ze stosowanymi praktykami, jak i predyspozycje do adaptacji w konkretnych wymaganiach organizacyjnych. Niewątpliwym wyzwaniem jest koszt związany z tą metodą i zapewne nie wszystkie ośrodki mogłyby się na nią zdecydować. Zanim jednak ostatecznie podejmowane są decyzje związane z kosztami rekrutacji, warto przypomnieć, że koszt wdrożenia pracownika do uzyskania pełnej efektywności i samodzielności pracy w ośrodkach specjalistycznych i środowiskach o złożonych procesach, wynosi od 4 do 8 miesięcy. Eliminowanie błędów rekrutacyjnych przez bardziej usystematyzowaną rekrutację również może być korzystniejszym rozwiązaniem finansowym.

Dalszymi krokami postępowania będzie potwierdzenie referencji u byłych pracodawców. Jest to działanie wymagające szczególnie wysokiej etyki w postępowaniu i przeprowadzane powinno być przez specjalistę ds. rekrutacji z dobrze przygotowanymi pytaniami i odpowiednim wprowadzeniem do tematu.

PERSONEL KONTRAKTOWY – JAK UTRZYMAĆ POCZUCIE PRZYNALEŻNOŚCI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WYNIKI PRACY?

Współpraca z personelem kontraktowanym jest od wielu lat powszechną formą, stosowaną zarówno w lecznictwie otwartym, jak i zamkniętym. Zarówno usługobiorca jak i usługodawca doceniają większą elastyczność zarządzania czasem pracy, ale również mobilizuje to do twardej negocjacji finansowych rekompensujących brak formalnych urlopów czy nieobecności spowodowanych chorobą. Zatem takie formy najlepiej sprawdzają się w środowisku dobrego planowania, dostępnych, wspierających rezerw kadrowych i ściśle określonych reguł dotyczących wynagradzania i rozliczania.

Usługodawcy potrzebują określenia parametrów standardów pracy i sposobu jej oceny. Idealnie wprowadzenie pełnej mierzalności działań zapewni harmonię współpracy. Ryzykiem takiej formy może być poczucie braku przynależności, dlatego szczególnie promowane powinny być postawy współpracy, zaangażowania w dodatkowe zadania, inicjowanie i wprowadzanie innowacji czy nauczanie innych.

SYSTEMOWE PODEJŚCIE DO WYNAGRODZEŃ I MOTYWACJI POZAPŁACOWEJ, CZYLI NA KTÓRYM JESTEŚ POZIOMIE?

Wynagrodzenie finansowe za pracę jest głównym motywatorem w środowisku medycznym. Prywatyzacja usług spowodowała upublicznienie kosztów wizyty opłacanych przez pacjenta i tym samym wykreowała stawki rynkowe dla określonych grup specjalistów. W takich

uwarunkowaniach konieczne staje się tworzenie transparentnych zasad i klasyfikacji uposażeń. Najistotniejszym elementem jest sposób wynagrodzenia, który powinien faktycznie odzwierciedlać przyjętą strategię firmy. Dlatego też system i klasyfikacje muszą podlegać regularnym weryfikacjom. Odczuwalne poczucie wpływu na swoje wynagrodzenie, przy jednoczesnym realizowaniu przyjętej strategii, zwiększa zaangażowanie i podejmowanie nowych inicjatyw. Konstrukcja całkowitego wynagrodzenia powinna zawierać element stały (podstawowy), odzwierciedlający stawki rynkowe oraz ruchome części – dodatki za pozyskane unikatowe kwalifikacje, premie za osiągnięcia lub krótkoterminowe projekty. Klarowność zasad sprzyja zrozumieniu wymagań do otrzymania odpowiedniego zaszeregowania. Wpływ miałyby takie czynniki, jak: osiągnięcia naukowe, dokonania praktyczne, poziom odpowiedzialności w zespole, uprawnienia oraz realizacja przypisanych do stanowiska zadań.

Obok wynagrodzenia finansowego istotne są motywatory pozapłacowe. Wśród kadry medycznej najbardziej cenione są możliwości nauki i dostępu do najświeższej wiedzy medycznej. Pomimo wszechobecnego dostępu do internetu, wiele specjalistycznych portali wymaga wykupu dostępu i zapewnienie takiej możliwości jest bardzo doceniane. Personel medyczny również przy stworzeniu odpowiednich warunków – chętnie uczestniczy w spotkaniach, podczas których dzieli się doświadczeniami, omawia ciekawe przypadki, dzieli się wiedzą i może opracowywać nowe standardy postępowania.

Motyację można zdefiniować jako wewnętrzne przekonanie do podejmowania działań realizujących konkretny cel lub podążanie w jego kierunku. W większości przypadków motywacją kieruje potrzeba spełnienia, która mobilizuje do dalszej pracy. Wewnętrzne poczucie spełnienia następuje, gdy otrzymuje się „nagrodę” – w formie konkretnych osiągnięć lub w postaci materialnej.

Praca w sektorze medycznym ma szczególną specyfikę, gdzie uzależnienie od sytuacji politycznej i ekonomicznej – ograniczeń, norm czy regulacji, w zasadniczym stopniu ogranicza poczucie wpływu na środowisko pracy i realizację swoich aspiracji. Rodzi to cynizm i frustrację, którą personel medyczny bezpośrednio przekłada na relację z pacjentem. Niezadowolenie pacjentów wpływa na ocenę jakości opieki medycznej, zażalenia do instytucji płatniczych i w konsekwencji powraca w postaci dalszych regulacji, często postrzeganych jako utrudnienia dla pacjentów. To błędne koło, które pokazuje, jak istotna jest praca nad tworzeniem motywującego środowiska pracy dla personelu medycznego, a dla zarządzających stanowi jedno z najważniejszych wyzwań do tworzenia usystematyzowanych procesów zarządzania personelem.

Z perspektywy organizacji scentralizowane zarządzanie personelem wydaje się słusznym rozwiązaniem, lecz zagadnienie motywacji zdecydowanie wymaga usamodzielnienia kierowników w mniejszych zespołach, ich umiejętności definiowania indywidualnych motywatorów i umocowania do podejmowania szybkich decyzji w tym zakresie.

Zagadnienie motywacji personelu medycznego zarówno w bezpośrednich rozmowach indywidualnych, jak i badaniach zespołowych kształtuje się w zależności od obszaru

specjalizacji, płci i wieku. Zasadnicze obszary istotne w kształtowaniu zadowolenia i zaangażowania to zgodnie z teoriami Masłowa i Herzberga: bezpośrednie atrybuty wykonywanej pracy (możliwość podejmowania samodzielnych decyzji, tworzenie, wykorzystywanie swojej wiedzy i umiejętności), wynagrodzenie, współpracownicy i osobiste osiągnięcia.

Zebrane praktyczne obserwacje wykazują, że najwyżej cenione są osobiste osiągnięcia, kolejno – wynagrodzenie, współpracownicy i finalnie atrybuty wykonywanej pracy. Rozkład tych czynników potrafi się różnić w zależności od wykonywanego zawodu i płci – pielęgniarki oraz kobiety lekarze w większości cenią bardziej wynagrodzenie i współpracę zespołową, w której mogą zaufać i polegać na wsparciu otoczenia, zaś lekarze mężczyźni, osobiste osiągnięcia – poczucie dumy z efektów swojej pracy. Również łączna satysfakcja z pracy jest wyższa wśród kadry lekarskiej – w porównaniu z pielęgniarkami.

JAK WPŁYWAĆ NA MOTYWACJĘ KADRY MEDYCZNEJ?

Doświadczenia z pracy z personelem medycznym wykazuje, że możliwość omawiania przez nich swoich osiągnięć, regularna ocena i udzielanie informacji zwrotnej – doceniania przez przełożonych i pacjentów, wzmacnia poczucie wpływu na środowisko, współudział w decyzjach dotyczących procedur, wprowadzanie nowych rozwiązań. Te zaś rzutują bezpośrednio na jakość świadczonych usług i porad medycznych oraz przekładają się bezpośrednio na wyniki podmiotu leczniczego.

Według naszych doświadczeń, obniżony poziom motywacji zauważalnie wpływał na niechęć w dzieleniu się pozyskaną wiedzą, ograniczanie własnego rozwoju i wzrost pasywności. Niestety, miało to wpływ na niedostateczne lub nieprawidłowe diagnozy, następnie nieskuteczne terapie – i w rezultacie znacząco zwiększały koszty opieki – niezależnie od sektora: państwowego czy prywatnego.

SATYSFAKCJA PERSONELU – JAK JĄ MIERZYĆ I POPRAWIAĆ ORAZ JAK TO WPŁYWA NA ZADOWOLENIE PACJENTÓW

„Żaden z piętnastu głównych powodów determinujących satysfakcję pacjenta nie dotyczy mierzalnych wyników leczenia. Satysfakcja pacjenta jest przede wszystkim uzależniona od kontaktu z personelem oraz satysfakcji z takiej relacji”².

Praca personelu medycznego zawiera w sobie poczucie misji – ratowania życia ludzkiego, poszukiwania najlepszych metod leczenia, a w końcowym rezultacie, poprawiania jakości życia. Z pewnością każdy najmniejszy sukces medyczny jest najwyższą formą satysfakcji dla lekarza i pielęgniarki, ale nie należy zapominać, że dbałość o środowisko pracy ma ogromny

² S. Frampton, L. Gilpin, P. Charmel, *Putting Patient First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*, Jossey-Bass Public Health 2003.

wpływ na postawę i zaangażowanie w realizację tej misji. Środowisko medyczne nadal prowadzi dyskurs, czy medycyna jest sztuką czy nauką, z praktykami opartymi na zewidencjonowanych badaniach i ich wynikach. Podobnie nie można zakładać, że zarządzający ośrodkami, jako jedyni będą wiedzieli, co i w jakim stopniu zaspokaja potrzeby i wzmacnia satysfakcję pracowników. Brak informacji zwrotnej od pracowników, zapewniającej swobodną wypowiedzi i oceny z ich perspektywy, potrafi doprowadzić do sytuacji fałszywej oceny przez zarządzających i kontynuowania lub wprowadzania niewłaściwych zadań i działań. Niestety, obniżanie się satysfakcji z pracy pracowników nie wolno przeoczyć, bo skutki przekładają się na znacznie większe straty, niż tylko wynik danego przedsięwzięcia.

Nasuwa się pytanie, jak w sposób zobiektywizowany podejść do badania zadowolenia pracowników (*employees satisfaction survey*) i jak przekładać wyniki na wzrost zaangażowania pracowników. Nieprzypadkowo pojawiły się na rynku wyspecjalizowane agencje, które również dla środowiska medycznego podejmują się tworzenia odpowiednich procesów i narzędzi do pozyskiwania opinii pracowniczych.

W zależności od wielkości zespołu czy ośrodka, badania takie mogą przyjąć formę wywiadu typu grupa fokusowa – gdzie jedynie reprezentanci zespołów, podczas ustrukturyzowanej dyskusji podejmują opis i ocenę procesów, relacji i organizacji pracy. Taki etap może wstępnie wydawać się wystarczający, ale z zasady służy do zdefiniowania, o jakie istotne dla pracowników sprawy należy zapytać i jak sformułować pytania. Przygotowany w oparciu o otrzymane wskazówki formularz badania powinien zawierać zarówno odpowiedzi z wyborem – od najwyższego zadowolenia do braku zadowolenia (pozwalające procentowo i wartościowo opisać wyniki), ale również pytania otwarte ujawniające szczególne obserwacje pracowników – często wskazujące konkretne sytuacje czy zdarzenia. Badanie musi mieć zapewnioną całkowitą anonimowość i bezpieczeństwo swobody wypowiedzi. Pracownicy, niezależnie od faktu, czy badanie przebiega tradycyjną metodą „papierową” czy elektronicznie, muszą być przekonani o celowości badania i wpływu jego wyników na kształtowanie ich środowiska pracy. Dlatego wszystkie wyniki w sposób zintegrowany dla danego zespołu powinny być udostępnione, a w oparciu o nie, zespół współtworzy plan dalszych działań udoskalających lub naprawczych.

Dla osób zarządzających to bezcenna informacja, wskazująca jak strategia i misja organizacji spotykają się ze zrozumieniem, w jaki sposób są, bądź nie, wdrażane. Choć większość pracowników, wydawałoby się, skupia się na swoich bardzo codziennych potrzebach to właśnie badania często uwiadamiają, że mają ogromną potrzebę bycia informowanym, a przede wszystkim potrzebę zrozumienia wdrażanych projektów, zasad czy procedur. Ważne jest, by zarząd komunikował wyniki i otwarcie zapraszał do angażowania się w podejmowanie nowych inicjatyw. Wszystkie doświadczenia, gdzie otwarcie omawiano wyniki, idealnie jeśli istnieje możliwość odniesienia się porównawczo do wyników innych ośrodków, przynosiły widoczne rezultaty w konstruktywnych dyskusjach personelu i wprowadzaniu nowych rozwiązań

i ustaleń. Otwartość i transparentność stworzyły nową wartość dla zespołu i często wylaniały nieformalnych liderów cieszących się dużym autorytetem wśród pracowników. Gdy wprowadzane są plany udoskonalające czy naprawcze, w znaczący sposób obserwowany jest wzrost poczucia wpływu, współtworzenia i odpowiedzialności. Badania powinny być realizowane regularnie, w zależności od poziomu rozwoju organizacji, najczęściej co drugi rok.

Zlecenie projektu firmie zewnętrznej rodzi dodatkowe koszty, ale oceniając korzyści płynące z wiedzy, jaką zarząd pozyskuje, wydają się ważną i korzystną inwestycją. Pozorne poczucie codziennego odbioru poziomu zadowolenia pracowników u kadry medycznej może jedynie wynikać z niebezpiecznej perspektywy środowiska pracującego w bardzo wymagających i często bardzo szybkich operacyjnie działaniach – gdzie brak czasu na dzielenie się refleksją jest ciągle powszechną normą.

ŁAD KORPORACYJNY I ZASADA DOBRYCH PRAKTYK

TZW. *CODE OF BUSINESS CONDUCT*

– WARTOŚĆ CZY UTRUDNIENIE W PRACY?

„Wierzmy, że dobry ład korporacyjny stanowi podstawę, na której tworzymy i osiągamy nasze cele i zapewniamy wartość dla naszych udziałowców, klientów i społeczności, w których żyjemy. Utrzymujemy najwyższe normy etyczne i jesteśmy godni zaufania we wszystkim, co robimy” – John V. Faraci, prezes i dyrektor generalny International Paper w Polsce.

Najważniejszym stwierdzeniem związanym z ładem korporacyjnym jest jasność zasad, którymi na co dzień posługują się pracownicy oraz kierownictwo. Taka jasność ułatwia samodzielne podejmowanie decyzji, buduje pozytywne relacje wewnętrzne – pracownicy wiedzą, czego od nich się oczekuje, buduje zaufanie i pozytywne relacje zewnętrzne. Pacjenci wiedzą, jakimi zasadami kieruje się organizacja, co upraszcza komunikację.

Podstawowe cele wprowadzenia ładu korporacyjnego to przede wszystkim wzmocnienie nadzoru właścicielskiego, nastawione na ochronę praw właścicieli, zapobieganie nadużyciom, utrzymywanie poprawnego stanu w spółce lub podmiocie leczniczym. Ranga ładu korporacyjnego wzrasta w przypadku podmiotów funkcjonujących w strukturach rozproszonych geograficznie lub w złożonych strukturach wielooddziałowych.

Ład korporacyjny to:

- zasady oraz normy odnoszące się do szeroko rozumianego zarządzania w organizacji,
- reguł dobrych praktyk w organizacji,
- zindywidualizowane dla podmiotu zasady zarządzania i nadzoru oraz relacje w właścicielu.

Dobra praktyka to pojęcie, w którym mieszczą się zarówno skodyfikowane przepisy np. kodeks etyki lekarskiej, jak i zdrowy rozsądek, doświadczenie, zdolność przewidywania, rzetelność w wykonywaniu swoich obowiązków. Jest stosowana we wszystkich nieoczekiwanych

i nieprzewidzianych sytuacjach, a przede wszystkim w codziennych rutynowych działaniach. Ważna jest też wiedza, doświadczenie, poczucie odpowiedzialności za bezpieczeństwo organizacji, uzasadniona pewność, że określone postępowanie nie stwarza zagrożenia dla bezpieczeństwa.

Zakres tematów określanych zwykle w formie pisemnej w zasadach dobrych praktyk:

- zasady księgowe – obieg dokumentów, sposób ich akceptacji i weryfikacji,
- aktywa i sposób ich ochrony – nadzór i działania związane z zapewnieniem kluczowych aktywów podmiotu oraz sposobu działania w sytuacjach zagrożenia ich utratą,
- zgodność z przepisami i regulacjami szczegółowymi – sposób monitorowania zmian w przepisach regulujących działanie podmiotu leczniczego, nadzór na spełnianiem wymogów formalnych,
- regulaminy i instrukcje – sposób przygotowywania, akceptacji, wdrażania i nadzoru nad regulaminami i instrukcjami,
- informacje poufne, w tym informacje na temat stanu zdrowia pacjentów – definicje informacji poufnych w ramach podmiotu np. dane finansowe, sposób ich bezpiecznego przechowywania, kontroli udostępnienia, rejestrowania udostępniania, nadzoru nad dokumentacją, w tym dokumentacją medyczną,
- konflikt interesów – definicja konfliktu interesów, sposób raportowania na temat ewentualnego powstania takiego konfliktu, sposoby rozwiązywania konfliktu interesów, sankcje w przypadku braku działań zmierzających do wyeliminowania konfliktu interesów,
- konsultanci i dostawcy zewnętrzni – sposób tworzenia kryteriów wyboru oraz selekcji dostawców zewnętrznych oraz konsultantów, nadzór nad procesem wyboru, eliminacja potencjalnych konfliktów interesów, np. członek rodziny jako dostawca zewnętrzny,
- wydatki służbowe – definicja wydatków służbowych w tym podczas wyjazdów poza podmiot leczniczy, sposób ich akceptacji i weryfikacji,
- działania dyscyplinarne – opis działań dyscyplinarnych stosowanych w przypadku naruszenia regulaminów wewnętrznych i ogólnych zasad funkcjonowania podmiotu, sposób raportowania naruszeń,
- dyskryminacja, molestowanie i mobbing w miejscu pracy – definicja działań poddających pracowników lub współpracowników dyskryminacji, molestowaniu lub mobbingowi, sposób raportowania o zdarzeniach, sankcje związane z naruszeniem zasad,
- uzależnienia, m.in. od alkoholu, leków, narkotyków i innych substancji chemicznych – sposób raportowania na temat zdarzeń wpływających na ciągłość pracy i bezpieczeństwo w podmiocie leczniczym, a wynikających z uzależnień pracowników, zasady postępowania z pracownikami uzależnionymi,
- posługiwanie się pocztą elektroniczną – zasady dostępności do poczty elektronicznej w podmiocie oraz poza nim, rodzaj i tryb rozsyłania wiadomości w ramach struktury organizacyjnej, zabezpieczanie wiadomości poufnych, rodzaj wiadomości zabronionych do rozsyłania w ramach służbowej poczty elektronicznej,

- członkowie rodziny – sposób zatrudniani członków rodziny w ramach jednego podmiotu leczniczego, np. zasada bezpośredniej podległości, raportowanie sytuacji powstania konfliktu interesów, np. zawarcie związku małżeńskiego przez pracowników i sposób postępowania w tego typu sytuacjach,
- prezenty – określenie wartości prezentu, jaki jest możliwy do przyjęcia przez pracownika w ramach relacji z klientami, np. prezenty świąteczne, postępowanie z prezentami przekraczającymi ustalone kwoty i formuły, np. wyjazdy zagraniczne,
- relacje z mediami – zasady udzielania i autoryzacji wypowiedzi dla mediów (telewizja, prasa, internet) w trybie planowym oraz w sytuacji kryzysowej, ustalenie sekwencji osób upoważnionych do wypowiedzi w sytuacji kryzysowej w przypadku nieobecności osób kluczowych,
- błędy medyczne – sposób raportowania powstania potencjalnego błędu medycznego, tryb rozpatrywania roszczenia, relacje i przekazywanie informacji do ubezpieczyciela, sposób udzielania informacji pacjentów i mediom,
- komunikacja wewnętrzna z pracownikami – ustalenie zakresu i częstotliwości informacji przekazywanych pracownikom, metody komunikacji w zależności od rodzaju informacji.

PODSUMOWANIE

Podsumowując tematykę zarządzania personelem w podmiocie leczniczym należy podkreślić, że jest to temat niezwykle złożony i kompleksowy. Aby był proces był skuteczny, nie może być oderwany od strategicznych obszarów działania przedsiębiorstwa, ani ograniczany do funkcji kadrowo-płacowych. Przygotowanie właściwego otoczenia dla pracowników, zaangażowanie ich w podejmowanie decyzji a przede wszystkim uzyskanie wysokiego poziomu odpowiedzialności za pacjentów i współpracowników to sukces, który można mierzyć ostatecznie wzrostem wartości firmy.

PROCES PRZEKSZTAŁCEŃ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO Z PERSPEKTYWY ZARZĄDZANIA I PLANOWANIA STRATEGICZNEGO

STRESZCZENIE: Celem tego rozdziału jest analiza procesu przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe z punktu widzenia dobrych praktyk zarządzania i planowania strategicznego. W rozdziale wskazuje się, że tworzenie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółek akcyjnych, czy też łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie może być traktowane jako cel sam w sobie i powinno być sytuowane w szerszym wymiarze – strategicznym i w kontekście docelowego modelu reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Istniejące regulacje ignorują konieczność przeprowadzania analiz strategicznych i budowania planów strategicznych w przekształcanych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Zamieszczone są też wskazania, które mogą być użyteczne i choć w części eliminować słabości przyjętych rozwiązań.

ABSTRACT: The aim of this chapter is to analyze the process of transformation of public health care organizations into companies (corporations) taking into account good managerial practices rooted in strategic management and planning. It is argued here that the creation of a limited liability company, a joint-stock company or public health care organizations merger cannot be seen nor interpreted as an ultimate goal of the transformation process but should be placed within a broader, strategic framework. The chapter shows that current legal provisions ignore strategic analyses and do not require strategic plans developed by and within transformed public health care organizations. The chapter ends with some recommendations (hints) for change agents in transformed public health organizations.

WPROWADZENIE

Rok 2013 dla znacznej liczby zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wiązał się będzie z rozpoczęciem procesu ich przekształcania w spółki kapitałowe (głównie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością). Ta zmiana organizacyjna jest częścią procesu reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia i skłania do spojrzenia na ten proces z szerszej perspektywy. Przyjmując taką perspektywę można spróbować umieścić przekształcenia dokonujące się w Polsce na tle rozwiązań i doświadczeń międzynarodowych w reformowaniu narodowych systemów ochrony zdrowia oraz dokonać oceny samego procesu przekształceń z punktu widzenia dobrych praktyk zarządzania i planowania strategicznego.

NAJWAŻNIEJSZE CECHY REFORM NARODOWYCH SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

Reformowanie sektora ochrony zdrowia jest udziałem większości państw świata, bez względu na to, czy są to państwa rozwijające się (Akinci *et al.* 2012), czy rozwinięte (Light 2011), mające bogate doświadczenia z gospodarką rynkową (Ozegowski, Sundmacher 2012), czy dopiero transformujące swoje gospodarki (Voncina *et al.* 2007). Działania reformatorskie podejmowane są zarówno w państwach nisko ułożonych w rankingach oceniających jakość i sprawność narodowych systemów ochrony zdrowia (Rutten *et al.* 2002), jak i w państwach wysoko ocenianych jeżeli chodzi o ich systemy ochrony zdrowia (Gauld 2012; Christiansen 2012).

Powody, dla których podejmowane są reformy, choć niejednorodne, dają się ująć w pewne szersze kategorie. Lista takich uniwersalnych przyczyn obejmuje (choć nie sprowadza się wyłącznie do nich):

- niewystarczające zasilanie finansowe systemu ochrony zdrowia (McKee *et al.* 2012),
- wysokie koszty świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania systemu,
- strukturalny deficyt (państwowego) ubezpieczyciela,
- brak przejrzystości w finansowaniu oraz starzejące się społeczeństwo (Voncina *et al.* 2007).

Chociaż metody używane w procesie reform systemów ochrony zdrowia są różnicowane, to można wśród nich wyróżnić trzy dominujące kierunki zmian:

- poszerzanie zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- racjonalizację wydatków na zdrowie,
- poszerzanie zakresu sektora prywatnego (Klich 2013).

Wśród celów reform znajduje się zaś najczęściej:

- wyrównywanie dostępu różnych grup społecznych do usług zdrowotnych (*equity*),
- zwiększenie efektywności (*efficiency*),

- zwiększenie responsywności¹ (*responsiveness*), rozumianej jako zaspokajanie indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów (Preker, Harding 2003: Xi–Xii).

W reformowaniu narodowych systemów ochrony zdrowia ważnym polem działań jest reforma szpitali. Potrzeba reformowania szpitali publicznych wynika z szeroko w literaturze przedmiotu prezentowanych słabości szpitali publicznych, na które składają się:

- nieefektywność techniczna i alokacyjna,
- niska wydajność (*productivity*),
- brak odpowiednio szybkiej i właściwej reakcji na potrzeby (zmieniające się) pacjentów,
- niegospodarność,
- zdarzające się malwersacje finansowe i korupcja (Harding, Preker 2003).

Powyższą listę można rozbudowywać, dodając:

- szybki postęp technologiczny jeżeli chodzi o sprzęt medyczny i systemy informatyczne,
- rosnące oczekiwania pacjentów odnośnie do jakości usług, bezpieczeństwa, szybkiej reakcji na zmianę potrzeb oraz możliwość wyboru świadczeniodawcy,
- rosnącą presję na władzę publiczną w celu przeprowadzania zmian w sposobie zarządzania i kontroli szpitali publicznych (Saltman *et al.* 2011: 1).

Warto pamiętać, że konieczność reformowania szpitali publicznych występuje nawet tam, gdzie działają one w wysoce konkurencyjnym otoczeniu, na przykład w USA².

W oparciu o kilkudziesięcioletnie doświadczenia z projektami reform szpitali w różnych państwach, Bank Światowy określił cztery główne kierunki reformowania szpitali (Preker, Harding 2003):

- reformy technologiczne – celem tych zmian jest zwiększenie technologicznych możliwości szpitali przez inwestowanie w rentowne urządzenia medyczne i ich utrzymanie,
- reformy zarządzania – celem jest poszerzenie wiedzy eksperckiej z zakresu zarządzania wśród kierujących szpitalami,
- reformy opłacania świadczeń szpitalnych – to podejście zmierza do zmiany mechanizmów finansowania świadczeń szpitalnych tak, aby stworzyć finansowe zachęty dla szpitali w celu promowania efektywności i jakości,
- reformy organizacyjne – w tym podejściu podejmuje się działania zmieniające pięć elementów: kompetencje decyzyjne, prawa do dysponowania nadwyżką/obowiązek

¹ Termin ten, to niezbyt fortunny neologizm, ale (z konieczności) jest używany do określenia gotowości i zdolności świadczeniodawcy do szybkiego i właściwego (w sensie skuteczności podejmowanych decyzji) reagowania na sygnały płynące z otoczenia, w tym przede wszystkim na potrzeby i oczekiwania pacjentów.

² Szpitale publiczne stanowią w USA jedynie drobną część systemu. Według danych National Association of Public Hospitals & Health Systems, szpitale publiczne mają tylko 2% udział w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych w USA. Taki niski poziom można interpretować w kategoriach jeszcze większej presji konkurencyjnej, jaką dominujące szpitale prywatne wywierają na szpitale publiczne. Zob.: C. Luband, *Why Do Public Hospital Systems Restructure?*, National Association of Public Hospitals & Health Systems 2010, September 22.

pokrywania zobowiązań (*residual claimant*), zakres wykorzystywania regulacji rynkowych w działalności szpitali, zakresy odpowiedzialności i funkcje społeczne. Warto w tym miejscu przywołać cztery formy organizacyjne, jakie były wykorzystywane przy reformowaniu struktury szpitali publicznych:

- jednostki budżetowe (*budgetary units*), np. Albania,
- samodzielne publiczne zakłady (*autonomous public hospitals*), np. Kenia, Urugwaj, Indonezja i Tunezja,
- zakłady działające na wzór korporacji (*corporatized public hospitals*), np. Australia, Nowa Zelandia, Singapur, Wielka Brytania i Hongkong,
- sprywatyzowane szpitale publiczne (*privatized hospitals*), jako jedna z opcji w Malezji, Singapurze, Nowej Zelandii i Argentynie (Preker, Harding 2003).

Nawet tak ogólna prezentacja cech reform narodowych systemów ochrony zdrowia i szpitali uprawnia do stwierdzenia, że reformy polskiego systemu ochrony zdrowia podejmowane po 1998 r. pozostają w zgodzie z kierunkami zakreślonymi powyżej, a ostatnia inicjatywa rządu, wprowadzona zapisami ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³ i przewidująca przekształcanie zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w spółki kapitałowe, zbieżna jest z prywatyzowaniem szpitali publicznych⁴.

Jeżeli zatem dla przyjętych w Polsce kierunków restrukturyzacji szpitali publicznych znajduje się międzynarodowe odniesienia, to można zadać pytanie, czy również w odniesieniu do samego procesu przekształceń przyjęto w naszym kraju perspektywę wykorzystywaną na świecie powszechnie, to znaczy, czy wykorzystywane są tu dobre praktyki zarządzania i planowania strategicznego. Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba najpierw przedstawić samą procedurę przekształceń.

PROCEDURA PRZEKSZTAŁCEŃ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPÓŁKI KAPITAŁOWE

Procedurę przekształceń SPZOZ w spółki kapitałowe określa ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która stanowi, że „Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości” (art. 59, ust. 2). Ustawa wyraźnie wskazuje na fakultatywny charakter pokrywania ujemnego wyniku finansowego SPZOZ

³ Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

⁴ Taka jednoznaczna kwalifikacja może być pewnym uproszczeniem, z uwagi na to, że wśród udziałowców kluczową pozycję (i głos rozstrzygający) posiadać będą podmioty tworzące (w dawnej terminologii: organy założycielskie).

przez podmiot tworzący (właściciela), co pozostaje w logicznej zgodności z prawami właściciela. Jednak opcja ewentualnego niepokrycia ujemnego wyniku finansowego nie pozostawia już właścicielowi wyboru, gdyż ust. 4 art. 59 przywoływanej ustawy stanowi, że w takiej sytuacji „Podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2 wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”. Zatem decyzja o niepokryciu ujemnego wyniku finansowego zakładu inicjuje proces przekształcenia zadłużonego SPZOZO lub procedurę jego likwidacji.

Jeżeli chodzi o możliwe do wykorzystania w procesie przekształcenia formy organizacyjno-prawnej, to właściciel (podmiot tworzący) może:

- przekształcić SPZOZ w spółkę kapitałową (art. 70–82 ustawy),
- połączyć SPZOZ z innym (art. 66 i 67).

PRZEKSZTAŁCENIE SPZOZ W SPÓŁKĘ KAPITAŁOWĄ

Podmiot tworzący, niechcący/niemogący pokryć ujemnego wyniku finansowego podległego sobie SPZOZ (z uwzględnieniem amortyzacji) za rok obrotowy, ma obowiązek uruchomić procedurę przekształcenia tego zakładu (lub jego likwidacji). Kluczową kwestią jest tu przejmowanie zobowiązań zadłużonego SPZOZ. Ważną rolę pełni tu tzw. wskaźnik zadłużenia, definiowany jako relacja sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych SPZOZ, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe do sumy przychodów.

Art. 72 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi powyżej 0,5, to podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5. Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagane najdawniej, obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Zapis tego artykułu może skłaniać do postawienia kilku pytań, z których zasadnicze brzmi: co się stanie w sytuacji, kiedy podmiot tworzący nie będzie w stanie przejąć zobowiązań SPZOZ tak, aby wskaźnik zadłużenia nie był wyższy niż 0,5? Jakie skutki prawne taka sytuacja będzie powodować? Biorąc pod uwagę trudną sytuację finansową jednostek samorządu terytorialnego (podmiotów tworzących), często można mieć do czynienia z takim właśnie scenariuszem. Kolejnym ważnym pytaniem (z punktu widzenia strategii nowo utworzonej spółki) może być także pytanie o perspektywy ekonomiczne dla spółki, która inicjuje swój biznesowy byt ze stratą (w umownym, szerokim sensie).

Ustawa (mocą art. 73) daje możliwość tworzenia jednej spółki z kilku SPZOZ bez względu na to, czy podmiot tworzący jest jeden, czy też jest ich kilka. To ważny zapis, tworzący możliwość konsolidowania i łączenia zakładów opieki zdrowotnej. Możliwość taka musi być analizowana z perspektywy strategii dla całego województwa (poziom mezo-). Są podstawy

(doświadczenia z łączeniem SPZOZ w latach poprzednich), by twierdzić, że procesy konsolidacji świadczeniodawców będą następować z oporami i w niewielkiej skali. Podobną, choć nieco złagodzoną negatywną ocenę, można formułować w odniesieniu do perspektyw łączenia dwóch lub więcej SPZOZ.

Takie oceny kierują uwagę ku formule i jakości strategii tworzonych na poziomie województw. W oparciu o słabe przesłanki można ryzykować stwierdzenie, że jakość tych dokumentów w niektórych przypadkach budzi poważne zastrzeżenia. To z kolei uprawnia do sformułowania opinii o istotnym niedoborze dobrych praktyk zarządzania i planowania strategicznego na poziomie województw.

W konkluzji tej prezentacji procesu przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, można powtórzyć, że zapisy nowej ustawy nie tworzą nowej jakości w procesie przekształceń SPZOZ, a definiują jedynie w miarę czytelne (i niesprzeczne) procedury przekształceń, które w części mają charakter automatu (tzn. niepokrycie ujemnego wyniku finansowego SPZOZ uruchamia procedurę jego przekształcenia lub likwidacji). Zwraca uwagę brak umieszczenia tych procedur w szerszym kontekście. Te braki kontekstowe przedstawione zostaną poniżej w formie warunków brzegowych powodzenia procesu przekształceń SPZOZ w spółki kapitałowe.

WYBRANE WARUNKI KONIECZNE DO POZYTYWNEGO PROCESU PRZEKSZTAŁCANIA SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPÓŁKI KAPITAŁOWE

Można wskazać na cztery (umowne) kategorie problemów, które kładą z niepokojem spoglądać na spodziewane efekty planowanych przekształceń. Są to: model przekształceń, kwestie zasileniowe, infrastrukturalno-narzędziowe oraz organizacyjne.

Problem modelu przekształceń

Zapise w ustawie o działalności leczniczej rozwiązania dotyczą tylko jednej sfery (strona podażowa, czyli świadczeniodawcy) i nie są wpisane w szerszy, docelowy model reformy ochrony zdrowia. Rodzi się więc pytanie, czy taki docelowy model został stworzony, co kieruje w stronę kluczowych z punktu widzenia zarządzania strategicznego takich zagadnień, jak wizja reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, cele strategiczne i plan strategiczny. Są przesłanki, by twierdzić, że taki model nie został jeszcze wypracowany, a jeżeli istnieje, to nie jest powszechnie dostępny.

Istotną luką systemową jest ciągle brak propozycji rozwiązania istotnej dysfunkcji polskiego systemu ochrony zdrowia, polegającej na głębokiej asymetrii wpływów: dominującego wpływu płatnika (NFZ) i nikomego wpływu świadczeniodawców (podmiotów leczniczych). Jak pokazują doświadczenia innych państw reformujących swoje systemy ochrony

zdrowia, wprowadzanie mechanizmów konkurencji powinno być realizowane z zachowaniem – *mutatis mutandis* – zasady symetrii. Jeżeli zatem planowane do utworzenia spółki kapitałowe (strona podaźowa, świadczeniodawcy, podmioty lecznicze) mają ze sobą konkurować o środki publiczne (bo to one stanowią w Polsce *gros* środków na opiekę zdrowotną), to takiej konkurencji wśród świadczeniodawców winna towarzyszyć konkurencja (można tu rozważać stopień jej zakresu i intensywności) po stronie płatników (strona popytowa, źródła zasilania). Utrzymywanie sytuacji monopsonu (po stronie popytu) i dosyć intensywnej konkurencji (po stronie podaży) w przypadku świadczeń zdrowotnych jest rozwiązaniem modelowo błędnym, prowadzącym do strukturalnego zaburzenia równowagi i wadliwego rozkładania zakresu faktycznej odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Dalsze intensyfikowanie konkurencji po stronie podaży świadczeń zdrowotnych (to jedna z przyszłych konsekwencji przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe) jest tylko petryfikowaniem, czy – w niektórych sytuacjach – wzmacnianiem takiej nierównowagi.

Trzeba jednak zaznaczyć, że wprowadzanie konkurencji między płatnikami, choć modelowo słuszne, samo w sobie nie rozwiązuje następnej istotnej dysfunkcji polskiego systemu ochrony zdrowia, jaką jest limitowany strumień zasilenia kapitałowych.

Problemy zasilania systemu

W odniesieniu do strumienia zasilenia finansowych brak rozwiązań dotyczących tak samego procesu przekształceń, jak i funkcjonowania systemu po zmianie, w naszym przypadku – po przekształceniu SPZOZ w spółki kapitałowe.

Obowiązujące regulacje prawne nie rozwiązują problemu zapewnienia środków (finansów) na dokonywanie przekształceń⁵. Poprzednia ustawa regulująca kwestie przekształceń SPZOZ (ustawa z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁶) dawała dostęp do kredytów i dotacji na częściowe sfinansowanie tego procesu. Również tzw. plan B przewidywał dostęp do środków na częściowe sfinansowanie przekształceń. Brak jest również kluczowych rozwiązań odnośnie do zasilania systemu po przekształceniu SPZOZ w spółki kapitałowe.

Sposób obliczania i ściągania składki na ubezpieczenie zdrowotne w sytuacji spowolnienia gospodarczego, a nade wszystko obecnej sytuacji na rynku pracy (wysoki poziom rejestrowanego bezrobocia, niska stopa zatrudnienia itp.) budzi poważne obawy co do perspektyw zwiększania ilości środków publicznych na finansowanie świadczeń zdrowotnych w krótkim okresie czasu. Te obawy potęgują się przy uwzględnieniu perspektywy wieloletniej

⁵ Przez sfinansowanie procesu przekształceń należy rozumieć przede wszystkim przejmowanie części zobowiązań SPZOZ do wysokości wskaźnika zadłużenia nie większego niż 0,5 oraz finansowanie samego procesu przekształceń, w tym na przykład finansowanie wyceny nieruchomości SPZOZ przez rzeczoznawcę majątkowego, dodatkowe usługi prawnicze itp.

⁶ Dz.U. z 2005 r. Nr 78, poz. 684, z późn. zm.

(niekorzystne zmiany demograficzne, spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym, wydłużanie się średniej długości życia, a w związku z tym zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób w wieku senioralnym z jednej, i zmniejszanie się wpływów ze składek pochodzących od osób zatrudnionych z drugiej strony itp.). Zatem skoro perspektywy istotnego zwiększenia istniejącego strumienia zasileń finansowych są co najmniej umiarkowane, wydaje się absolutnie konieczne rozważenie możliwości uruchomienia innych, dodatkowych źródeł zasileń finansowych systemu ochrony zdrowia. Mogą nimi być, na przykład, dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne (co jest szeroko praktykowane w innych państwach).

Kwestia dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych musi być uwzględniona w docelowym modelu reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia, a brak uregulowania tej kwestii obecnie⁷ może być interpretowany w kategoriach odchodzenia od szerokiego (i całościowego) spojrzenia na projektowane zmiany SPOZ.

Problemy infrastrukturalno-narzędziowe

Doświadczenia innych państw pokazują, że reforma ochrony zdrowia musi dokonywać się w warunkach, które gwarantują pozyskiwanie, przetwarzanie oraz sprawną dystrybucję odpowiednich i właściwie przetworzonych informacji (przede wszystkim finansowo-kosztowych i medycznych). To z kolei oznacza, że bez powszechnego (w znaczeniu obejmującym wszystkie podmioty w systemie ochrony zdrowia oraz wszystkich ubezpieczonych), kompletnego (tj. obejmującego tak sferę finansową, jak i medyczną działania podmiotów prowadzących działalność leczniczą), stabilnego (w znaczeniu niezawodnego) systemu informatycznego nie można oczekiwać pomyślnych rezultatów reformowania systemu ochrony zdrowia, bez względu na to, w którym obszarze jego działania takie zmiany byłyby wprowadzane.

Na osobne omówienie zasługuje niedostatek odpowiednich narzędzi potrzebnych do przeprowadzenia procesu przekształceń. Uwagi w tym zakresie ograniczone zostaną do sfery prawnej regulacji oraz narzędzi zarządzania.

Znamienne jest, że w odróżnieniu od reform sektora ochrony zdrowia w Polsce w latach ubiegłych, obecnie rezygnuje się z obowiązku przygotowywania planu strategicznego zakładu podlegającego przekształceniu⁸. Warto przypomnieć, że zarówno w procesie przekształcania zakładów opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (precyzyj-

⁷ Warto odnotować, że w lecie 2012 r. pojawiła się w prasie jednoznaczna deklaracja polityczna (nowy wiceminister zdrowia) o potrzebie wprowadzenia dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Zob.: J. Michalak, B. Leśniewski, *Sprawa polityczna*, „Menedżer Zdrowia” 2012, nr 7–8, s. 8–10. Epizod ten może być również przyczynkiem do dyskusji na temat dynamiki otoczenia, w jakim funkcjonują SPZOZ.

⁸ Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Skarbu Państwa z 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową oraz wykazu dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia (Dz.U. z 2012 r., poz. 26) nie wymienia planu strategicznego.

niej: w procesie zawierania przez zakład umowy z dysponentem środków publicznych), jak i w procesie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2000–2001 (programy restrukturyzacji w ochronie zdrowia), istniała zapisana w regulacjach prawnych konieczność tworzenia planów strategicznych.

W pierwszym przypadku zakład był obowiązany przedłożyć dysponentowi środków publicznych strategiczny plan rozwoju zakładu, a układ takiego planu strategicznego był zdefiniowany w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia⁹, a w drugim konstruowane wówczas Regionalne Programy Restrukturyzacji posiadały wszystkie najważniejsze cechy planów strategicznych (Klich 2007). W tym znaczeniu poprzednie programy restrukturyzacji uwzględniały (choć w części) strategiczny wymiar procesu przekształceń.

O ile powyżej wzmiankowany powyżej brak ma charakter subiektywny (pominięcie w procesie legislacyjnym), o tyle niedostatki narzędzi zarządzania mogą być traktowane jako obiektywne ograniczenie.

Zarządzanie strategiczne dysponuje znacznym (i wciąż rozbudowywanym) zestawem narzędzi do planowania zmiany organizacyjnej, budowania strategii i funkcjonowania organizacji w burzliwym otoczeniu, ale trzeba pamiętać, że tworzone one były na potrzeby sektorów działających dla zysku i w swojej konstrukcji oddają charakter tychże sektorów. Biorąc pod uwagę cechy specyficzne sektora ochrony zdrowia (a już sektora ochrony zdrowia w Polsce w szczególności) z jednej oraz brak narzędzi do zarządzania strategicznego wypracowywanych specjalnie dla sektora ochrony zdrowia z drugiej strony, menedżerowie kierujący zakładami opieki zdrowotnej konfrontowani są z koniecznością używania narzędzi wykorzystywanych w sektorach tradycyjnych¹⁰. To z kolei może prowadzić do błędnych rezultatów i ocen, a czasami wręcz do intelektualnych nieporozumień¹¹.

Problemy organizacyjne

Obecnie brak jest rozwiązań, które tworzyłyby system merytorycznego wsparcia dla agentów zmiany, mających przekształcać samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Takie merytoryczne wsparcie może przybierać postać doradztwa przy opracowywaniu koncepcji

⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 18 maja 1995 r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (MP z 1995 r. Nr 29, poz. 341).

¹⁰ Przykładem książki przedstawiającej w sposób konsekwentny (tj. z odwoływaniem się tylko do przykładów z sektora ochrony zdrowia) klasyczne narzędzia zarządzania strategicznego do analiz sektora ochrony zdrowia, może być pozycja: L. E. Swayne, W. J. Duncan, P. M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Warszawa 2012.

¹¹ Przykładem takiego nieporozumienia było zastosowanie przez pewną firmę konsultingową wskaźnika Altmana do oceny kondycji finansowej jednego ze szpitali wojewódzkich (na dodatek był to wzór wyliczania wskaźnika z lat 70. XX w., co w kontekście poprawek wprowadzanych przez Altmana do wzoru wyliczania wskaźnika w latach 80., czyniło wykorzystanie starego wzoru dodatkowo zabawnym).

przekształceń SPZOZ (w tym szczególnie łączenia zakładów opieki zdrowotnej), wydawnictw przedstawiających sprawdzone narzędzia do przeprowadzenia zmiany organizacyjnej, dobre praktyki menedżerskie możliwe do zastosowania w procesie wprowadzania zmiany lub dobrze skrojonych szkoleń dla agentów takiej zmiany. Brak takich opracowań i szkoleń może dziwić, ponieważ podejmowane na wcześniejszych etapach reformy systemu ochrony zdrowia działania (np. w latach 2000–2002) przewidywały (i oferowały) pewne formy pomocy (np. działania Regionalnych Grup Wsparcia). Ministerstwo Zdrowia współorganizowało też system szkoleń dla kierowników przekształcanych zakładów opieki zdrowotnej, a na stronach internetowych resortu zdrowia zamieszczano użyteczne informacje. Niestety, obecnie nie prowadzi się szkoleń, które przybliżyłyby konieczne do zastosowania w procesie przekształcania SPZOZ procedury, narzędzia i metody. Wydaje się, że Ministerstwo Zdrowia powinno – wzorem lat poprzednich – przejąć funkcję lidera i organizatora takich przedsięwzięć¹².

Można zatem konkludować, że istniejące procedury przekształceń nie zostały połączone z innymi działaniami, które w istotnym zakresie mogą wpłynąć na sukces (lub porażkę) planowanych przekształceń. Dostrzegany jest brak szerszej, strategicznej perspektywy dla przekształceń SPOZ w spółki kapitałowe.

W takiej sytuacji można zakończyć ten rozdział kilkoma wskazaniem kierowanymi do agentów zmiany, polegającej na przekształceniu zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów w spółki kapitałowe.

PROPONOWANA PERSPEKTYWA

W świetle podnoszonych powyżej ograniczeń i braków można – opierając się na dobrych praktykach zarządczych – sformułować kilka wskazań dla osób odpowiedzialnych za planowanie i przeprowadzanie procesu przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe (czyli agentów zmiany).

Po pierwsze, trzeba postulować przyjęcie i wykorzystywanie szerokiej perspektywy dla przeprowadzanej zmiany. Oznacza to m.in., że proces przekształcania SPZOZ nie może być traktowany jako cel sam w sobie. Charakter tej zmiany (jest to zmiana wymuszona) czyni jej wprowadzenie relatywnie łatwiejsze niż w przypadku zmian planowanych i wprowadzanych przez samych agentów zmiany. Oznacza to również, że agenci zmiany na własne potrzeby winni budować plany strategiczne dla kierowanych przez siebie jednostek (w oparciu o solidną analizę strategiczną zakładu) i starać się umieszczać te plany w szerszych ramach, to jest brać pod uwagę założenia i kierunki zapisane w planach wojewódzkich. Nie ma również

¹² Informacje na temat przekształceń dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia są fragmentaryczne i mało użyteczne. W zakładce: *Restrukturyzacja i przekształcenia*, można co najwyżej zapoznać się z: *Informacją na temat realizacji programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” w latach 2009–2011*.

przeciwwskazań, aby część planowanych aktywności zakładu/spółki umieszczać na poziomie ponadregionalnym, narodowym czy wręcz globalnym. Tu przydatne być może analizowanie kierunków i intensywności turystyki medycznej (Klich 2008) po to, aby rozważyć możliwość oferowania usług dla pacjentów z innych państw.

Po drugie, plan strategiczny musi obejmować zarówno proces przekształcenia SPOZ w spółkę kapitałową, jak i (a może przede wszystkim) plany wobec tworzonej spółki. Są podstawy by twierdzić, że prawdziwe wyzwania pojawią się w momencie utworzenia spółki. Może się okazać, że problemy na etapie tworzenia spółki są niewspółmierne do problemów, które przed spółką się pojawiają.

Po trzecie, jednym z najpierwszych wyzwań, przed jakimi stanie nowo utworzona spółka będzie konieczność przeprowadzenia głębokiej restrukturyzacji. Nie ma zatem żadnych przeciwwskazań, by plan strategiczny przygotowywany dla przekształcanego SPZOZ zawierał cele i zakresy restrukturyzacji zakładu/spółki.

Po czwarte, restrukturyzacja powinna dotyczyć czterech pól/obszarów (Nalepka 1999):

- zakresu działania spółki,
- finansów spółki,
- zatrudnienia,
- struktury organizacyjnej spółki¹³.

Po piąte – realizując konsekwentnie wskazania z punktu pierwszego powyżej – agenci zmiany winni założyć, że wobec rosnącej złożoności i niestabilności otoczenia zakładów opieki zdrowotnej/spółek prowadzących działalność leczniczą, zdolność do projektowania i wprowadzania zmian w organizacji będzie jednym z ważniejszych wyróżników organizacji i zyskującym stale na znaczeniu kluczowym czynnikiem sukcesu. To z kolei stawia przed nimi zadanie budowania nowoczesnej organizacji, zdolnej i skłonnej do projektowania i wdrażania zmian¹⁴.

Po szóste, nowoczesna, skuteczna organizacja, powinna:

- szybko pozyskiwać i sprawnie przetwarzać informacje,
- posiadać umiejętność uczenia się – modyfikowania zachowań, odpowiednio do pozyskiwanych informacji,
- tworzyć i rozpowszechniać nową wiedzę,

¹³ Klasyfikacja powyższa nie spełnia warunku rozłączności, a wyróżnione obszary wzajemnie się warunkują, na przykład zmiany w zakresie działania spółki skutkować mogą zmianami w strukturze organizacyjnej i w zatrudnieniu. Słabość ta nie dyskwalifikuje jednak proponowanej klasyfikacji i może być ona użyteczna w przedstawieniu w uporządkowany sposób zagadnień restrukturyzacji spółek.

¹⁴ Otoczenie polskiego systemu ochrony zdrowia jest wysoce turbulentne. Tytułem przykładu można tu przywołać publiczną debatę zorganizowaną przez Prawo i Sprawiedliwość na temat przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce, podczas której proponowano powrót do sytuacji sprzed 1999 r. Zob. wypowiedź J. Kaczyńskiego [w:] M. Wąlaszczyk, *JEST alternatywa. Rozmowa z Jarosławem Kaczyńskim*, „Nasz Dziennik”, 1 września 2012; bądź zapowiedź decentralizacji NFZ: D. Sikora, G. Osiecki, *Nadciąga rewolucja. Likwidacja NFZ przesądzona*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 4 września 2012.

- potrafić podważać (rewidować) własne działania i przyjęte wcześniej założenia (Nesterowicz 2001: 64).

Po siódme, w procesie tworzenia takiej organizacji jednym z istotnych wyzwań będzie zmiana (czy dopiero budowanie) kultury organizacyjnej spółki w taki sposób, aby kultura organizacyjna umożliwiała i służyła budowaniu uczącej się organizacji.

PODSUMOWANIE

Rozdział pokazuje, że proces reformowania systemów ochrony zdrowia ma charakter powszechny i trwały, a kierunek reform podejmowanych w Polsce zbieżny jest z trendami obserwowanymi w świecie. Przyjęte rozwiązania w zakresie przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe wykazują jednak istotne braki w zakresie wykorzystywania dobrych praktyk zarządzania i planowania strategicznego, co wyraża się m.in. brakiem docelowego modelu planowanych przekształceń, nierozwiązaniem kwestii dodatkowych zasileń finansowych na przeprowadzenie procesu przekształceń, brakiem w infrastrukturze i możliwościach do wykorzystania narzędzi zarządczych oraz nieprofesjonalną organizacją procesu ze strony resortu zdrowia. Formułowane pod koniec rozdziału wskazania dla agentów zmiany zachęcają do przyjęcia szerokiej, strategicznej perspektywy tak, aby (choćby częściowo) osłabić wskazywane w tekście braki i tworzyć mocne podstawy do rozwoju spółek w przyszłości.

BIBLIOGRAFIA

- Akinci F., Mollahaliloğlu S., Gürsöz H., Ögücü F., *Assessment of the Turkish Health Care System Reforms: A Stakeholder Analysis*, „Health Policy” 2012, Vol. 107 (1).
- Christiansen T., *Ten Years of Structural Reforms in Danish Healthcare*, „Health Policy” 2012, Vol. 106 (2).
- Gauld R., *New Zealand's Post-2008 Health System Reforms: Toward Re-centralization of Organizational Arrangements*, „Health Policy” 2012, Vol. 106 (2).
- Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy*, red. R.B. Saltman, A. Durán A., H.F.W. Dubois, The European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies, Series No. 25, WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2011.
- Harding A., Preker A.S., *A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals*, [w:] *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, red. A.S. Preker, A. Harding, Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank 2003.
- Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, red. A.S. Preker, A. Harding, Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank 2003.
- Klich J., *Globalizacja usług zdrowotnych*, „Gospodarka Narodowa” 2008, nr 4.

- Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Kraków 2007.
- Klich J., *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wolters Kluwer business, [w druku].
- Light D.W., *Historical and Comparative Reflections on the U.S. National Health Insurance Reforms*, „Social Science & Medicine” 2011, Vol. 72 (2).
- Luband C., *Why Do Public Hospital Systems Restructure?*, National Association of Public Hospitals & Health Systems, September 22, 2010.
- McKee M., Basu S., Stuckler D., *Health Systems, Health and Wealth: The Argument for Investment Applies Now More than Ever*, „Social Science & Medicine” 2012, Vol. 74 (5).
- Michalak J., Leśniewski B., *Sprawa polityczna*, „Menedżer Zdrowia” 2012, nr 7–8.
- Nalepka A., *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, Warszawa–Kraków 1999.
- Nesterowicz P., *Organizacja na krawędzi chaosu. Konkurencja w warunkach ciągłej zmiany i niepewności*, Kraków 2001.
- Ozegowski S., Sundmacher L., *Ensuring Access to Health Care – Germany Reforms Supply Structures to Tackle Inequalities*, „Health Policy” 2012, Vol. 106 (2).
- Rutten F., Lapré R., Antonius R., Dokoui S., Haq E., Roberts R., Mills A., *Financing of Health Care in Four Caribbean Territories: a Comparison with Reforms in Europe*, „Health Policy” 2002, Vol. 62 (1).
- Sikora D., Osiecki G., *Nadciąga rewolucja. Likwidacja NFZ przesądzona*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 4 września 2012.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Warszawa 2012.
- Voncina L., Dzakula A., Mastilica M., *Health Care Funding Reforms in Croatia: A Case of Mistaken Priorities*, „Health Policy” 2007, Vol. 80 (1).
- Wąlaszczyk M., *Jest alternatywa. Rozmowa z Jarosławem Kaczyńskim*, „Nasz Dziennik”, 1 września 2012.

Akty prawne

- Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 18 maja 1995 r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (MP z 1995 r. Nr 29, poz. 341).
- Ustawa z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 78, poz. 684, z późn. zm.).
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).
- Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową oraz wykazu dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia (Dz.U. z 2012 r, poz. 26).

konsultant i szkoleniowiec w sektorze ochrony zdrowia z zakresu organizacji, ekonomiki zdrowia, statystyki i systemów informacyjnych dla m.in. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Komisji Europejskiej, Europejskiego Banku Inwestycyjnego, Banku Światowego, Georgetown University i Sheffield University; konsultant Jaspers – komórki konsultingowej EIB, współpracującej z Komisją Europejską i Europejskim Bankiem Odbudowy i Rozwoju (EBOiR)

ZARZĄDZANIE I WYCENA WARTOŚCI SPÓŁEK MEDYCZNYCH¹

STRESZCZENIE: Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, forma prawna działalności w ochronie zdrowia wprowadzona w Polsce na początku lat 90. XX w., stopniowo odchodzą do przeszłości. W ich miejsce powstają spółki oparte na kodeksie handlowym, wprowadzające uniwersalne dla całej gospodarki reguły zarządzania korporacyjnego. Placówki prywatne działają w tej formie od wielu lat. Jedną z konsekwencji działania w formie spółki prawa handlowego jest wycena spółki, wykonywana w okolicznościach związanych z przejmowaniem udziałów, połączeniami spółek czy realizacją dużych projektów kapitałowych. Znajomość podstaw wyceny spółek, a także bieżącego działania na rzecz powiększenia ich wartości powinno być jedną z kompetencji zarządów tych podmiotów.

ABSTRACT: Autonomous health care units, legal form introduced to Polish health care system at the beginning of 1990-ties, gradually passes over. In their place companies based on Commercial code enter, applying rules of corporate governance universal for entire economy. Private entities work in this legal form for many years. One of the consequences of operating in a form of commercial code company is valuation of company, undertaken when shares taken over, companies are merged or big capital investments planned. Awareness of basics of companies' valuation and current actions enlarging values of companies should be one of key competences of their executives.

CEL I NATURA WYCENY SPÓŁEK MEDYCZNYCH

Spółki medyczne to szeroka kategoria spółek, zdefiniowana na potrzeby niniejszego opracowania, jako spółki działające na rynku usług medycznych, finansowane ze środków publicznych i prywatnych. Na rynkach finansowych i rynkach akcji do kategorii spółek medycznych zalicza się zwykle także spółki produkujące i handlujące lekami, a także sprzętem medycznym. W poniższych rozważaniach, tej kategorii spółek jednak nie ujęto.

¹ Artykuł jest fragmentem przygotowywanej do druku publikacji Adama Kozierkiewicza i Macieja Starmirskiego, *Zarządzanie wartością oraz wycena spółki medycznej*.

Spółki medyczne, w szczególności spółki działające na rynku polskim, mają zatem następujące cechy:

- są założone w celu świadczenia usług medycznych, w części jako spółki powstałe z przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- wykonują usługi medyczne, co oznacza konieczność uzyskiwania odpowiednich uprawnień przez wpis do odpowiedniego rejestru wojewody (rejestr podmiotów leczniczych),
- przychody tych spółek mogą pochodzić ze środków publicznych, Narodowego Funduszu Zdrowia, samorządów, środków prywatnych, osób fizycznych oraz przedsiębiorstw lub z obu tych źródeł w różnych proporcjach,
- mogą być tworzone przez osoby fizyczne, inne spółki, organizacje pozarządowe, a także organy administracji publicznej,
- część z nich powoływanych jest dla prowadzenia określonej działalności, bez intencji generowania zysku i pożytków z niego dla właścicieli (dywidendy, wzrostu wartości w celu późniejszej sprzedaży udziałów),
- kadra menedżerska takich spółek co najmniej w części rekrutuje się z osób mających wykształcenie medyczne i wykonujących zawody medyczne.

Spółki medyczne, podobnie jak te działające w innych sektorach gospodarki, w niektórych okolicznościach wymagają wyceny. Te okoliczności, to zgodnie ze stanowiskiem Polskiej Federacji Stowarzyszeń Rzeczoznawców Majątkowych (PFSRM), związane są z procesami:

- *kupna lub sprzedaży,*
- *postępowania układowego, upadłościowego lub likwidacji,*
- *łączenia lub podziału przedsiębiorstw,*
- *podwyższania kapitału lub umarzania akcji i udziałów,*
- *określanie wartości aktywów posiadanych przez fundusze,*
- *postępowań cywilnoprawnych,*
- *podatkowymi,*
- *sprawozdawczości finansowej,*
- *weryfikacji zdolności kredytowej i zabezpieczenia kredytu,*
- *ubezpieczenia,*
- *odszkodowania,*
- *kontroli wartości kapitału zaangażowanego przez właściciela w przedsiębiorstwo.*

Większość wymienionych celów może znaleźć zastosowanie w odniesieniu do spółek medycznych, przy czym te zaznaczane kursywą wydają się szczególnie istotne. Nota informacyjna nr 5 PFSRM, *Ogólne zasady wyceny przedsiębiorstw*, wylicza kilka funkcji, które pełnią wyceny wszystkich rodzajów przedsiębiorstw:

- *doradczą (decyzyjną):* dostarczenie niezbędnych informacji w związku z zamierzonymi transakcjami kapitałowymi oraz innymi decyzjami zarządczymi;
- *argumentacyjną:* dostarczenie informacji o przedsiębiorstwie i jego wartości, które mogą wzmacniać siłę przetargową jednej ze stron w prowadzonych negocjacjach;

- mediacyjną: dostarczenie niezbędnych informacji dotyczących wartości przedsiębiorstwa w przypadku transakcji kapitałowych, w których opinie stron na temat wartości są rozbieżne;
- zabezpieczającą: dostarczenie informacji dotyczących wartości przedsiębiorstwa w celu zabezpieczenia się przed negatywnymi skutkami sporów na tle wartości;
- informacyjną: dostarczenie uzyskanych w procesie wyceny informacji dla potrzeb zarządzania przedsiębiorstwem.

Wycena spółki medycznej na określonym etapie jej rozwoju jest więc czynnością niezbędną i nieuniknioną. Przygotowanie się do tego przez zarząd spółki stanowi zatem kluczowy element zarządzania takim podmiotem. Z tego powodu zarząd spółki medycznej powinien przyjąć planową strategię budowy wartości przedsiębiorstwa, zawartą w koncepcji zarządzania wartością przedsiębiorstwa (*Value Based Management*).

Wyjątkową okolicznością ostatnich lat, zwiększającą wagę wyceny spółek medycznych, jest przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Proces ten, trwający od wielu lat (Kozierkiewicz *et al.* 2008), uległ przyspieszeniu w wyniku uchwalenia przez Sejm ustawy o działalności leczniczej, która szczególnie zaznaczy swoje działanie w roku 2013. Zgodnie z ustawą, wycena, prócz ewentualnej wyceny nieruchomości i ruchomości wnoszonych aportem do spółki, nie jest konieczna w tym procesie, ale można się spodziewać, że w pewnej części przekształcenie to będzie powiązane ze zbyciem udziałów w nowopowstałej spółce na rzecz pracowników lub inwestorów. W takiej sytuacji wycena jest już konieczna i z dużym prawdopodobieństwem będzie powodować duże zainteresowanie lub wręcz kontrowersje. Ze względu na dynamikę procesów przekształceniowych do wyceny należy podejść w sposób systematyczny i strategiczny. Dokonywanie bowiem wyceny pośpiesznie, w sytuacji przymusowej, z góry skazuje zbywającego udziały na niskich cen. A wydaje się, że w większości przypadków to jednak nie jest celem zbywającego.

POJĘCIE WARTOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA

Zgodnie z definicjami PFSRM, wyróżnia się następujące kategorie wartości przedsiębiorstw:

Godziwa wartość rynkowa (ang. *Fair Market Value*) – to wyrażona w pieniądzu lub odpowiednim ekwiwalencie wartość przedmiotu wyceny, przy szacowaniu której zakłada się, że w transakcji biorą udział typowy hipotetyczny kupujący i typowy hipotetyczny sprzedający, zainteresowani przeprowadzeniem transakcji i nie działający pod przymusem (nakazem). Przyjmuje się, że wyceniający wartość ma odpowiedni zasób informacji na temat stron transakcji oraz kupujący i sprzedający posiadają odpowiedni zasób wiedzy na temat przedmiotu wyceny. Wartość wyznaczona w oparciu o kategorię godziwej wartości rynkowej jest akceptowana przez kupującego i sprzedającego. Opisane warunki transakcji są bardzo zbliżone do wymogów definicyjnych Wartości Rynkowej stosowanej w Międzynarodowych Standardach Wyceny.

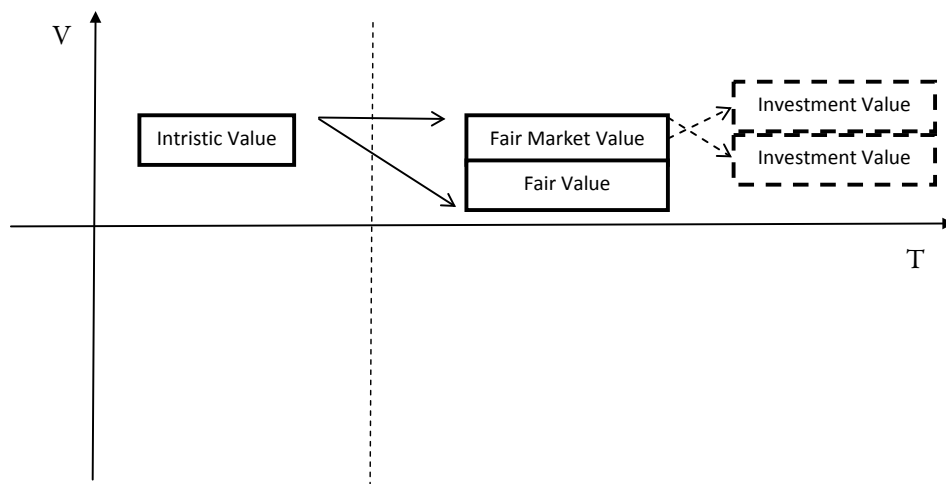
Wartość sprawiedliwa (ang. *Fair Value*) – to wyrażona w pieniądzu lub odpowiednim ekwiwalencie wartość przedmiotu wyceny, przy szacowaniu której zakłada się, że w transakcji biorą udział konkretny, niekoniecznie zainteresowany przeprowadzeniem transakcji kupujący oraz konkretny, niezainteresowany przeprowadzeniem transakcji sprzedający. Kupujący lub sprzedający muszą działać pod przymusem (nakazem). Wyznaczona wartość powinna być sprawiedliwa z punktu widzenia sprzedającego z uwzględnieniem faktu, że nie ma on możliwości utrzymania (zatrzymania) przedmiotu wyceny. Powyższa definicja nie jest tożsama z definicją wartości godziwej (ang. *Fair Value*) zawartą w Międzynarodowych Standardach Rachunkowości.

Wartość inwestycyjna (ang. *Investment Value*) – to wyrażona w pieniądzu lub odpowiednim ekwiwalencie wartość przedmiotu wyceny dla konkretnego inwestora (właściciela), przy szacowaniu której uwzględnia się jego indywidualne wymagania i oczekiwania odnośnie do przedmiotu wyceny. Godziwa wartość rynkowa w odróżnieniu od wartości inwestycyjnej jest odpersonifikowana i bezstronna.

Wartość wewnętrzną (ang. *Intrinsic Value*) – to wyrażona w pieniądzu lub odpowiednim ekwiwalencie wartość przedmiotu wyceny, która nie jest oszacowana w związku z konkretną transakcją, nie bierze pod uwagę, kim jest zlecniodawca i odbiorca wyceny, a opiera się na wszystkich informacjach na temat przedmiotu wyceny oraz czynnikach zewnętrznych mających wpływ na jego obecną i przyszłą sytuację ekonomicznofinansową.

Wzajemne relacje tych pojęć graficznie przedstawia poniższy wykres czasu i wartości.

Schemat 1. Relacje kategorii wartości firmy zgodnie z definicjami PFSRM



Źródło: opracowanie własne.

Wartość wewnętrzna jest najbardziej pierwotna, generyczna i tym samym „obiektywna”, ponieważ abstrahuje od preferencji jakiegokolwiek uczestnika rynku (tu: uczestnika rynku transakcji walorami przedsiębiorstw). Wartość ta, zakładając warunki rynku doskonałej konkurencji, powinna być zbliżona do godziwej wartości rynkowej, według której, dwaj nieprzymuszeni okolicznościami i w pełni poinformowani uczestnicy rynku, jednocześnie będący podmiotami obojętnymi (neutralnymi) (*indifferent*) wobec przedmiotu transakcji, dokonują tejże. Przejście od wartości wewnętrznej do godziwej wartości rynkowej oznacza wprowadzenie walorów przedsiębiorstwa na rynek, co na rysunku zobrazowane jest przerywaną pionową linią.

Wartość sprawiedliwa, zgodnie z definicją PFSRM, będzie zapewne niższa niż godziwa wartość rynkowa, ponieważ transakcja jest wymuszona, przy czym przymus zakupu wydaje się słabszy niż przymus sprzedaży i trudno byłoby oczekiwać, że wartość sprawiedliwa będzie wyższa niż wartość wewnętrzna. Jest natomiast prawdopodobne, że będzie ona niższa niż wartość wewnętrzna. Ostatnie z wymienionych pojęć, wartość inwestycyjna, prócz podstawy w postaci wartości wewnętrznej (lub transponowanej na godziwą wartość rynkową), bierze pod uwagę preferencje sprzedającego i kupującego. W tej sytuacji można założyć, że godziwa wartość rynkowa jest punktem wyjścia, od którego może następować odchylenie w górę, gdy przedmiot potencjalnej transakcji (przedsiębiorstwo lub jego część) wnosi wartość dodaną do zestawu aktywów posiadanych przez daną stronę transakcji, lub w dół, jeśli powoduje spadek (wnosi wartość „odjętą”) wartości do tych aktywów. Wyrazem tych preferencji jest modyfikacja wyceny wartości o dyskonta lub premie, zależne od wzajemnego oddziaływania walorów danego przedsiębiorstwa oraz aktywów pozostających pod kontrolą stron transakcji.

ZARZĄDZANIE WARTOŚCIĄ PRZEDSIĘBIORSTWA (VBM)

Koncepcja zarządzania wartością firmy (*value based management*, VBM) zakłada, że nadrzędnym celem działania przedsiębiorstwa jest podnoszenie jego wartości dla właścicieli (Rappaport 2000). W kontekście rozważanych tu spółek medycznych, podnoszenie wartości przedsiębiorstwa, poza korzyścią z ewentualnego zbycia udziałów, powinno być traktowane jako narzędzie rozwoju spółki. W przypadku spółek nienastawionych na zysk, waga wartości takiej spółki może ujawnić się dla właściciela (np. organu administracji publicznej) w następujących sytuacjach:

- wymuszonej przez sytuację finansową, sprzedaż udziałów – prywatyzację,
- negocjacjach bankami i innymi stronami finansującymi przedsięwzięcia spółki,
- sporządzaniu bilansów organów administracji publicznej.

Wartość przedsiębiorstwa określana jest dla danego momentu w czasie. W większości przypadków jednak w wycenie tej uwzględnia się korzyści z działalności przedsiębiorstwa w przyszłości, a nie tylko aktualny stan aktywów. Wartość spółki można w szczególności

rozpatrywać uwzględniając planowane przedsięwzięcia podnoszące jej wartość; przedsięwzięcia inwestycyjne, restrukturyzacyjne lub inaczej zdefiniowane przedsięwzięcia rozwojowe. Wtedy, jak pisze Rogowski (Rogowski 2011), wartość taka (V_{FI}) składa z wartości obecnej (V_F), w scenariuszu *business as usual* (BaU), oraz wartości projektu rozwojowego (inwestycyjnego, restrukturyzacyjnego) (V_I).

$$V_{FI} = V_F + V_I$$

gdzie:

V_{FI} – wartość spółki po przeprowadzeniu procesu (projektu) rozwojowego,

V_F – wartość spółki w scenariuszu bez projektu rozwojowego,

V_I – wartość projektu rozwojowego (inwestycyjnego, restrukturyzacyjnego).

W przypadku spółek nienastawionych na zysk, w szczególności przynoszących straty, jako alternatywa projektu rozwojowego może zostać uznany projekt restrukturyzacyjny, który „przeorientowuje” spółkę ze spółki specjalnego przeznaczenia (definiowanego, na przykład, jako „spółki dostarczającej usług o charakterze publicznym dla lokalnej społeczności”) na spółkę mającą przysparzać korzyści właścicielowi.

Logika decyzji menedżerskich uzasadniających podejście VBM została przedstawiona na rysunku 2. Analizując możliwe scenariusze w perspektywie 3- lub 5-letniej, przedsiębiorstwa zwykle mają możliwość kontynuowania działalności z zastosowaniem obecnego modelu biznesowego oraz obecnych zasobów, mają możliwość rozwoju przez różnego rodzaju inwestycje, a także niekorzystną możliwość zaprzestania działalności i likwidacji.

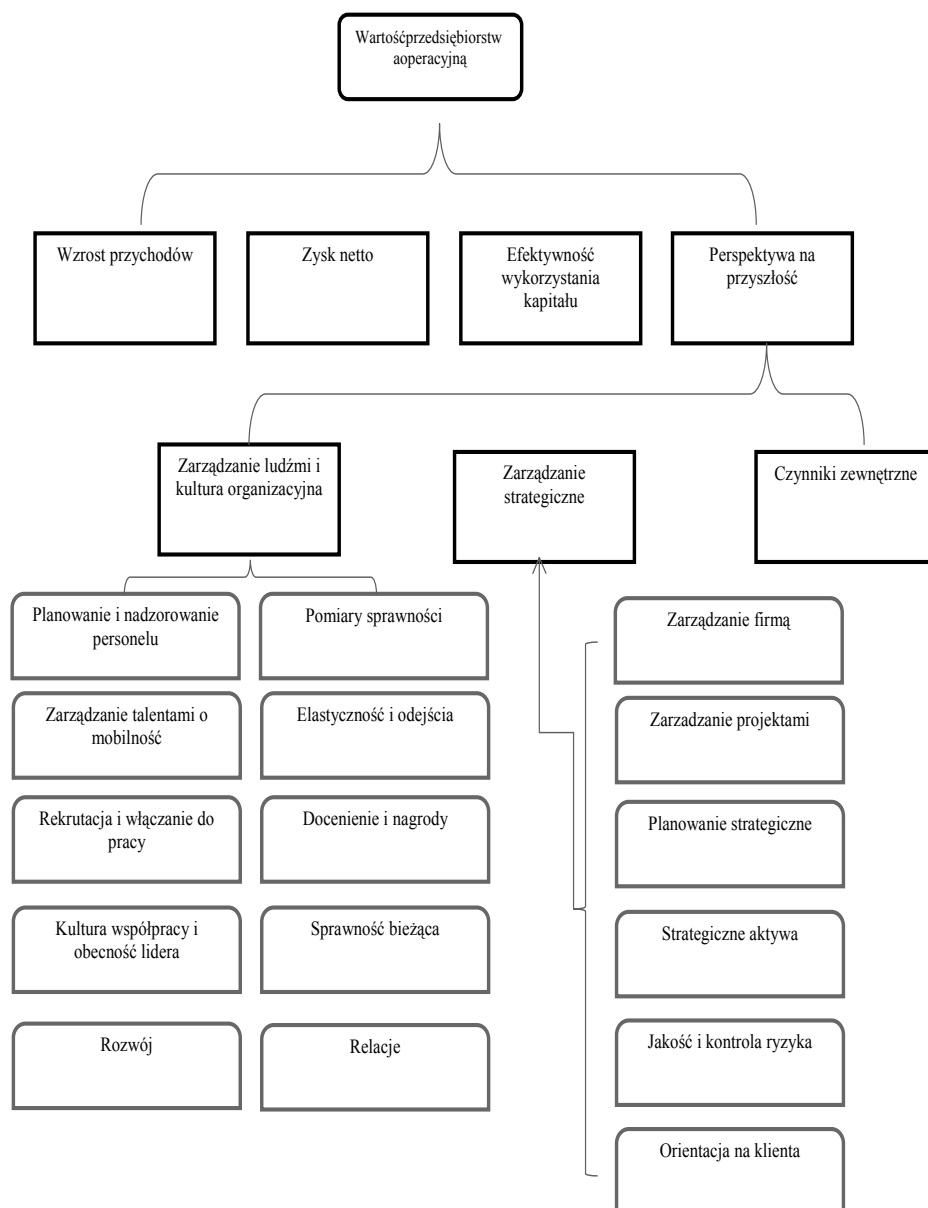
Jak przedstawiono na schemacie 2, przedsiębiorstwo prowadzące świadomą i skuteczną politykę VBM ma większą szansę na:

- dobre relacje z dostawcami kapitału,
- dobre relacje z otoczeniem,
- możliwości pozyskania kapitału na nowe przedsięwzięcia inwestycyjne,
- ryzyko przejęcia, likwidacji i upadłości jest małe.

Zarząd spółki medycznej powinien kierować jej działalnością nie tylko w kontekście organicznego rozwoju, ale także pod kątem ewentualnego przejęcia lub inwestycji kapitałowych ze strony podmiotów trzecich lub fuzji z innymi podmiotami. Takie podejście powoduje, że pewne elementy, które w codziennym prowadzeniu firmy mogą być traktowane jako drugorzędne, stają się pierwszoplanowe. Dla zarządu spółki oznacza to szczególną dbałość o elementy jakości spółki, rozumianej jako szczególnie ład korporacyjny, a także dbałość o poszczególne składniki aktywów o odpowiednim potencjale w procesie wyceny.

Celowe zaplanowanie rozwoju w taki sposób, by bez istotnych wstrząsów oraz okresów przestoju powodowanych brakiem środków, przechodzić do kolejnych etapów rozwoju, jest kwintesencją zastosowania VBM. Do najczęściej wymienianych generatorów (determinantów) (*value drivers*) wartości spółki zwykle zalicza się (Panfil 2010):

Schemat 2. Źródła wartości firmy w kontekście zarządzania



Źródło: PwC, 2010, <http://www.pwc.com/hu/en/hrs/leadershape.jhtml>.

- 1) tempo przyrostu przychodów,
- 2) marża na działalności operacyjnej,
- 3) efektywna stopa podatkowa,
- 4) inwestycje w kapitał pracujący,
- 5) inwestycje w środki trwałe (nakłady kapitałowe),
- 6) koszt kapitału,
- 7) okres trwania przewagi konkurencyjnej.

Inne elementy, wymieniane w różnych źródłach, to: ryzyko prowadzenia działalności, poziom sprzedaży, polityka płatności, stawka za robociznę, ceny, asortyment, produktywność, lojalność klientów, sposoby pozyskiwania nowych klientów, nowe rynki zbytu, kanały dystrybucji, korzystne alianse i przejęcia. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, elementami poddającymi się zarządzaniu w procesie VBM spółki mogą być:

- 1) tempo przyrostu przychodów – zależnie od fazy rozwoju produktu (pakietu produktów), zarząd spółki powinien dbać o stabilny przyrost przychodów operacyjnych, które stanowią będą podstawę (wraz z marżą na działalności operacyjnej), wyceny spółki z wykorzystaniem metod dochodowych;
- 2) marża na działalności operacyjnej – powinna pozwalać generować pewien poziom zysku operacyjnego, prezentując tym samym potencjał korzyści dla udziałowców w postaci dywidend. W przypadku spółek działających nie dla zysku, istotne jest wykazanie możliwości podniesienia poziomu marży na działalności operacyjnej, np. przez przyhamowanie procesów inwestycyjnych lub aktywności nieprzyczyniających się do powstawania marży, w przypadku, gdy spółka zmieniła orientację ze spółki *non-profit* na *for-profit*;
- 3) efektywna stopa podatkowa – zarządzanie obciążeniami podatkowymi ogranicza się do wykorzystywania istniejących regulacji prawnych dla uzyskiwania najniższych możliwych obciążeń fiskalnych. Dążenie do maksymalizacji marż operacyjnych i minimalizacji obciążeń podatkowych można osiągać przez planową politykę inwestycyjną, pozwalającą na zatrzymanie zysków w przedsiębiorstwie w postaci powiększających się środków trwałych;
- 4) inwestycje w kapitał pracujący (kapitał pracujący = aktywa obrotowe – zobowiązania krótkoterminowe) – co do zasady, im wyższa wartość kapitału obrotowego, tym bezpieczniejsze funkcjonowanie przedsiębiorstwa z punktu widzenia zachowania płynności (wyplacalności). Jednocześnie zbyt wysoka wartość kapitału pracującego może świadczyć o nieefektywnym zarządzaniu finansami przedsiębiorstwa, choć ocena w tym zakresie wymaga poznania strategii i planów firmy w najbliższej przyszłości;
- 5) inwestycje w środki trwałe (nakłady kapitałowe) – nakłady kapitałowe powiększają wartość firmy, choć pozostaje pytanie o efektywność alokacji tych środków. W tym kontekście dla inwestora istotne może być wyodrębnienie określonego zestawu nakładów kapitałowych związanych z określonym projektem w ramach planu rozwojowego/restrukturyzacyjnego firmy. Uzasadnienie nakładów inwestycyjnych w postaci analizy NPV i IRR

wyodrębnionego projektu inwestycyjnego, oraz w szczególności możliwość podjęcia decyzji o nieuruchamianiu takiego projektu, może być ważnym elementem wyceny rozwijającego się przedsiębiorstwa (opcje);

- 6) koszt kapitału – uznając, że koszt kapitału obcego jest zwykle niższy niż kapitału własnego, finansowanie rozwoju z kredytów jest atrakcyjną perspektywą. Dodatkowym plusem spółek należących do organów administracji publicznej jest możliwość wsparcia w postaci zabezpieczenia kredytu przez ten organ, co zwykle jest przez banki uznawane za bardzo silne i pozwala na uzyskanie niższych kosztów kredytowania;
- 7) okres trwania przewagi konkurencyjnej – część spółek medycznych, w szczególności szpitale w niezbyt zurbanizowanym terenie, mają charakter naturalnych monopolii lub oligopolii. Bariery wejścia na rynek, zarówno kapitałowe, jak i np. kadrowe, są także klasycznym źródłem przewagi konkurencyjnej niektórych ze spółek medycznych, które powinny być brane pod uwagę przy wycenie;
- 8) stabilność popytu i lojalność klientów – spółki medyczne, w szczególności powstałe na bazie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mają zwykle bardzo ugruntowaną pozycję u płatnika publicznego i pacjentów. Potwierdzenie i umocnienie tych cech jest w interesie właściciela takiej spółki i może być istotnym czynnikiem wpływającym na wartość spółki.

ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ FIRMY

Spółki przygotowywane do transakcji z objęciem udziałów, rutynowo przechodzą proces *due diligence*, analizy pod względem kondycji handlowej, finansowej, prawnej i podatkowej w celu identyfikacji związanych z nim szans i ryzyka przed podjęciem właściwych negocjacji. Elementy spółki poddawane ocenie w tym procesie stanowią tym samym wskazanie dla zarządu spółki obszarów, w których najwyższa staranność będzie weryfikowana i wpłynie na decyzje inwestycyjne, w tym m.in. na wycenę. *Due diligence* to proces gromadzenia informacji, a następnie przeprowadzanie, na ich podstawie, dokładnej analizy dotyczącej wszystkich aspektów funkcjonowania przedsiębiorstwa.

Zakres i sposób przeprowadzania procesu *due diligence* różni się w zależności od fazy rozwoju firmy, relacji między firmą a potencjalnym inwestorem, czy doświadczeń wykonujących go ekspertów.

Istnieje dość znacząca różnica w definiowaniu momentu rozpoczęcia procesu *due diligence*. Dla inwestora o charakterze *venture capital* (VC), *due diligence* składa się typowo z dwóch etapów i rozpoczyna po uzyskaniu pierwszych materiałów informacyjnych i finansowych na temat spółki czy projektu. Pierwszy etap najczęściej to nieformalne gromadzenie informacji od przedsiębiorcy i źródeł zewnętrznych, a drugi to formalne badanie dokumentów spółki. Dla inwestora o charakterze *private equity* (PE), który realizuje inwestycję na późniejszym

etapie rozwoju niż VC, pojęcie *due diligence* jest nieco węższe i proces ten składa się tylko z jednego etapu: formalnego badania dokumentów spółki, w trakcie którego inwestor przeprowadza tzw. *due diligence* zewnętrzne.

Zakres analiz w ramach *due diligence* różni się w zależności od inwestora i jego preferencji oraz przygotowania. Mączyńska² podaje następujące rodzaje *due diligence*: finansowe, podatkowe, prawne, technologiczne, informacyjne, operacyjne, zarządcze, zasobów ludzkich, ochrony środowiska, transakcyjne, etyki biznesu, strategiczne. W podstawowym zakresie *due diligence* typowo odejmuje:

- dokonany przez prawnika przegląd dokumentów prawnych konstytuujących spółkę i sankcjonujących jej stan posiadania, zależności zewnętrzne i inne, podstawy prawne działalności (legalność biznesu), ewentualne wartości lub obciążenia wynikające ze szczególnej pozycji firmy wobec innych, potencjalnych konkurentów (umowy na wyłączność, koncesje itp.),
- analizę finansową spółki, ze szczególnym uwzględnieniem należności i zobowiązań spółki, długoterminowych umów niosących skutki finansowe itp.
- analizę dokładność i kompletność dokumentów – pełne spektrum dokumentów, w tym dotyczących użytkowania nieruchomości, zatrudnienia, zobowiązań wynikających z prawa pracy, ochrony pożarowej, BHP itp.
- wstępną wycenę spółki – wstępna, uproszczona wycena spółki.

Pełny zakres *due diligence* uwzględnia ponadto:

- zarządzanie kapitałem ludzkim – zawierające analizę struktury zatrudnienia spółki, liczbę i charakterystykę zatrudnionych m.in. pod względem wykształcenia, umiejętności, unikatowych kompetencji, wieku, pakietów wynagrodzeniowych itp.,
- aspekty techniczne (technologiczne) – nakierowane na ocenę rozwiązań technologicznych stanowiących o wartości produktów oraz procesów w firmie,
- rozwiązania organizacyjne – identyfikujące struktury organizacyjne pod kątem ich efektywności,
- postawy etyczno-moralne – identyfikujące specyficzne elementy kultury organizacyjnej, kontakty międzyludzkie oraz postawy pracownicze,
- procesy informacyjne – badające sprawność i efektywność gromadzenia i przepływu informacji oraz identyfikujące bariery i nieprawidłowości w tej sferze.

Analizie *due diligence* podlegają zarówno zjawiska mierzalne, jak i niemierzalne. Informacje uzyskiwane drogą *due diligence* mają zwykle charakter strategiczny. Udostępniane informacje mają wartość handlową dla konkurencji, dlatego ważne jest zawarcie odpowiedniej umowy (porozumienia o *due diligence*), regulującej sposób jej przeprowadzania, stopnia odtajniania

² E. Mączyńska, „Dylematy prognozowania a wycena przedsiębiorstw i nieruchomości”, skrypt do przedmiotu „Metody wyceny spółek kapitałowych”, w ramach studiów podyplomowych SGH, Warszawa 2010.

danych badanego przedsiębiorstwa i pokrywania kosztów *due diligence*. Wyniki prac zespołu przedstawiane są w formie raportu przedstawiającego:

- przegląd aktualnej pozycji firmy na rynku,
- przewidywany rozwój rynku przez następnych kilka lat oraz przewidywaną rynkową pozycję firmy,
- przewidywane przepływy finansowe dla firmy na następne 5 lat, z uwzględnieniem programu inwestycyjnego,
- ocenę wartości księgowej netto oraz oszacowania (np. z z pomocą metod mnożnikowych) wstępnej wartości firmy.

Przygotowanie do *due diligence* dla kierownictwa spółki oznacza zatem:

- przygotowanie dokumentów obejmujących spodziewany zakres *due diligence*,
- zawarcie umowy na przeprowadzenie *due diligence* określającej warunki, zakres ujawnianych informacji i sposób ponoszenia kosztów,
- zagwarantowanie poufności udostępnianych danych,
- wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za współpracę z ekspertami prowadzącymi proces,
- przemyślenie sposobu prezentacji strategii firmy wobec wykonujących *due diligence*.

Zawartość badania *due diligence* może być też pomocną wskazówką o tym, jakie elementy działalności firmy należy odpowiednio prowadzić, a przede wszystkim udokumentować. *Due diligence* jest bowiem badaniem dokumentacji firmy. Nawet poprawnie merytorycznie prowadzone działania mogą nie być docenione, jeśli nie będą odpowiednio udokumentowane.

METODY WYCENY WARTOŚCI W KONTEKŚCIE SPÓŁEK MEDYCZNYCH

Istnieją różne koncepcje definiujące wartość dla właścicieli (akcjonariuszy), wśród których szczególnie warte przytoczenia są:

- według Modiglianiego i Millera, o wartości przedsiębiorstwa decydują przyszłe strumienie dochodów, które są uzależnione od zarządzania aktywami i zarządzania strukturą finansową przedsiębiorstwa;
- według Benninga i Sariga, wartość przedsiębiorstwa to suma wartości kapitału własnego, zadłużenia oraz wszystkich innych papierów wartościowych, nienależących do kapitału obrotowego;
- według Jajuga, wartość przedsiębiorstwa jest równa sumie wartości długu i wartości kapitału własnego oraz składników pozabilansowych (opcje rzeczowe i finansowe);
- według Brigham i Gapenskiego, wartość przedsiębiorstwa składa się z wartości istniejących aktywów oraz wartości „możliwości wzrostu”, rozumianych jako wartości projektów z dodatnimi NPV;

Tabela 1. Podejścia, metody i podstawowe techniki wyceny przedsiębiorstw

Podejścia	Majątkowe	Dochodowe konwencjonalne	Dochodowe niekonwencjonalne	
			Wycen przedsiębiorstw nierentowych	Schnettlera
Metody	Zdyskontowanych przepływów pieniężnych (DCF) z uwzględnieniem opcji realnych			
	W oparciu o zysk rezydualny			Ekonomiczna wartość dodana (economic value added, EVA)
	Skorygowanej wartości bieżącej (<i>adjusted present value</i>), APV)			Gotówkowa wartość dodana (cash value added, CVA)
	Skorygowanej wartości bieżącej (<i>adjusted cash flow</i> , ACFF)			Forma podstawowa
				Forma rozwinęta (o opcje rzeczywiste, wpływ zadłużenia)
				Wolne przepływy pieniężne dla właścicieli (FCFE)
				Wolne przepływy pieniężne dla wszystkich inwestorów (firmy) (FCFF)
				Wolne przepływy pieniężne dla kapitału (FCFC)
				Uproszczony model jednofazowy
				Uproszczony model dwufazowy
				Model rozwinęty
				Model Gordona
				Uproszczony model dwufazowy
Techniki	Zdyskontowanych dywidend			Uproszczony model trójfazowy
				Narychmiastowej likwidacji
				Wilcoxa
				Stopniowego wygaszania aktywności
				Kosztu zastąpienia
				Kosztu odtworzenia
				Skorygowanej wartości aktywów netto
				Wartości aktywów netto

Źródło: Fierla 2008.

Porównawcze (mnożnikowe)	Mieszane	Pozostałe niekonwencjonalne	
		Opcji rzeczywistych	Wycena kapitału własnego jako opcji kupna
		<i>Venture capital</i>	Wycena kapitału własnego jako opcji sprzedaży
		Z opóźnieniem czasowym	
Mnożników rynkowych transakcji porównywalnych	Proste średni	berlińska	
		szwajcarska	
		sturgarcza	
	Złożone, kapitalizacji zysku dodatkowego	Roczne sprzedaży	
		Uproszczona UEC	
		Rozwinięta UEC	
	Złożone, odpisy od wartości reputacji	Grefa	
		Amortyzacji reputacji	
		Mnożnika zysku	
		Mnożnika wartości księgowej	
		Mnożnika Q-Torbina	
		Mnożnika dywidendy	
	Mnożnika sprzedaży		
	Mnożnika sprzedaży (i. naturalne)		

- według Damodarana, wartość przedsiębiorstwa obliczana techniką DCF jest zależna od kosztu kapitału własnego, kosztu długu i wolnej gotówki operacyjnej dla przedsiębiorstwa. Ta ostatnia jest zależna od decyzji podejmowanych w obszarze operacyjnym, co można powiązać z pojęciem kapitału intelektualnego.

Jako pochodne tych koncepcji wartości, istnieje wiele metod wyceny wartości przedsiębiorstw, definiowanych przez autorów w różnym okresie, w rozmaitym stopniu uznawanych za adekwatne, w zmieniających się okolicznościach wyceny. Jak stwierdzają niektórzy autorzy (Fierla 2008), w USA wyróżnia się trzy główne podejścia: dochodowe, majątkowe i porównawcze. Ponieważ wpływ doświadczeń amerykańskich na praktykę wycen w Polsce jest bardzo znaczny, w kraju stosuje się podobne podziały wyceny, choć w niektórych źródłach pojawiają się także inne pojęcia, czasem inaczej klasyfikujące te same metody. W szczególności w polskiej literaturze występują metody mieszane³ oraz niekonwencjonalne, metody majątkowe zwane bywają metodami kosztowymi itp. Szeroką klasyfikację podejść, metod i technik wyceny zaprezentowano w tabeli 1.

Dobór metod wyceny danego przedsiębiorstwa zależy od wielu czynników, w szczególności kompetencji i preferencji wyceniającego, ale także fazy rozwoju firmy, stanu posiadania majątku i charakteru aktywów. Ze względu na charakterystykę spółek medycznych, niektóre ze sposobów wyceny są bardziej, a inne mniej adekwatne. Zakłada się, że spółki tego typu:

- posiadają unikatowe wartości w kategorii wartości niematerialnych i prawnych,
- wiele z nich ma *quasi*-monopolistyczną pozycję na rynku,
- wiele z nich tworzonych było jako podmioty *non-for-profit*, stąd ich historia dochodów jest niekorzystna,
- działają na silnie wysyconym rynku, gdzie uzyskanie dużych zmian w pozycji rynkowej jest trudne,
- jednocześnie jednak zagrożenie nagłą utratą przychodów jest mało prawdopodobne,
- dysponują grupą pracowników i silnej pozycji przetargowej, których zaangażowanie lub ewentualna utrata silnie wpływa na pozycję spółki,
- w wielu przypadkach posiadają znaczny potencjał poprawy rentowności, w sytuacji wdrożenia określonych działań restrukturyzacyjnych.

W dobie dynamicznych zmian na rynku ochrony zdrowia, a także zmiany paradygmatu roli samorządów w dostarczaniu określonych rodzajów usług publicznych, wiedza na temat sposobów wyceny spółek oraz strategicznego kształtowania wartości spółki, w procesie zarządzania wartością spółki (VBM), wydaje się jedną z podstawowych kompetencji menedżera placówki ochrony zdrowia.

³ Choć czasem metody te nie są uznawane za samodzielne, ale jako połączenie dwóch lub większej liczby metod.

BIBLIOGRAFIA

- Polska Federacja Stowarzyszeń Rzeczników Majątkowych (PFSRM), *Powszechne Krajowe Zasady Wyceny (PKZW)*, Nota interpretacyjna nr 5, NI 5: *Ogólne zasady wyceny przedsiębiorstw*.
- Bogdan B., Villiger R., *Valuation in Life Sciences. A Practical Guide*, Springer Verlag 2010.
- Copeland T., Koller T., Murrin J., *Wycena: mierzenie i kształtowanie wartości firm*, Wig-Press, Warszawa 1997.
- Fierla A., *Wycena przedsiębiorstwa metodami dochodowymi*, SGH, Warszawa 2008.
- Hansen M., Birkinshaw J., *The Innovation Value Chain*, „Harvard Business Review” 2007, No. 6.
- Komisja Przemysłu, Badań Naukowych i Energii, Projekt sprawozdania w sprawie polityki przemysłowej w dobie globalizacji, 2010/2095 (Ini), Parlament Europejski 2010.
- Kozierkiewicz A. et al., *Koło ratunkowe dla szpitali*, Termedia, Poznań 2008.
- Metody wyceny spółki. Perspektywa klienta i inwestora*, red. M. Panfil, A. Szablewski, Poltext, Warszawa 2010.
- Pratt S.P., Reilly R.F., Schweihs R.P., *Valuing a Business. The Analysis and Appraisal of Closely Held Companies*, Irwin Professional Publishing, Chicago 1996.
- Rapaport A., *Wartość dla akcjonariuszy. Poradnik menedżera i inwestora*, WIG-Press, Warszawa 2000.
- Rogowski W., *Wycena przedsięwzięć inwestycyjnych*, [w:] *Metody wyceny spółki, perspektywa klienta i inwestora*, red. M. Panfil, A. Szablewski, Poltext, Warszawa 2010.
- Smith G.V., Parr R.L., *Valuation of Intellectual Property and Intangible Assets*, John Wiley & Sons, New York 1994.
- Szymański P., *Zarządzanie majątkiem obrotowym w procesie kreowania wartości przedsiębiorstwa*, praca doktorska, AE im. Oskara Langego we Wrocławiu, www.zbc.uz.zgora.pl/Content/8527/index0.htm.
- Tang K., Vohora A., Freeman R., *How to Build and Invest in Successful University Spinouts*, Euromoney Institutional Investor, London 2004.
- Wissema J.G., *Technostarterzy, dlaczego i jak?*, PARP, Warszawa 2005.
- Wycena biznesu w praktyce. Metody, przykłady*, red. M. Panfil, Poltext, Warszawa 2009.

PROWADZENIE I UDOSTĘPNIANIE ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

STRESZCZENIE: Dokumentacja medyczna to jeden z istotnych elementów w procesie leczenia pacjentów, a do obowiązków podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne należy prowadzenie dokumentacji medycznej. Obowiązek ten wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Rola dokumentacji medycznej jest niezwykle ważna z dwóch powodów: po pierwsze ma charakter informacyjny, a po drugie pełni ważną funkcję dowodową w procesach, zwłaszcza dotyczących błędów medycznych. Prawidłowe i należyte staranne prowadzenie dokumentacji medycznej jest więc niezwykle istotnym czynnikiem. Dotychczas dokumentacja medyczna prowadzona była wyłącznie w formie papierowej. Efektem postępującego procesu informatyzacji w służbie zdrowia jest wprowadzenie przez ustawodawcę nowej formy – elektronicznej dokumentacji medycznej. Niniejsze opracowanie ma na celu omówienie zagadnień związanych z prowadzeniem, udostępnianiem oraz przetwarzaniem elektronicznej dokumentacji medycznej w świetle obowiązujących przepisów.

ABSTRACT: Medical documentation is one of the most essential elements in the entire process of patient's treatment, and moreover management of medical documentation is among responsibilities of entities that provide treatment services. This duty stems from a patients' bill of rights (Patient Rights act) and the institution of the Ombudsman of Patient Rights. The role of medical documentation is extremely important for two reasons, firstly it has an informative character; secondly it fulfills an important function serving as important evidence in processes, especially in cases such as medical errors. Proper and adequate esthetical management of medical documentation used to be in the paper form. The introduction of a new form of medical documentation management by legislator has been the effect of progressing process of computerization in a health care. The above document discusses issues related to management, popularization and electronical processing of medical documentation in the light of current regulations.

WPROWADZENIE

Jednym z obowiązków podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jest prowadzenie dokumentacji medycznej. Obowiązek ten został określony w rozdziale VII, art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, który dotyczy zarówno podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jak i praktyk zawodowych (lekarzy, pielęgniarek i położnych)². Obecnie obowiązujące przepisy nie zawierają definicji dokumentacji medycznej. Rola dokumentacji medycznej jest niezwykle ważna z dwóch powodów: po pierwsze, ma ona charakter informacyjny, a po drugie pełni ważną funkcję dowodową w procesach zwłaszcza dotyczących błędów medycznych. Prawidłowe i należyte staranne prowadzenie dokumentacji medycznej jest więc bardzo ważnym czynnikiem, zarówno z perspektywy pacjenta, jak i podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Dotychczas dokumentacja medyczna prowadzona była wyłącznie w formie papierowej. Efektem postępującego procesu informatyzacji w służbie zdrowia jest jednak wprowadzenie przez ustawodawcę nowej formy – elektronicznej dokumentacji medycznej (EMD). Wprowadzone zmiany obligują placówki medyczne oraz praktyki zawodowe do wdrażania systemów, które będą służyć bezpieczeństwu prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Ustawodawca wprowadził rewolucyjne zmiany w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, wprowadzając nową formę, elektronicznej dokumentacji medycznej. 1 stycznia 2012 r. weszła w życie nowa ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia³, która dotyczy z kolei nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dodano do art. 24, ust. 1a w brzmieniu: „Dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej”⁴. Do 31 lipca 2014 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej, natomiast do 1 sierpnia 2014 r., wszyscy świadczeniodawcy mają obowiązek prowadzić dokumentację medyczną wyłącznie w formie elektronicznej.

Każdy pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej, mieści się ono w prawie do informacji o jego stanie zdrowia⁵. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia⁶. Ustawodawca nie wskazał, w jakiej formie ma

¹ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012, poz. 159; dalej u.p.p.).

² Art. 41 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2011 Nr 277, poz. 1634) oraz art. 18 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039).

³ Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.).

⁴ Dodany ust. 1a w art. 24 wejdzie w życie 1 sierpnia 2014 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657).

⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 378.

⁶ Art. 26 u.p.p.

być dokonane przedmiotowe upoważnienie. Należy zatem przyjąć, że może być ono w formie ustnej lub pisemnej, w przypadku formy ustnej należy dokonać adnotacji w dokumentacji medycznej, która może stanowić w procesie dowód. Z prawem pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej wiążą się takie czynności, jak możliwość dokonywania kserokopii, odpisów lub innych zapisków czy notatek z przebiegu leczenia. Warto wskazać na orzecznictwo, gdzie Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 19 maja 2003 r. stwierdził, że sprawa udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej nie jest załatwiana w drodze decyzji administracyjnej. Udostępnienie dokumentacji medycznej jest czynnością (działaniem) z zakresu administracji publicznej, polegającej na uznaniu uprawnienia pacjenta wynikającego z przepisu prawa, a odmowa udostępnienia dokumentacji stanowi naruszenie tego prawa. W świetle przywołanego orzecznictwa, prawo dostępu do dokumentacji medycznej ma bowiem charakter prawa podmiotowego, które może być dochodzone na drodze postępowania cywilnego⁷.

Wśród szeregu aktów normatywnych, które wspominają o dokumentacji medycznej brak jest pełnej definicji dokumentacji medycznej. W poszczególnych przepisach znajdują się odwołania do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która w art. 25 określa, co składa się na dokumentację medyczną. Ustawa o działalności leczniczej⁸ w art. 2 ust. 1 również odsyła do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Na przypomnienie zasługuje nieaktualna już definicja dokumentacji medycznej z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁹, wedle której za dokumentację medyczną należy rozumieć dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, gromadzone i udostępniane na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta. Obecnie informacje zawarte w dokumentacji medycznej zawierają przede wszystkim oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (imię i nazwisko, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania), a także numer PESEL, jeżeli został nadany (w przypadku noworodka – numer PESEL matki, zaś w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość). W sytuacji, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – podaje się nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania. W dokumentacji medycznej powinien być również oznaczony podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych wraz z datą sporządzenia¹⁰. Tak przyjęte rozwiązanie wskazuje na okrojony model określający dokumentację medyczną.

⁷ Sygnatura OSA 1/03, OSP 11/2003, poz. 136.

⁸ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).

⁹ Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

¹⁰ Art. 25 u.p.p.

Kształtując definicję dokumentacji medycznej z pewnością ma rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹, które wymienia rodzaje dokumentacji medycznej. Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, dokumentacja medyczna została podzielona na dwie grupy: indywidualną (odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych) i zbiorową (odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych). Dokumentacja medyczna indywidualna została podzielona przez ustawodawcę na wewnętrzną oraz zewnętrzną. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna (np. historia zdrowia i choroby, karta noworodka, karta wizyty patronażowej) jest przeznaczona na potrzeby podmiotu, który udziela świadczeń zdrowotnych, natomiast dokumentacja indywidualna zewnętrzna (np. skierowanie do szpitala, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, karta przebiegu ciąży, orzeczenie, opinia lekarska) związana jest z potrzebami pacjenta, który ze świadczeń zdrowotnych korzysta.

Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać oraz udostępniać dokumentację medyczną, a także zapewnić ochronę tych danych. Wśród podmiotów uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej są także podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, organy władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządów zawodów medycznych oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru; minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratura, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem; uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek; organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem; podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów; zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta; lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia; wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w zakresie prowadzonego postępowania; spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Dokumentacja medyczna może być także udostępniana szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy¹². Krąg podmiotów

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2011 r. Nr 552, poz. 1697 z późn. zm.)

¹² Art. 26 u.p.p.

uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej jest niezwykle szeroki. Należy zauważyć, że katalog podmiotów uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej obejmuje szereg służb, samorządów zawodowych oraz instytucji.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych przez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii, a także przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W tej sytuacji brak jest regulacji, która nakładałaby sankcje na podmiot, któremu świadczeniodawca wydał dokumentację medyczną w wersji oryginalnej, a ten po zakończonym np. postępowaniu, jej nie zwrócił. Opisana sytuacja dotyczy dokumentacji w wersji papierowej, natomiast nie ma już ona zastosowania w przypadku dokumentacji elektronicznej.

Udostępnianie uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej wiąże się z możliwością pobierania opłat, z której to świadczeniodawcy korzystają. Jednak opłaty te obwarowane są ustawowymi regulacjami – opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W pozostałych przypadkach maksymalna wysokość opłaty za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentu nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w „Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Jedna strona kopii dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia o którym mowa powyżej. Sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, nie może ona przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia¹³.

Podmioty, które udostępniają dokumentację medyczną nie mają w zakresie naliczania opłat pełnej swobody, tylko są związane ustawowymi regulacjami. Przyjęte rozwiązanie ma na celu wykluczenie sytuacji, w której podmiot udzielający świadczeń generowałby wysokość opłaty do stawki mogącej stanowić zasilanie budżetu jednostki. Ustanowienie górnej granicy przez ustawodawcę w pobieraniu opłat stanowi bezpieczeństwo i ogólnodostępność dla wszystkich korzystających z odpisów, kserokopii i innych form udostępniania dokumentacji medycznej.

Podmiot, który udziela świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do przechowywania dokumentacji medycznej przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Od powyższej opisanej sytuacji, ustawodawca ustanowił wyjątki:

¹³ Art. 28 u.p.p.

- a) dokumentacja medyczna w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, przechowywana jest przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
- b) zdjęcia rentgenowskie, poza dokumentacją medyczną pacjenta, przechowywane są przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- c) skierowania na badania luz zlecenia lekarzy, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia.

Dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia 2 roku życia przechowywana jest przez okres 22 lat. Po upływie wymienionych powyżej okresów, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych musi dokonać zniszczenia dokumentacji medycznej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki. Brak jest jakichkolwiek terminów, które stanowiłyby o możliwości żądania udostępnienia dokumentacji medycznej. Obowiązkiem świadczeniodawcy jest w sposób niezwłoczny spełnić żądanie podmiotu, który występuje o udostępnienie dokumentacji medycznej. Jeżeli w przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny. Przyczyna uniemożliwiająca udostępnienie dokumentacji medycznej przez świadczeniodawcę może być od niego niezależna i niezawiniona. Należy wskazać tutaj na wystąpienie siły wyższej czy też innych nieprzewidzianych zdarzeń losowych. W przypadku elektronicznej dokumentacji medycznej pojawia się ryzyko usterki systemu informatycznego, jednak na tę okoliczność ustawodawca nałożył na świadczeniodawców wymogi, które mają zapewnić sprawne i bezpieczne korzystanie z e-dokumentów.

Ustawodawca zdefiniował elektroniczną dokumentację medyczną, której brzmienie stanowi art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z 28 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.). Zgodnie z powyższym przepisem, przez elektroniczną dokumentację medyczną rozumie się dokumentację medyczną, wytworzoną w postaci elektronicznej, zawierającą dane o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju. Przepisy, które regulują dokumentację medyczną (w dotychczasowej tradycyjnej formie) mają zastosowanie również do elektronicznej dokumentacji medycznej.

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty. Słusznie zauważa D. Karkowska, że istotne z punktu widzenia pacjenta wymagania w zakresie automatycznego odnotowywania przez system daty wprowadzenia danych, identyfikatora osoby wprowadzającej, źródła danych, informacji o odbiorcach oraz sprzeciwu osoby, której są przetwarzane. Według Karkowskiej, system powinien zapewniać sporządzenie i wydrukowanie raportu zawierającego informacje, z którymi pacjent ma prawo się zapoznać¹⁴.

Dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym, który zapewnia: zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą; zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji; stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych; identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych; udostępnienie w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XLM i PDF; eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym; wydrukowanie dokumentacji w określonych formach.

W przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. W przypadku wykonania odwzorowania cyfrowego, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zastosowaniu odpowiednich do ilości danych i zastosowanej technologii rozwiązań technicznych zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu

¹⁴ D. Karkowska, *Komentarz do art. 24, art. 25 u.p.p.*, Lex 2013.

okresu przechowywania dokumentacji. Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:

- 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją,
- 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji,
- 3) przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych. W przypadku, gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem. Ustawodawca wskazuje na indywidualne oznaczenie podmiotu bądź też osoby, która będzie dokonywać potwierdzenia. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych. W przypadku przeniesienia dokumentacji do innego systemu teleinformatycznego, do przeniesionej dokumentacji przyporządkowuje się datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona. Zgodnie z obowiązującą definicją „przetwarzania danych”, należy rozumieć wykonywanie jakichkolwiek operacji na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie, usuwanie, zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych¹⁵.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego, przenoszące te normy, uwzględnia się: normy międzynarodowe, Polskie Normy oraz europejskie normy tymczasowe. Bezpieczeństwo e-dokumentacji medycznej gwarantują także przyjęte normy międzynarodowe w przypadku braku regulacji w polskim ustawodawstwie.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki: jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem; są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana. Zakres elementów, które wpływają na bezpieczeństwo dokumentacji musi wystąpić łącznie, aby uznać dokumentację za zabezpieczoną. Obowiązek ten spoczywa na podmiocie, który taką dokumentację tworzy, przetwarza, udostępnia jak również jest w jej posiadaniu.

¹⁵ Ustawa o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 Nr 133 poz. 883).

Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności: systematycznego dokonywania analizy zagrożeń; opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania; stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń. Zagrożenia w zależności od położenia danego podmiotu (geograficzne, kulturowe) są różne, wymagają tym samym indywidualnego doboru środków bezpieczeństwa adekwatnych do miejsca i sytuacji. Bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów; przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji. Ochronę informacji prawnie chronionych zawartych w dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej realizuje się z odpowiednim stosowaniem zasad określonych w przepisach szczególnych.

PODSUMOWANIE

Mając na uwadze przyjęte nowe rozwiązanie, mające na celu informatyzację systemu ochrony zdrowia, w tym przyjęcie nowej formy prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, należy wskazać na ułatwienie w dostępie do dokumentacji medycznej, zarówno z perspektywy pacjenta, jak i lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.

Tak przyjęty model e-dokumentacji będzie tworzył także porządek organizacyjny w prowadzeniu dokumentacji medycznej (można wykluczyć np. zagubienie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej). Z pewnością e-dokumentacja wpłynie pozytywnie na jakość świadczonych usług, chociażby z uwagi na jej „obieg” między podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, czy też specjalistami, którym pozwoli na, być może, bardziej precyzyjne i szybciej stawiane diagnozy. Wśród przyjętych zmian podkreślenia wymaga fakt, że sposób prowadzenia dokumentacji medycznej zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej nie uległ rewolucyjnej zmianie.

Z perspektywy podmiotu udzielającego świadczeń, elektroniczna dokumentacja medyczna pozwoli na łatwiejsze prowadzenie sprawozdań oraz danych statystycznych dla Narodowego Funduszu Zdrowia lub innego płatnika świadczeń. Kolejną zaletą jest również znaczne obniżenie kosztów związanych z przechowywaniem dokumentacji, jej archiwizacją, w przypadku papierowej dokumentacji medycznej wiązało się to z organizacją pomieszczeń przeznaczonych na składowanie dokumentacji.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej wskazuje na wiele zalet w przyjętym rozwiązaniu. Należy jednak także wspomnieć o bezpieczeństwie e-dokumentów, które jest kosztowne. Wdrożenie systemu teleinformatycznego obsługującego elektroniczną

dokumentację medyczną jest związane nie tylko z zakupem systemu informatycznego. Przede wszystkim należy zapewnić odpowiednie warunki gwarantujące właściwy poziom bezpieczeństwa archiwizowania danych (całodobowy monitoring, systemy antywłamaniowe, systemy elektronicznego nadzoru, systemy zabezpieczeń)¹⁶. Kwestie finansowe związane z wdrażaniem nowego systemu dla wielu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, będą związane ze znacznymi wydatkami. W przypadku podmiotów, które są w dobrej kondycji finansowej, a te należą do mniejszości, wprowadzenie zmian nie będzie związane z takimi problemami, jak w sytuacji podmiotów, które są zadłużone.

Mając na uwadze brak stabilności sieci informatycznych w Polsce, dotyczy to zwłaszcza małych miasteczek i wsi, może to być znaczący czynnik wpływający na bezpieczeństwo informacji zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej. Jest to niewątpliwie wada, która znajduje uzasadnienie chociażby w statystykach dotyczących dostępu do internetu w Polsce na tle europejskich standardów.

Kolejnym obowiązkiem związanym z wdrażaniem e-dokumentów przed świadczeniemodawców jest przygotowanie kadry oraz przeszkolenie personelu, który będzie uczestniczył w prowadzeniu i przetwarzaniu danych medycznych, w tym danych pacjentów.

Wdrażana informatyzacja systemu ochrony zdrowia ma za zadanie stworzenie spójnej bazy danych i informacji medycznych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, której celem jest poprawa świadczonych usług. Założony cel jest z pewnością słuszny oraz potrzebny, ale czy zostanie osiągnięty w postaci płynnego i bezpiecznego udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej, pokaże praktyka.

¹⁶ K. Nyczaj, P. Piecuch, *Elektroniczna dokumentacja medyczna. Wdrożenie i prowadzenie w placówce medycznej zgodnie z aktualnym stanem prawnym*, Warszawa 2013.

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZWIĄZANYM Z BEZPIECZEŃSTWEM INFORMACJI I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH

STRESZCZENIE: Zarządzanie informacją, zapewnienie informacji bezpieczeństwa, jest dziś jednym z kluczowych i integralnych elementów sprawnego zarządzania organizacją. Teza ta znajduje odzwierciedlenie w istniejących przepisach, normach czy też dobrych praktykach, wymuszając na jednostkach organizacyjnych stosowanie standaryzowanych zasad, dających jednocześnie możliwość uniwersalnej oceny stanu zabezpieczenia informacji. Istotny jest również efekt synergiczny, jaki powstaje wskutek działań w różnych obszarach organizacji, które normowane odrębnie wpływają na wątek bezpieczeństwa informacji. Zapisy takie odnajduje się w regulacjach zarówno unijnych, jak i polskich. Odnoszą się one m.in. do obszarów: ochrony danych osobowych, ładu korporacyjnego i kontroli zarządczej, wymagań wynikających z przepisów branżowych uzupełnionych o wymagania akredytacyjne, zarządzania jakością czy zarządzania systemami teleinformatycznymi w jednostkach państwowych i publicznych. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie tematu zarządzania bezpieczeństwem informacji i odniesienie się z tej perspektywy do zagadnień występujących w jednostkach medycznych, wraz z refleksją związaną z praktyką wdrażania owych rozwiązań w kontekście prawnym, finansowym, zarządczym, technologicznym i socjologicznym. Ze względu na zakładaną objętość artykułu, praca ma charakter propedeutyczny.

ABSTRACT: Information management, information security assurance is one of the key and integral components of the effective organization management. This statement is reflected in currently available regulations, norms and good practices providing an opportunity for universal evaluation of the level of information protection. It is also important to bear in mind the synergy effect that occurs as a result of undertakings in various organization areas which are regulated separately and affect information security. This may be found both in the European and Polish regulations regarding personal data protection, corporate governance and governance control, requirements related to accreditation standards, quality management or teleinformation system management in state and public institutions. The aim of the present paper is to focus on information security management and practical issues related to implementation of these solutions from legal, financial, governance, technological and sociological aspects. Because of the expected volume of the article, the present paper is only an introduction to the problem.

Zarządzanie informacją, zapewnienie informacji bezpieczeństwa, jest dziś jednym z kluczowych i integralnych elementów sprawnego zarządzania organizacją. Teza ta znajduje odzwierciedlenie w istniejących przepisach, normach czy też dobrych praktykach, wymuszając na jednostkach organizacyjnych stosowanie standaryzowanych zasad, dających jednocześnie możliwość uniwersalnej oceny stanu zabezpieczenia informacji. Istotny jest również efekt synergetyczny, jaki powstaje wskutek działań w różnych obszarach organizacji, które normowane odrębnie wpływają na wątek bezpieczeństwa informacji; Zapisy takie odnaleźć można w regulacjach zarówno unijnych, jak i polskich. Odnoszą się one m.in. do obszarów: ochrony danych osobowych, ładu korporacyjnego i kontroli zarządczej, wymagań wynikających z przepisów branżowych uzupełnionych o wymagania akredytacyjne, zarządzania jakością, czy też zarządzania systemami teleinformatycznymi w jednostkach państwowych i publicznych.

Celem niniejszego artykułu jest skrótowne (z powodu ograniczonej objętości artykułu) przybliżenie tematu zarządzania bezpieczeństwem informacji i odniesienie się z tej perspektywy do zagadnień występujących w jednostkach medycznych, wraz z refleksją związaną z praktyką wdrażania owych rozwiązań w kontekście prawnym, finansowym, zarządczym, technologicznym a także socjologicznym.

Bezpieczeństwo informacji to „zachowanie poufności, integralności i dostępności informacji; dodatkowo, mogą być brane pod uwagę inne własności, takie jak autentyczność, rozliczalność, niezaprzeczalność i niezawodność”¹.

Pomijając cytowanie definicji cząstkowych (poufność, integralność, dostępność itd.) należy stwierdzić, że bezpieczeństwo informacji nie jest tylko zapewnieniem, by dostęp do informacji miały wyłącznie uprawnione osoby, ale też, aby informacja była nieuszkodzona², pewna, dostępna wtedy, kiedy jest potrzebna³, oraz aby można było jednoznacznie ustalić, kto i kiedy z informacją pracował i jakich zmian dokonał⁴.

Definicja bezpieczeństwa informacji została zaczerpnięta z kluczowej dla zarządzania bezpieczeństwem informacji (dalej SZBI) normy PN-ISO/IEC 27001: 2007, która wraz z pozostałymi normami serii 27000 oraz normą ISO 22301⁵, stanowi zestaw wytycznych w tym obszarze. Należy podkreślić, że normy serii 27000 zachowują zgodność z innymi systemami zarządzania (ISO 9001: 2000 i ISO 14001: 2004)⁶. Wspólna dla standardów – szczególnie

¹ PN-ISO/IEC 27001: 2007 Technika informatyczna – Techniki bezpieczeństwa – Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji – Wymagania. Cytowana definicja występuje również w PN-ISO/IEC 17799: 2007 Technika informatyczna – Techniki bezpieczeństwa – Praktyczne zasady zarządzania bezpieczeństwem informacji. W podanych normach zdefiniowane zostały również definicje poufności, integralności, dostępności i inne.

² Np. aby dane pacjentów (np. wskutek uszkodzenia systemu) nie zostały wymieszane lub usunięte.

³ Np. niewrażliwa na zaniki zasilania systemów informatycznych i inne zdarzenia (pożar, powódź itp.).

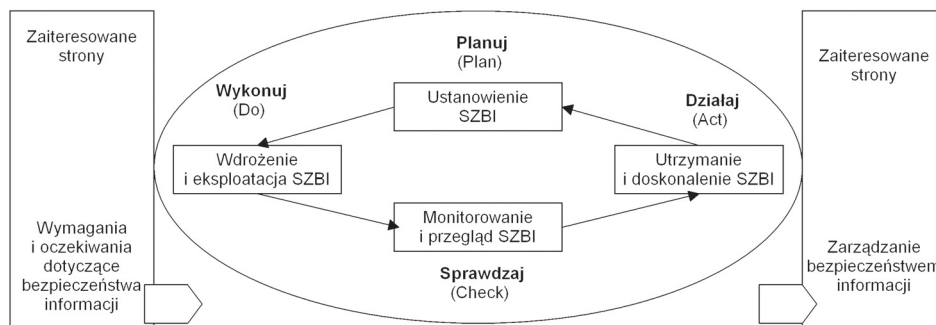
⁴ Ten wymóg jest wyraźnie eksponowany w ustawie o ochronie danych osobowych czy w wymaganiach określonych w ustawie o działalności leczniczej (obydwie ustawy zostaną dokładniej omówione w dalszej części artykułu).

⁵ ISO 22301: 2012 *Societal Security. Business Continuity Management Systems. Requirements*.

⁶ Załącznik C.1 do cytowanej normy zawiera powiązania rozdziałów poszczególnych norm.

dotyczących zarządzania jakością – jest też koncepcja podejścia procesowego, która w tej normie obejmuje zarządzanie procesowe PDCA w SZBI.

Rysunek 1. Model PDCA stosowany w procesach SZBI



Źródło: PN-ISO/IEC 27001: 2007.

Norma PN-ISO/IEC 27001: 2007 zapewnia zbudowanie SZBI w zgodzie z modelem biznesowym organizacji. Określono w niej wymagania dotyczące ustanowienia, wdrożenia, eksploatacji, monitorowania, przeglądu, utrzymania i doskonalenia udokumentowanego SZBI w całościowym kontekście ryzyka biznesowego, przy zapewnieniu, by projektowany SZBI był adekwatny i proporcjonalny w stosowanych zabezpieczeniach dla chronionych zasobów, oraz mógł uzyskać zaufanie zainteresowanych stron.

Norma jest bardzo obszerna zakresowo i zadaniowo. Przykładowo, rozwinięcie zapisów etapu ustanawiania SZBI przewiduje następujące działania (przy koniecznym uwzględnieniu cech organizacji i prowadzonej działalności):

- zdefiniowanie zakresu i granic SZBI,
- zdefiniowanie polityki ZSBI,
- zdefiniowanie podejścia do szacowania ryzyka w organizacji (szczególnie w tym zakresie przydatna jest norma PN-ISO/IEC 27005: 2010, która jednak nie ma wskazania konkretnej metodyki szacowania ryzyka – tę należy wybrać niezależnie),
- określenie ryzyka,
- analizę i ocenę ryzyka,
- identyfikację i ocenę wariantów postępowania z ryzykiem,
- wybór celów stosowania zabezpieczeń i zabezpieczeń jako środków postępowania z ryzykiem (lista podstawowa znajduje się w załączniku A do normy),
- uzyskanie akceptacji kierownictwa dla ryzyka szczegółowego,
- uzyskanie akceptacji kierownictwa do wdrażania i eksploatacji SZBI (bardzo ważny i często niedoceniany element: brak rozumienia zagadnień i ich akceptacji przez kierownictwo skutkuje często brakiem faktycznego działania SZBI w organizacji),

- przygotowanie deklaracji stosowania – zapisów spełniania bądź wykluczenia celów stosowania zabezpieczeń i zabezpieczeń określonych (i ewentualnie uzupełnionych) w załączniku A do normy.

W podobny sposób rozbudowane są pozostałe zagadnienia. Istotne jest, aby zauważyć, że działania zorientowane na zabezpieczenie informacji są elementem każdego innego działania organizacji. Dotykają szczególnie obszarów zarządzania organizacją (bezpieczeństwo zasobów ludzkich), zarządzania bezpieczeństwem fizycznym i środowiskowym, kontrolą dostępu, zarządzania zdarzeniami, ciągłością działania, zapewnieniem działań w zgodzie z przepisami prawa, zarządzaniem aktywami, systemami i sieciami informatycznymi, zarządzania pozyskiwaniem, rozwojem i utrzymaniem systemów informacyjnych oraz organizacją współpracy z otoczeniem organizacji.

Rozwinięcie powyższej tematyki można znaleźć w normie PN-ISO/IEC 17799: 2007, będącej zestawem dobrych praktyk (wskazówek do wdrożenia, które mogą być wykorzystane podczas projektowania zabezpieczeń).

Elementem zarządzania bezpieczeństwem informacji jest zarządzanie ryzykiem. Wytyczne w tym zakresie zawiera norma PN-ISO/IEC 27005: 2010⁷, w której proces zarządzania ryzykiem zdefiniowano w sposób pokazany na rysunku poniżej.

Norma wprowadza nowe względem PN ISO/IEC 27001⁸ pojęcie. Jest nim „kontekst”, który obejmuje: 1) wyznaczenie podstawowych kryteriów potrzebnych do zarządzania ryzykiem w bezpieczeństwie informacji (kryteria oceny ryzyka, kryteria skutków, kryteria akceptowania ryzyka); 2) zdefiniowanie zakresu i granic, oraz 3) ustanowienie odpowiedniej struktury organizacyjnej do zarządzania ryzykiem.

Ustanowienie wspomnianego kontekstu pozwala na szacowanie ryzyka, które składa się z dwóch etapów: analizy ryzyka i oceny ryzyka.

Analiza ryzyka polega ona na identyfikacji wszystkich rodzajów ryzyka⁹ (w ustalonych zakresie i granicach szacowania ryzyka należy zidentyfikować listę aktywów¹⁰ wraz z ich właścicielami i lokalizacją, następnie identyfikując dla wyżej wymienionych aktywów zagrożenia oraz istniejące zabezpieczenia. W kolejnym etapie należy zidentyfikować podatności i następstwa, jakie może spowodować dla aktywów utrata poufności/integralności/dostępności) a następnie ich estymacji¹¹ (jakościowej lub ilościowej).

⁷ PN-ISO/IEC 27005: 2010 Technika informatyczna – Technika bezpieczeństwa – Zarządzanie ryzykiem w bezpieczeństwie informacji.

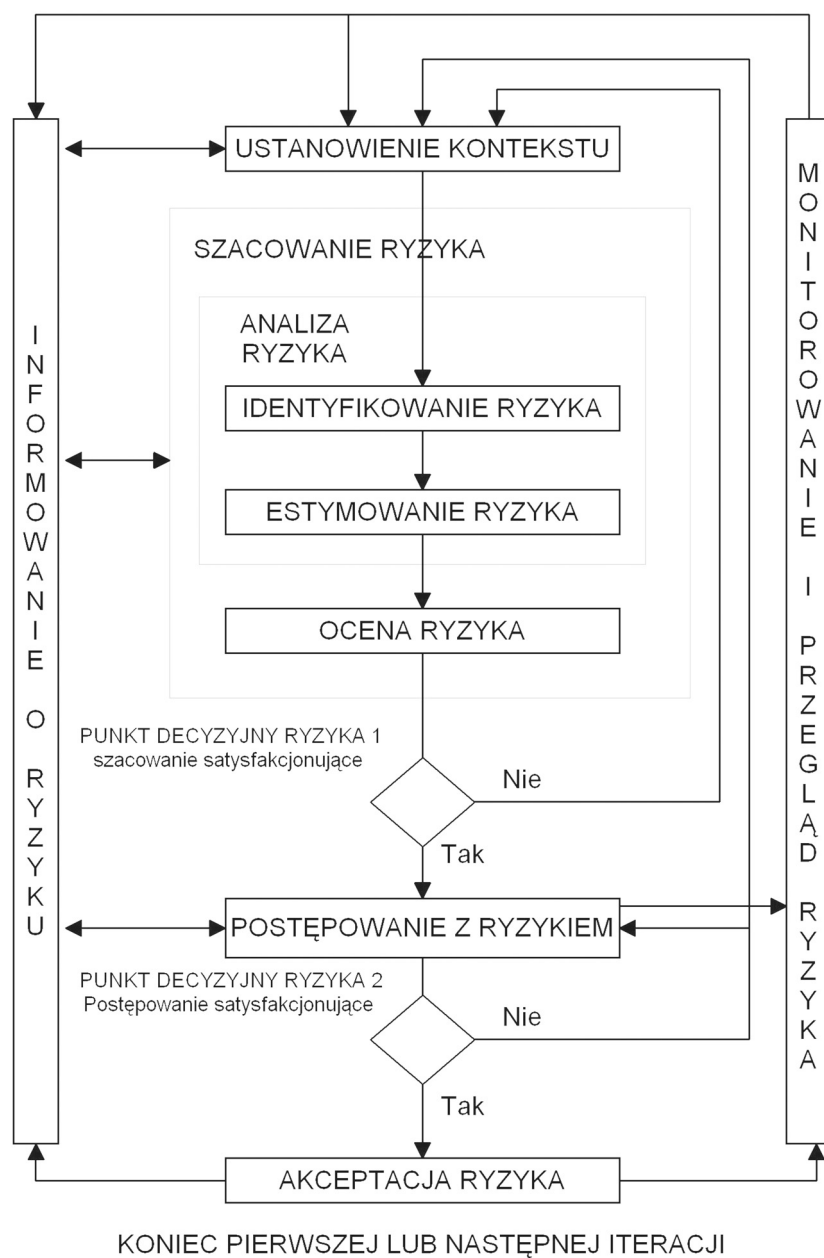
⁸ Jest ono odniesieniem do zadań: „zdefiniować zakres i granice SZBI”, „zdefiniować politykę SZBI” oraz „zdefiniować podejście do szacowania ryzyka” określonych w normie PN-ISO/IEC 27001: 2007.

⁹ Ryzyko jest kombinacją następstw będących wynikiem zajścia zdarzeń niepożądanych oraz prawdopodobieństwa zajścia tego zdarzenia.

¹⁰ Wszystko, co ma wartość dla organizacji.

¹¹ PN-ISO/IEC 27005: 2010: Proces przypisywania wartości prawdopodobieństwu i następstwom ryzyka.

Rysunek 2. Proces zarządzania ryzykiem w bezpieczeństwie informacji



Źródło: PN-ISO/IEC 27005:2010.

Ocena ryzyka prowadzona jest w oparciu o uzyskaną z pierwszego etapu listę rodzajów ryzyka z przypisanymi wartościami oraz kryteria oceny ryzyka wypracowane podczas ustanawiania kontekstu.

W zależności od uzyskanych ocen, konieczne jest podjęcie stosownych strategii postępowania z ryzykiem: 1) redukcja ryzyka (wdrożenie odpowiednich zabezpieczeń), 2) zachowanie ryzyka¹² (uznanie, że ryzyko mieści się w akceptowalnych normach), 3) unikanie ryzyka (unikanie działań lub warunków, które skutkują powstaniem ryzyka), 4) transfer ryzyka (np. ubezpieczenie). Przy wyborze danej strategii należy kierować się między innymi czynnikami ekonomicznymi. Możliwe jest łączenie strategii.

Po zastosowaniu danej strategii pozostaje nam ryzyko szczątkowe (rezydualne) – ważne jest, by mieściło się ono w obszarze ryzyka akceptowalnego. Formalnie udokumentowaną decyzję o akceptacji ryzyka, na podstawie planu postępowania z ryzykiem i oszacowaniu ryzyka szczątkowego, podejmuje kierownictwo organizacji. Zaleca się, by strony: decyzyjna i uczestnicząca w procesach związanych z ryzykiem, posiadała i wymieniała się informacją o ryzyku. Należy zapewnić plany informowania o ryzyku dla warunków normalnej eksploatacji, jak też dla sytuacji kryzysowych. Aby mechanizm ten działał skutecznie, musi być prowadzony w sposób ciągły. W sposób ciągły należy też monitorować i przeglądać rodzaje ryzyka i ich czynniki, w efekcie czego zapewniona zostanie szybka reakcja jednostki na zmiany wewnętrzne (np. wprowadzenie nowego systemu informatycznego) i zewnętrzne (np. zmiany w zapisach prawnych) oraz doskonalić sam proces.

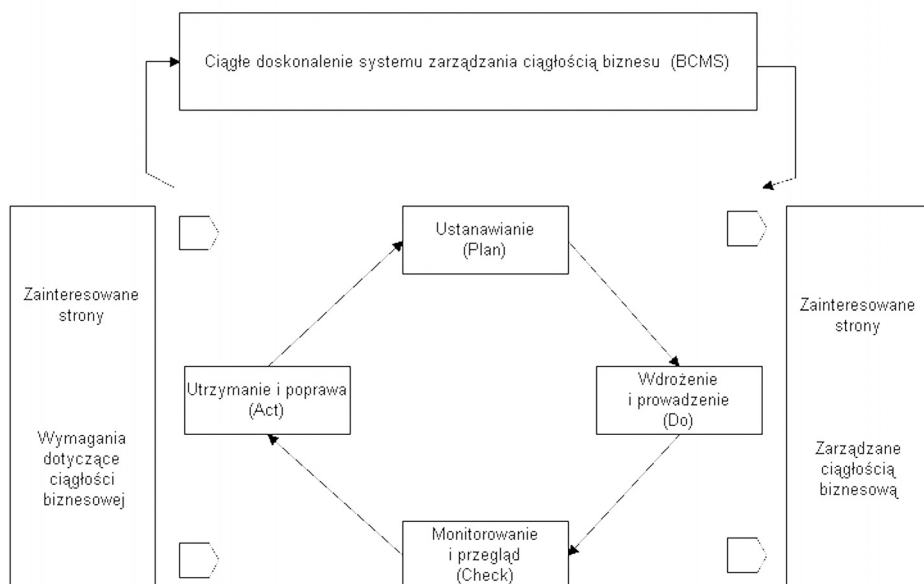
W zarządzaniu informacją należy również uwzględnić wątek ciągłości działania jednostki organizacyjnej (zapewnienie skutecznej realizacji planów strategicznych), co wiąże się z kolejnym obszarem, którym należy zarządzać. Zarządzanie Ciągłością Działania (BCM)¹³ jest elementem zarządzania jednostką organizacyjną zorientowanym na zapewnienie przetrwania organizacji w sytuacji wystąpienia zdarzenia kryzysowego. Normą, która obecnie jest uznawana jako standard w tej dziedzinie, jest ISO 22301: 2012¹⁴ (zastąpiła ona normę BS 25999-2). Jak w poprzednio opisanych normach, również i w ISO 22301: 2012 zaimplementowane jest podejście procesowe oraz model PDCA.

¹² W PN-ISO/IEC 27001: 2007 używa się pojęcia „akceptacja ryzyka”.

¹³ Ten często używany akronim z języka angielskiego jest rozwijany jako: *Business Continuity Management*. Coraz powszechniej używa się też akronimu BCMS: *Business Continuity Management System*, co jest bardziej adekwatne do treści i zakresu normy ISO 22301: 2012 *Social Security – Business Continuity management systems – Requirements*.

¹⁴ Niestety, brak jest polskiego wydania tej normy. Uzupełnieniem tej normy są dobre praktyki z zakresu zarządzania kryzysowego i budowy planów awaryjnych.

Rysunek 3. Model PDCA zastosowany do procesu BCMS



Źródło: ISO 22301:2012 (tłum. własne).

Norma określa wymagania udokumentowanego systemu zarządzania w zakresie: planowania, ustanawiania, wdrażania, działania, monitorowania, przeglądu, utrzymania oraz ciągłego doskonalenia. Głównymi tematami¹⁵, które norma podejmuje, są (pomijając wstęp, gdzie, oprócz prezentacji zawartości, umieszczono stosowane terminy i definicje):

- kontekst organizacji (środowisko, w którym działa organizacja),
- przywództwo (przywództwo i zaangażowanie, zaangażowanie kierownictwa, polityka, role w organizacji, odpowiedzialność i uprawnienia),
- planowanie (działania w zakresie ryzyka i szans, cele ciągłości działania oraz plany ich osiągnięcia),
- serwis (zasoby, kompetencje, świadomość, komunikacja, udokumentowane informacje),
- działanie (planowanie działania i kontrola, analiza wpływu na biznes i ocena ryzyka, strategia ciągłości działania, ustanowienie i wdrożenie procedur zapewniających ciągłość działania, ćwiczenie i testowanie),
- ocena działania (monitoring, pomiary, analiza i ocena, audyt wewnętrzny, przegląd zarządzania),
- doskonalenie (niezgodność oraz działania zapobiegawcze, ciągłe doskonalenie).

¹⁵ Są jednocześnie tytułami rozdziałów normy.

Metodą stosowaną podczas projektowania rozwiązań w zakresie ciągłości działania jest analiza BIA (*Business Impact Analysis*). Analiza wpływu na działalność, identyfikuje krytyczne dla jednostki procesy i zasoby, dając m.in. odpowiedzi, jak długo dany proces może być niedostępny (i jaki czas potrzebny jest na wznowienie działania), oraz w jakim stopniu dopuszcza się utratę danych dla danego procesu (RTO i RPO)¹⁶. Wyniki analizy BIA są źródłem informacji dla analizy ryzyka utraty ciągłości działania, w wyniku której otrzymuje się plan postępowania z ryzykiem i w efekcie plany ciągłości działania/plany odtworzeniowe. Podsumowując należy stwierdzić, że w wyniku zarządzania ciągłością działania uzyskuje się identyfikację zagrożeń dla organizacji oraz narzędzia reagowania w sytuacji kryzysowej, zapewniające utrzymanie działania organizacji w minimalnej, akceptowalnej konfiguracji (plany ciągłości działania, plany odtwarzania). W normie podkreśla się rolę sprawnego przywództwa. W krytycznych sytuacjach konieczne są szybkie, precyzyjne i pewne decyzje. Równie ważne jest, by istniejące mechanizmy poddawać okresowym testom sprawdzającym skuteczność zaprojektowanych rozwiązań. Wyżej zaprezentowane normy wydają się podstawowym zestawem, który należy uwzględnić przy projektowaniu bezpieczeństwa informacji. Możliwe jest oczywiście uzupełnienie podanego zestawu o inne, dostępne rozwiązania, np. PN-ISO/IEC 20000-1: 2007 czy PN-ISO/IEC 20000-2: 2007¹⁷.

Niestety, ograniczona objętość prezentowanej treści artykułu spowodowała konieczność kompromisu pomiędzy zachowaniem poprawnego merytorycznie opisu, a przystępnością treści dla osób niezwiązanych z tą tematyką. Zamiarem podstawowym było uświadomienie istotności zagadnień (w tym zagrożeń) i wynikających powinności, jakie spoczywają na zarządzających jednostką organizacyjną w kwestii zarządzania informacją i jej bezpieczeństwem.

Wszelkie normy nie stanowią tzw. twardego prawa¹⁸, niemniej coraz częściej widoczna jest ich rola – coraz więcej podmiotów decyduje się na certyfikację¹⁹ z tytułu wymogów zamawiającego daną usługę, widoczny jest również wpływ norm na przepisy prawa (np. w: 1) rozporządzeniu ministra spraw wewnętrznych i administracji z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych,

¹⁶ *Recovery Time Objective* (wymagany czas potrzebny do wznowienia przerwanej pracy) oraz *Recovery Point Objective* (akceptowalny poziom utraty danych wyrażony w czasie; jeżeli dla danego procesu nie dopuszcza się utraty danych, należy przyjąć, że RPO = 0).

¹⁷ Standard dla zarządzania usługami IT. Normy, wspólnie z wymienionymi wyżej: PN-ISO/IEC 27001, PN-ISO/IEC 27005, oraz normą PN-ISO/IEC 24762: 2010 Technika informatyczna – Techniki bezpieczeństwa – Wytyczne dla usług odtwarzania techniki teleinformatycznej po katastrofie, zostały wymienione jako wymagane w Rozporządzeniu Rady Ministrów z 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych.

¹⁸ Choć zdarzają się bezpośrednie przywołania norm w przepisach.

¹⁹ W zakresie związanym z bezpieczeństwem informacji można uzyskać certyfikat zgodności z normami PN-ISO/IEC 27001, ISO/IEC 22301. Również podczas akredytacji jednostek medycznych brane są pod uwagę elementy bezpieczeństwa informacji.

jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych; 2) ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która zawiera odnośniki do 3) ustawy z 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, oraz 4) ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia).

W przepisach prawa można również odnaleźć praktycznie bezpośrednio przywołania standardów audytorskich, czego przykładem jest ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w której w rozdziale 6 (art. 68) podejmowany jest temat kontroli zarządczej, która *de facto* jest implementacją standardu COSO.

Odwołując się bezpośrednio do przepisów prawa, które wymuszają na podmiotach leczniczych stosowanie rozwiązań związanych z bezpieczeństwem informacji, należy szczególnie przywołać (nie jest to pełna lista):

- ustawę z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,
- rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych,
- ustawę z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- ustawę z 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne,
- ustawę z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- ustawę z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- ustawę z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej,
- ustawę z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń u ludzi,
- ustawę z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- ustawę z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej,
- rozporządzenie ministra zdrowia z 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu zgłaszania incydentów medycznych oraz dalszego postępowania po ich zgłoszeniu,
- ustawę z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
- ustawę z 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych,
- ustawę z 27 lipca 2001 r. o ochronie baz danych,
- ustawę z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych,
- ustawę z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów,
- ustawę z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej,
- ustawę z 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy,

- ustawę z 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych,
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 20 lipca 2011 r. w sprawie podstawowych wymagań bezpieczeństwa teleinformatycznego.

Z powyżej przytoczonych aktów prawnych wynika, że w podmiotach leczniczych występują następujące kategorie informacji podlegające ochronie, które przykładowo można podzielić według klucza:

- 1) dane osobowe (w tym osobowe dane medyczne), tj. dane pacjentów, pracowników, kontrahentów²⁰, stażystów, wolontariuszy itd.,
- 2) informacje finansowe i dotyczące zamówień publicznych,
- 3) informacje publiczne²¹,
- 4) informacje dotyczące organizacji, metod i sposobów pracy jednostki medycznej (w tym dotyczące stosowanych technologii),
- 5) informacje objęte ochroną z tytułu praw autorskich, i/lub ochrony konkurencyjności, w tym działalności naukowej i badawczej,
- 6) informacje niejawne.

W związku z tytułem artykułu, rozwinięty zostanie temat bezpieczeństwa danych osobowych. W rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych, daną osobową jest informacja dotycząca zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej, przy czym osobą możliwą do zidentyfikowania jest osoba, której tożsamość można określić – bez nadmiernych kosztów, czasu lub działań – bezpośrednio lub pośrednio.

Specyficzną podkategorią danych osobowych, do których zaliczają się osobowe dane medyczne, są dane wrażliwe. Przetwarzanie danych osobowych, szczególnie danych wrażliwych, wymaga spełnienia szeregu powinności, za których realizację odpowiada administrator danych osobowych. Administratorem danych osobowych jest podmiot leczniczy, który reprezentowany jest przez dyrektora (właściciela) jednostki. Dostęp do danych powinien być możliwy tylko dla wyznaczonych przez administratora i przeszkolonych pracowników, w wyznaczonych do tego miejscach. Zbiory danych, z wyjątkiem zbiorów medycznych księgowych i kadrowych, muszą zostać zgłoszone i zarejestrowane w GODO²².

²⁰ Cytując za GODO (www.giodo.gov.pl/560/id_art/4474/j/pl/): „Z dniem 31 grudnia 2011 r. stracił moc obowiązującą art. 7a ust. 2 ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. Prawo działalności gospodarczej, który stanowił, że «Ewidencja działalności gospodarczej jest jawna i dane osobowe w niej zawarte nie podlegają przepisom ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych». Oznacza to, że od 1 stycznia 2012 r. przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych dotyczą informacji identyfikujących przedsiębiorców w obrocie gospodarczym.

²¹ Istotne jest, że bezpieczeństwo informacji to nie tylko zapewnienie poufności, ale też integralności, dostępności, autentyczności, rozliczalności, niezaprzeczalności i niezawodności.

²² GODO – Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Uwaga: dostępny jest projekt nowelizacji ustawy o ochronie danych osobowych, w którym w ramach deregulacji planuje się przekazanie prowadzenia rejestrów zbiorów Administratorowi Bezpieczeństwa Informacji.

Systemy informatyczne przetwarzające dane osobowe muszą spełniać szereg warunków opisanych w rozporządzeniu²³ do ustawy; Konieczne jest opracowanie dokumentów: polityki bezpieczeństwa, procedur bezpieczeństwa oraz opisanie struktur zbiorów danych oraz relacji między zbiorami. Należy zapewnić zabezpieczenie²⁴ danych osobowych niezależnie od medium wykorzystywanym do tego celu. W przypadku jednostek medycznych podstawą przetwarzania danych osobowych są przepisy prawa („ustawy medyczne”, kodeks pracy), oraz umowy zawarte ze stronami. W pewnych przypadkach przetwarzanie danych osobowych odbywa się na mocy zgody właściciela danych osobowych (pacjenta), należy jednak wtedy pamiętać, że taka zgoda może zostać w dowolnym momencie wycofana. Niezależnie od podstawy przetwarzania danych osobowych, administrator zobligowany jest do spełnienia obowiązku informacyjnego: każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane musi zostać poinformowana o adresie siedziby administratora danych osobowych i jego pełnej nazwie, celu zbierania danych, odbiorcach lub kategoriach odbiorców danych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania oraz dobrowolności albo obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej.

W praktyce spełnienie wymagań ustawy o ochronie danych osobowych w jednostkach medycznych (i nie tylko) napotyka szereg trudności. Ze względów lokalowych, organizacyjnych i finansowych (często przeszkodą są też przyzwyczajenia pracowników) trudno jest zapewnić, by dokumentacja zawierająca dane osobowe była należycie zabezpieczona dostępowo (zamykana) oraz by fakt ten był rejestrowany. Z tych samych względów ciężko jest też zapewnić poufność przy kontaktach z pacjentem: powszechna praktyka obchodu lekarskiego, podczas której pacjent, w obecności innych pacjentów uzyskuje informacje na temat swego stanu zdrowia, jest obarczona ryzykiem, że informacje te usłyszy również sąsiad. Podobnie rzecz się ma przy rejestracji pacjentów, a często też przy wywoływaniu pacjenta po nazwisku czy umieszczaniu jego podstawowych danych przy łóżku. W przypadkach tych dochodzi co najmniej do złamania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych, w tym wycieku danych wrażliwych. Z tego względu praktyki te powinny być zaniechane²⁵.

Osobną grupą zagadnień generującą trudności jest szeroko rozumiana informatyzacja jednostek medycznych. Pomijając temat spełniania wymagań ustawowych przez systemy informatyczne użytkowane w poszczególnych jednostkach i niechętnego stosowania tych

²³ Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urzędnicy i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024).

²⁴ W znaczeniu co najmniej: poufności, integralności i dostępności.

²⁵ Możliwe są rozwiązania polegające na zastosowaniu zgody pacjenta (która zawsze może być wycofana), niemniej docelowo powinno się dążyć do rezygnacji z tego typu rozwiązań zastępczych. W przyszłości, przy rozwiniętych systemach informatycznych coraz większą rolę będą odgrywać mechanizmy identyfikacji elektronicznej pacjenta, czego przykładem są wdrażane obecnie za sprawą ustawy o działalności leczniczej opaski identyfikacyjne.

zasad przez użytkowników, warto wymienić: 1) brak systemu centralnej wymiany informacji medycznej – choć istnieją lokalne rozwiązania integrujące, to powszechnie wymiana informacji między jednostkami medycznymi prowadzącymi wspólnie pacjenta jest nierozwiązana²⁶; 2) problem obsługi serwisowej zbiorów danych w systemach informatycznych w trybie powierzenia w trybie art. 31 ustawy: ze względu zawartość w zbiorach danych medycznych i ograniczeniach dostępu dla takich zbiorów, trudno jest zapewnić warunek adekwatności dostępu dla serwisantów; 3) zapewnienie rozwoju systemów z uwzględnieniem potrzeb jednostek medycznych – zapewnieniu funkcjonowania w chmurze, pełnej/skutecznej obsłudze identyfikatorów przewidzianych w ustawą o działalności leczniczej; 4) rozproszeniu danych poza systemy scentralizowane poprzez tworzenie dodatkowych zbiorów (np. w arkuszach kalkulacyjnych), które dodatkowo nie spełniają wymogów ustawowych.

Również w obszarze spójności przepisów prawnych można doszukać się trudności, czego dowodem jest korespondencja prowadzona między ministrem zdrowia a GODO. Wprowadzony niedawno nowy system eWUŚ pozwolił zażegnać spór dotyczący wykorzystania druków RMUA poświadczających prawo do korzystania z opieki medycznej. Trudne też bywa pogodzenie wymagań ustawy ze stroną etyczną zawodu lekarza, czego przykładem może być udzielanie informacji o stanie zdrowia przez telefon. Kluczową trudnością jest uwierzytelnienie osoby dzwoniącej: pomimo uprawnienia dostępu do informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, które odnotowane jest w jego dokumentacji medycznej, z wyjątkiem sytuacji osoby osobiście znanej lekarzowi, nie może on stwierdzić, czy osoba dzwoniąca jest tą, za którą się podaje. Proponowanym (i sprawdzonym) rozwiązaniem jest przydzielanie pacjentom i osobom upoważnionym numerów identyfikujących.

Powyższy zestaw przykładów nie wyczerpuje potencjalnych problemów rodzących się w praktyce dnia codziennego stosowania ustawy. Warto zauważyć, że wdrażanie rozwiązań w obszarach: bezpieczeństwa informacji z uwzględnieniem ochrony danych osobowych, zarządzania jakością (w tym obszarze mieści się prowadzona w szpitalach akredytacja jednostek) oraz kontroli zarządczej opiera się na podobnej metodologii. Możliwa jest więc próba tworzenia wspólnych regulacji (procedur). Zależy to głównie od stopnia dojrzałości organizacyjnej oraz od zainteresowania i zrozumienia potrzeby takich wdrożeń przez osoby zarządzające organizacją. Nie bez znaczenia jest również wola współpracy komórek zaangażowanych w poszczególnych obszarach. Z perspektywy każdej z nich działanie pozostałych jest komponentą ich własnych działań.

Stosowanie wszelkiego rodzaju identyfikatorów, opasek identyfikacyjnych budzi czasami sprzeciw, szczególnie wśród osób starszych. Zdarzają się komentarze, że są to działania rodem z systemu penitencjarnego. Przyczyna jest natury mentalnej i pewnej asocjacji do mających

²⁶ Stosuje się rozwiązania oparte o kurierską wymianę dokumentacji lub oddzwanianie do uprawnionej, wskazanej osoby. Jest to pewna forma zapewnienia szczególnej staranności dla zachowania bezpieczeństwa przy przetwarzaniu danych osobowych, niemniej nie należy ona do efektywnych/wygodnych.

miejsce w historycznej przeszłości zdarzeń. Należy więc prowadzić edukację, polegającą na uzasadnieniu potrzeby stosowania tego typu rozwiązań z perspektywy ochrony interesów pacjenta. Wdrażanie mechanizmów zarządzania bezpieczeństwem informacji, zarządzania jakością czy też kontroli zarządczej, może budzić sprzeciw z powodów nieformalnych – tu przyczyną jest naruszenie pewnego *status quo* w jednostce. Struktura organizacyjna zostaje zmieniona za sprawą powoływanych nowych komórek organizacyjnych, które ze względu na materię zadań, umieszczone są bezpośrednio przy najwyższym kierownictwie.

Zakres zadań: audyty, tworzenie powszechnie obowiązujących zaleceń, trudna materia tematu wraz ze specyficzną semantyką, niezależność zawodowa i mentalna względem środowiska medycznego nowej grupy zawodowej, może rodzić dystans w środowisku medycznym.

Można liczyć się z niechętnym udziałem w zmianach i odsuwaniem od siebie nowych tematów. Stan taki należy traktować jako przejściowy. Jak każda nowość po pewnym czasie znajdzie swój punkt równowagi, przy czym coraz częściej środowisko medyczne będzie akceptować i stosować szczególnie rozwiązania z zakresu bezpieczeństwa. Coraz powszechniej ma się do czynienia z jednostkami prywatnymi, a te ze względów ekonomiczno-prawnych (np. odszkodowań z tytułu spraw sądowych wszczynanych przez pacjentów) będą musiały brać pod uwagę ten aspekt. Sytuację tę obrazuje stosowanie zabezpieczeń w szpitalach w Stanach Zjednoczonych. Tam, pomimo zdecydowanie mniejszej ilości regulacji prawnych, pragmatyka wymusiła stosowanie bardzo restrykcyjnych metod zabezpieczania danych medycznych, przy których większość rozwiązań stosowanych w Polsce jest, używając eufemistycznego porównania „skromna”.

Podsumowując, można realnie zakładać, że nieuchronną rzeczą będzie w niedługim czasie poważne traktowanie słów przysięgi w deklaracji genewskiej: „Powierzone mi ich tajemnice szanować będę”.



kierownik Apteki Szpitalnej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, ekspert w Departamencie Farmacji Szpitalnej Naczelnej Rady Aptekarskiej, członek Zespołu Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, koordynator Europejskiego Podprojektu Szpitalnego w Polsce; członek zespołu ekspertów ds. opracowania programów kursów w kształceniu ciągłym; członek Rady Akredytacyjnej przy Ministrze Zdrowia; członek zespołu redakcyjnego strony internetowej dla farmaceutów szpitalnych

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA I OPTYMALIZACJA GOSPODARKI LEKAMI JAKO ZADANIA APTEKI SZPITALNEJ

STRESZCZENIE: Lekarz i farmaceuta mają do spełnienia niezwykle istotne funkcje w opiece zdrowotnej i choć zadania, które wykonują są odmienne, inne są też uprawnienia i kompetencje zawodowe, jednak cel, jaki mają osiągnąć, jest wspólny – skuteczne wyleczyć pacjenta, w najkrótszym możliwym czasie i w sposób uzasadniony kosztowo. Powinni pracować razem, tworząc zespoły interdyscyplinarne, które poradzą sobie z trudnymi problemami terapeutycznymi w szpitalu, gdyż tylko wtedy można zapewnić pacjentowi usługę najwyższej jakości.

ABSTRACT: Doctor and pharmacist have to fulfill very important functions in the health care system. Despite their different tasks, powers and professional competences they have a common goal i.e. to treat a patient effectively, in the shortest possible time and in the cost-justified manner. They should work together creating interdisciplinary teams that can cope with difficult therapeutic problems in a hospital, because only in such circumstances the highest quality of patient's care could be ensured.

Bezpieczeństwo pacjenta i optymalizacja gospodarki lekami to jedno z największych wyzwań dla instytucji opieki zdrowotnej. Prawidłowe działania szpitala w zakresie właściwej gospodarki lekami zapewnia wyłącznie wyspecjalizowana komórka szpitala, jaką jest apteka szpitalna. Istnieją bowiem czynności związane z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych, które nie mogą być wykonywane przez osoby nieposiadające wykształcenia farmaceutycznego. Czynności te zapisane są w ustawie Prawo farmaceutyczne, jako usługi farmaceutyczne. Nadrzędny cel właściwego gospodarowania lekiem to optymalizacja efektów terapeutycznych uzyskiwanych przez pacjenta poprzez rozsądne, bezpieczne, skuteczne, właściwe i uzasadnione kosztowo stosowanie leków. W tym celu należy:

- udzielić lekarzowi obiektywnej informacji o leku,
- sprawować nadzór nad Receptariuszem Szpitalnym (RS), doбором w nim leków bezpiecznych, o udowodnionej skuteczności, a nie tylko mocno reklamowanych,
- dopilnować, aby pacjent nie otrzymał leków wstrzymanych, wycofanych, przeterminowanych,
- sporządzić lek we właściwych warunkach,
- sprawdzić zarejestrowane wskazania do zastosowania leku,
- monitorować działania niepożądane,
- monitorować zużycie leków, w tym antybiotyków, aby przeciwstawić się narastającej oporności na antybiotyki na skutek nadużywania, złego łączenia, złego dawkowania itp.,
- prowadzić ewidencję produktów leczniczych, zgłaszać do przetargów, sprawdzać dokumentację,
- przyjąć odpowiedzialność materialną za kupione leki,
- dopilnować, by leki się nie marnowały,
- pracować aktywnie w komitetach działających w szpitalu.

Niestety, w polskich realiach nagminnie występujące braki kadrowe, wynikające z niedowartościowania tego stanowiska pracy, wzbudzają uzasadniony niepokój o bezpieczeństwo farmakoterapii hospitalizowanych pacjentów. Szukanie doraźnych oszczędności w ograniczaniu etatów dla farmaceutów skutkuje również wzrostem kosztów farmakoterapii z powodu braku nadzoru nad lekami w szpitalu. W czasie, kiedy również w ochronie zdrowia konkurencyjność jest ważnym elementem przetrwania, podnoszenie jakości świadczonych usług jest sprawą priorytetową.

Farmaceuta szpitalny, z racji swojego wykształcenia – o profilu innym niż lekarski – mający szeroką wiedzę fachową o lekach, powinien mieć stworzoną możliwość realizowania jednej z najważniejszych usług farmaceutycznych, jaką jest udzielanie rzetelnej informacji o leku. Lekarz powinien dostać pełną i obiektywną informację o leku, bo tylko wtedy może podjąć odpowiedzialną, mądrą decyzję. Około 50% zlecanych leków stosuje się nieprawidłowo i jest to przyczyną niepowodzeń terapeutycznych, cierpień pacjenta, wysokich kosztów opieki zdrowotnej, związanej z przedłużoną hospitalizacją oraz leczeniem powikłań polekowych. Najczęstsze problemy lekowe spowodowane nieprawidłowym stosowaniem i nadużywaniem leków to: zbędna farmakoterapia, zastosowany niewłaściwy lek, zastosowana niewłaściwa dawka lub dawkowanie, zbyt długi lub zbyt krótki czas leczenia, nieuwzględnienie wydolności układów eliminujących interakcje lekowe, nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących przygotowania i podania leków (np. szybkość wlewu) oraz niewłaściwe przechowywanie leków na oddziale. W tym kontekście nasuwa się kilka istotnych pytań:

Kto dopilnuje, by pacjent nie otrzymał leków wstrzymanych lub wycofanych z obrotu decyzją inspekcji farmaceutycznej lub przeterminowanych?

To farmaceuci codziennie zgodnie ze swoją procedurą sprawdzają strony internetowe inspekcji farmaceutycznej i uruchamiają proces zabezpieczania leków wstrzymanych, do dalszej decyzji inspekcji lub zwrotu producentowi leków wycofanych.

Kto lek sporządza, w tym w warunkach jałowych?

Sporządzanie leków recepturowych i aptecznych, w tym leków cytostatycznych oraz do żywienia do- i pozajelitowego, pozwala dostosować postać i dawkę leku do indywidualnych potrzeb pacjenta, dając wymierne korzyści ekonomiczne z własnej produkcji. Jeśli szpital prowadzi leczenie onkologiczne, konieczne jest zapewnienie właściwych warunków do przygotowania i podania preparatu cytostatycznego, zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu, co wymaga opracowania szczegółowych procedur postępowania z każdym preparatem cytostatycznym stosowanym w szpitalu. Faktem jest, że leki cytostatyczne charakteryzuje:

- niski współczynnik terapeutyczny – ważne jest więc precyzyjne obliczenie indywidualnej dawki,
 - duża toksyczność – hamują one podziały komórkowe zarówno komórek zmienionych nowotworowo, jak i zdrowych,
 - powodowanie wielorakich działań niepożądanych – spowodowanych m.in. koniecznością podawania ich łącznie z lekami stosowanymi w schorzeniach współistniejących.
- Wymagają więc szczególnego nadzoru, by zapewnić bezpieczeństwo stosowania leku:
- pacjentowi: sporządzanie w warunkach jałowych, w pomieszczeniu odpowiadającym wymogom, posiadającym właściwe wyposażenie,
 - personelowi przygotowującemu lek: właściwa odzież ochronna, częstotliwość wymian powietrza w pracowni, panujące w niej nadciśnienie,
 - środowiska: właściwe postępowanie z niewykorzystanymi produktami leczniczymi.

Leczenie żywieniowe w szpitalu i w warunkach domowych, to integralna część leczenia refundowanego przez NFZ, a obowiązująca ustawa – Prawo farmaceutyczne, sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego i leków do żywienia dojelitowego zalicza do usług farmaceutycznych. Jako podmioty właściwe do realizowania tych świadczeń ustawa jednoznacznie wskazuje apteki szpitalne. Leczenie żywieniowe domowe nie oznacza bowiem, że pacjent sporządza sobie preparat w domu. Kwestię tę reguluje art. 86 ust. 4 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne, mówiący że w aptekach szpitalnych ustalane są procedury wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta. Sformułowanie „wydawanie na oddziały” należy rozumieć jako wydawanie dla pacjentów leżących na oddziałach, natomiast „dla pacjenta” należy rozumieć – dla pacjenta będącego nadal pod opieką szpitalną, a więc wydawanie pacjentowi leków sporządzonych przez aptekę szpitalną, np. do żywienia domowego czy leków do programów terapeutycznych. Należy jedynie ustalić procedury wydawania i robi to szpital, gdyż brak w tym względzie stosownych rozporządzeń. Dodatkowo art. 72 pkt 3 ustawy zabrania hurtowniom farmaceutycznym dostarczania

produktów leczniczych bezpośrednio ludności. Wniosek jest oczywisty – lekarz nie może wypisać zapotrzebowania do hurtowni, a pacjent nie może otrzymywać do domu składników do sporządzenia mieszaniny żywieniowej, ani wyrobów medycznych do jej podania.

Pacjent nie może w domu sporządzać preparatu do podania dożylnego, podawać go sobie i dodatkowo brać na siebie odpowiedzialność za odpowiednie sporządzenie i podanie podpisując wymagane oświadczenie. Narodowy Fundusz Zdrowia, podpisując kontrakt ze szpitalem na udzielenie świadczenia żywienie domowe, zobligowany jest do zapewnienia przygotowania mieszanin żywieniowych w pracowniach leku jałowego, które są częścią aptek szpitalnych.

Kto sprawdzi zarejestrowane wskazania do zastosowania leku i właściwie opisać przedmiot zamówienia w postępowaniu przetargowym?

Zdarza się, że zarejestrowany lek o tej samej nazwie międzynarodowej (chemicznej), zawierający tę samą substancję aktywną co lek referencyjny, nie posiada zarejestrowanych wszystkich wskazań do stosowania.

Kto będzie monitorował działania niepożądane po zastosowaniu leku?

Niepożądane działanie leku (ndl) to każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego, występujące podczas stosowania dawek zalecanych u ludzi w leczeniu chorób, w celach profilaktycznych, diagnostycznych lub modyfikacji funkcji fizjologicznych. Jak można zmniejszyć liczbę i nasilenie działań niepożądanych? Sprawując nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii (*pharmacovigilance*), modyfikując schematy dawkowania leków, czyli stosować indywidualizację farmakoterapii z uwzględnieniem danych oraz oceniając profil bezpieczeństwa leku – określenie związku przyczynowo-skutkowego między stosowanym lekiem a obserwowanym działaniem niepożądanym. Wprowadzenie produktu leczniczego poprzedzają badania kliniczne, lecz łączą się one z udziałem niewielkiej liczby chorych, a jest on potem ordynowany milionom ludzi. Badania są prowadzone w warunkach szczególnych, odbiegających od codziennej praktyki lekarskiej i trwają zbyt krótko, by obserwować odległe skutki wpływu substancji leczniczej na organizm. W badaniach klinicznych można wykryć niepożądane działania leków występujące często i zwykle te, które można wytłumaczyć mechanizmem działania leku. Natomiast działania niepożądane występujące rzadko, są to reakcje wynikające z interakcji lekowych lub interakcji z żywnością – reakcje, których nie można wytłumaczyć mechanizmem działania leku, a są one praktycznie wykrywane dopiero wówczas, gdy lek znajduje się w obrocie i to przez dłuższy czas. Produkt leczniczy stosują wówczas wszystkie grupy chorych, w tym ludzie starsi, dzieci, chorzy ze współtowarzyszącymi chorobami, osoby o różnych nawykach żywieniowych, różnej aktywności fizycznej, narażeni na dodatkowe czynniki środowiskowe, obciążeni specyficznymi czynnikami ryzyka i mający różne nałogi. Wiedza o leku w momencie jego rejestracji jest niepełna, dopiero po dłuższym

czasie, gdy produkt leczniczy podawany jest różnym grupom chorych, pojawia się więc szansa na wychwycenie zagrożeń dotyczących tylko niektórych chorych.

Pełna wiedza o leku pozwala na ocenę jego wartości i porównanie go z innymi z tej samej grupy terapeutycznej. Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem raportowania działań niepożądanych. To wcale nie oznacza, że nie występują. Oznacza jedynie, że tak istotny obowiązek jest bagatelizowany.

Błąd medyczny – zdarzenie niepożądane

Błędy medyczne są jedną z głównych przyczyn śmierci i wypadków w szpitalach, występują wtedy, gdy postępowanie z pacjentem zostało wdrożone z pominięciem istotnych danych. Błędy mogą dotyczyć leków, zabiegów chirurgicznych, diagnozy, sprzętu, a także wyników laboratoryjnych. Ostatni raport sporządzony przez Institute of Medicine szacuje, że nawet do 100 tys. przypadków zgonów na rok w szpitalach jest skutkiem błędów medycznych. Oznacza to, że więcej osób umiera z powodu błędów medycznych niż z powodu wypadków samochodowych, raka piersi czy AIDS. W Polsce popełnianych jest 20 tys. błędów medycznych rocznie, to o 30% więcej niż w krajach ościennych. Zdarzenie niepożądane to dowolne niekorzystne zdarzenie o charakterze medycznym, niezależnie od tego, czy jest wynikiem stosowania leku.

Kto będzie prowadził ewidencję produktów leczniczych, zgłaszał do przetargów, sprawdzał dokumentację? Kto będzie monitorował zużycie leków? Kto dopilnuje, by leki się nie marnowały? Kto będzie pracował w zespołach interdyscyplinarnych, w komitetach szpitalnych, takich jak Komitet Terapeutyczny?

Do zadań Komitetu Terapeutycznego (KT) należy

- aktualizacja Receptariusza Szpitalnego (RS); apteka szpitalna sprawuje nadzór nad Receptariuszem Szpitalnym, doborem w nim leków bezpiecznych, o udowodnionej skuteczności. Receptariusz Szpitalny (RS) to zbiór ustaleń obowiązujący cały personel szpitala w zakresie ordynowania i dyspensowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu prowadzenia racjonalnej gospodarki. Niezwykle istotny jest dobór leków w RS. Wykaz/indeks leków powinien być sporządzony według klasyfikacji ATC (anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna), powinien zawierać DDD (dobową dawkę definiowaną według WHO), oraz jej koszt (DDD = średnia dawka stosowana w podstawowym zastosowaniu leku). Zaletą systemu DDD według WHO jest fakt, że wszystkie analizy spożycia leków są porównywalne, co pozwala lekarzowi na wybór leku z danej grupy bardziej świadomie, z określeniem kosztu kuracji dobowej. Przy niedostatkach finansowych i zwiększonych wydatkach na leki w szpitalach, ogromne zadanie ma tu do wykonania apteka szpitalna, dobierając taki skład leków w RS, by zapewnić wszystkim oddziałom szpitala niezbędne, bezpieczne, sprawdzone produkty lecznicze, bez narażania szpitala na niepotrzebne wydatki;

- opracowywanie standardów ordynowania i dyspensowania produktów leczniczych obowiązujących cały personel szpitala;
- opracowywanie wzorów dokumentów wewnętrznych do współpracy apteki szpitalnej z oddziałami;
- rozpatrywanie wniosków oddziałów szpitalnych dotyczących wprowadzenia do RS nowych leków;
- tworzenie zasad racjonalnej farmakoterapii – procedury, analizy;
- opiniowanie zasadności zastosowania leków spoza RS;
- rozpatrywanie wniosków o zmiany w rekomendacjach i standardach postępowania opracowanych przez inne zespoły działające w szpitalu;
- ocena na podstawie losowo wybranej dokumentacji, zasadności stosowania leków oraz wyrobów medycznych, ich łączenia, dawkowania, efektów terapii, ewentualnego wystąpienia działania niepożądanego czy błędu medycznego, z adnotacją przy tej ocenie, czy były raportowane;
- analiza uzyskanych ocen i przedstawianie wniosków dyrekcji szpitala.

W ramach Komitetu Terapeutycznego powinien działać zespół ds. antybiotykoterapii, do zadań którego należy opracowanie szpitalnej polityki antybiotykowej. Powinna ona potem zostać skierowana do zatwierdzenia przez Komitet Terapeutyczny oraz stale monitorowana jej realizacja. W ramach Komitetu Terapeutycznego powinien również działać zespół ds. farmakoeconomiki, którego zadaniem jest prowadzenie wszystkich spraw związanych z optymalizacją kosztów farmakoterapii w szpitalu, w szczególności:

- monitorowanie dostępnych na rynku krajowym i zagranicznym produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz analiza porównawcza cen oferowanych przez poszczególnych dystrybutorów,
- prowadzenie analizy zużycia produktów leczniczych z uwzględnieniem dawek i postaci leków, w aspekcie kosztów i standardów leczenia,
- dostarczanie kierownikowi apteki szpitalnej, ordynatorom oddziałów oraz dyrekcji szpitala, okresowych zestawień zużycia produktów leczniczych, analiz retrospektywnych, porównań DDD/100 dni hospitalizacji, wspomagających zarządzanie Receptariuszem Szpitalnym,
- wypracowanie, we współpracy z poszczególnymi oddziałami szpitala, kosztów farmakoterapii dla wszystkich jednostek chorobowych leczonych w szpitalu.

Przewodniczącym KT powinien być (często jest) farmaceuta znający rynek farmaceutyczny, analizujący każdy spływający wniosek pod względem bezpieczeństwa stosowania, kosztów terapii, wiarygodności doniesień i publikacji o wyższości proponowanego preparatu nad istniejącym już w RS o tych samych wskazaniach. Należy organizować regularne spotkania w celu nowelizacji RS w sposób niemnożący pozycji, ale tak, by nowo wprowadzony lek zajmował miejsce tego, którego wyparł z listy. Każde spotkanie powinien przygotować

farmaceuta, opierając się na rzetelnych, obiektywnych analizach, w rekomendacjach i standardach proponować zmiany, uzasadniać je, uzyskując lub nie, akceptację członków komitetu.

Każde spotkanie powinno być protokolowane, a zatwierdzone zmiany niezwłocznie nioszone do RS, oraz uregulowane poleceniem służbowym lub zarządzeniem dyrektora szpitala w przypadku dokonania znacznych zmian.

Komitet ds. zakażeń szpitalnych

W ostatnich latach ogromnym problemem terapeutycznym stały się zakażenia szczepami wieloopornymi, to znaczy opornymi na co najmniej trzy odrębne grupy terapeutyczne, które stanowiły dotychczas najważniejsze leki w leczeniu zakażeń przez nie wywoływanych. Główną przyczyną powstawania trudnych w leczeniu zakażeń jest brak polityki antybiotykowej w szpitalach oraz ograniczenie badań mikrobiologicznych, a więc dominacja empirycznego leczenia pacjentów i często brak kontroli stosowanych antybiotyków. To farmaceuta, współpracując z przedstawicielami innych zawodów medycznych, zbiera informacje o skali zużycia antybiotyków, identyfikuje antybiotyki strategiczne dla szpitala, rozpoznaje schematy terapeutyczne najczęściej występujących zakażeń, analizuje wyniki badań mikrobiologicznych oraz dobiera antybiotyki w RS, dokonując ich podziału na grupy i wprowadzając ograniczenia w stosowaniu niektórych tak, aby zminimalizować ryzyko selekcji szczepów opornych.

Problemem narastającej oporności bakterii na leki był i w dalszym ciągu jest często niedostrzegany i bagatelizowany przez różne ogniwa systemu opieki zdrowotnej. W świadomości służby zdrowia, ale także i społeczeństwa, utrzymuje się przekonanie, że antybiotyki są i będą zawsze skuteczne, a te, na które powstała oporność będą szybko zastępowane nowymi, skutecznymi preparatami. Tymczasem w ostatnich 20 latach wprowadzono na rynek jeden nowy antybiotyk, pozostałe stanowiły jedynie modyfikację już istniejących leków. Dlatego do priorytetowych zadań osób i instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne należy szeroka edukacja zarówno profesjonalistów, jak i społeczeństwa, a także osób odpowiedzialnych za politykę lekową. Niestety, utrzymuje się we współczesnej medycynie tendencja do uzyskania maksymalnie szybkiego efektu terapeutycznego, w jak najkrótszym czasie, często bez oglądania się na odległe, negatywne skutki takiego postępowania. Coraz większą pokusą jest więc dla lekarza leczenie zakażeń niezagrożających choremu lekami, które powinny być zarezerwowane do leczenia zakażeń ciężkich.

Organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne

Kolejna usługa farmaceutyczna – zadzwonić i zamówić – wydawałoby się prosta i łatwa, wymaga sporo pracy:

- przygotowywanie załącznika do SIWZ (specyfikacja istotnych warunków zamówienia),
- wnioskowanie o rozpoczęcie procedury przetargowej zgodnie z załącznikiem asortymentowo-ilościowym sporządzonym przez aptekę,

- udział w pracach komisji przetargowej – farmaceuta ma głos decydujący przy rozstrzygnięciach, co nie oznacza, że musi uczestniczyć we wszystkich czynnościach przetargowych,
- poszukiwanie nowych możliwości zamawiania leków,
- weryfikacja informacji dotyczących nowo zarejestrowanych leków oryginalnych i odtworczych w porównaniu z lekami o równoważnych wskazaniach stosowanych w szpitalu, znajdujących się w RS,
- prowadzenie ewidencji,
- sprawdzanie wiarygodności dostawców i jakości produktu leczniczego (karty charakterystyki),
- zapewnienie bezpieczeństwa stosowania, np. natychmiastowe wycofanie z obrotu z oddziałów i apteki leków wstrzymanych lub wycofanych komunikatem nadzoru farmaceutycznego,
- opracowanie procedur wydawania leków w trybie „na ratunek” oraz w godzinach zamknięcia apteki,
- wydawanie zgodnie z opracowanymi procedurami – w przypadkach utrudnionego dostępu do niektórych leków.

Pojawiają się różne pomysły – wspólnych zakupów, zlecenie usług na zewnątrz i tym podobne. Podmioty oferujące takie usługi proponują przeprowadzanie procedur zakupowych w oparciu o rachunek ekonomiczny bez odnoszenia się do wskazań terapeutycznych czy zmieniających się dynamicznie metod leczenia. Przeprowadzane przez firmy procedury zakupowe (często łącznie dla kilku obsługiwanych przez nią szpitali) powodują szereg trudności, zarówno natury prawnej, jak i praktycznej dla danego szpitala. Dotyczy to m.in. konieczności dostosowania procedur terapeutycznych poszczególnych jednostek do pewnego ustalonego schematu (jednakowe produkty lecznicze czy wyroby medyczne), czy ujednolicenia treści umów nie zawsze chroniących w odpowiedni sposób interes prawny konkretnego szpitala i gwarantujących „elastyczność” asortymentowo-jakościową przy ich realizacji.

Problemem jest również realizacja tzw. zamówień nieplanowanych, tych „dodatkowych” zamówień z reguły firma zewnętrzna nie uwzględnia w proponowanych szpitalowi rozwiązaniach systemowych, a co za tym idzie, nie bierze również odpowiedzialności za ich prawidłowe zrealizowanie. Podstawowym zaś pytaniem pozostaje, w jakim stopniu firma zewnętrzna będzie mogła i umiała, przy świadczeniu takich usług, nawiązać współpracę z personelem medycznym szpitala oraz apteką (przepływ informacji, decyzyjność, odpowiedzialność prawną). Opracowując bowiem strategię działania w zakresie polityki finansowo-rzeczowej szpitala, firma często stosuje jednak rozwiązania schematyczne. Należy wyraźnie zaznaczyć, że dyrektor szpitala ponosi administracyjną i cywilną odpowiedzialność za działania firmy zewnętrznej jak za swoje.

Badania kliniczne prowadzone w szpitalu = eksperyment medyczny przeprowadzany z udziałem ludzi

Ustawa Prawo farmaceutyczne wśród wymienionych usług farmaceutycznych, zawiera zapis mówiący, że farmaceuta bierze udział w badaniu klinicznym, lecz jak wiele innych, często bywa nierespektowany lub rozumiany w taki sposób, że farmaceuta wykonuje czynności fachowe przy badanym leku w ramach umowy o pracę w szpitalu. Idąc tym trybem myślenia, również lekarz i pielęgniarz zatrudnieni w szpitalu wykonują swoje czynności fachowe przy pacjencie w ramach umowy o pracę, w godzinach pracy lub dyżuru. Tak oczywiście nie jest. Lekarz i pielęgniarz wchodzi w skład członków zespołu badaczy, są osobno wynagradzani, dlaczego więc farmaceuta potraktowany ma być inaczej? Badania odbywające się bez współudziału apteki szpitalnej/działu farmacji szpitalnej, czyli podmiotów ustawowo powołanych do obrotu produktem leczniczym na terenie szpitala, zagrażają bezpieczeństwu pacjenta, nie gwarantując odpowiedniej jakości podawanego leku. Naruszane są również podstawowe zasady obrotu produktem leczniczym, gdyż nie są dokonywane przez jednostkę i osobę ustawowo do tego upoważnioną. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, tylko apteka szpitalna lub dział farmacji szpitalnej są jedynymi miejscami w szpitalu, gdzie produkt leczniczy może być przechowywany. Użyte w różnych aktach prawnych nieprecyzyjne sformułowania, takie jak: „badacz obowiązany jest do przechowywania badanego leku”, są często rozumiane dosłownie i w konsekwencji badacz przechowuje badany produkt leczniczy np. w kartonie pod biurkiem. Ponadto lek zamawiany przez oddział szpitalny, w którym przeprowadzane jest badanie kliniczne, odbierany jest od firm przewozowych przez osoby przypadkowe i magazynowany w szafach na oddziałach często obok innych próbek do równoległe prowadzonych badań klinicznych. Rodzi się więc pytanie, kto zapewnia właściwy nadzór nad badanym produktem leczniczym? Przecież stosowany jest w procesie leczenia ludzi i musi podlegać takim samym procedurom, jak każdy lek stosowany w szpitalu. Najogólniej mówiąc, musi być przechowywany w odpowiednich warunkach, a jego przygotowanie i wydanie, kontrolowane przez osobę uprawnioną. Również sponsor zlecający przeprowadzenie badania klinicznego produktu leczniczego obowiązany jest znać regulacje prawne w tym zakresie, obowiązujące w kraju. A więc określić warunki przechowywania badanego leku – czy, np. w aptecce szpitalnej, jak każdy inny lek, oraz zapewnić udział w organizowaniu i przeprowadzeniu badania klinicznego osób posiadających kwalifikacje umożliwiające jego przeprowadzenie.

Ustawa Prawo farmaceutyczne nakazuje nie tylko sponsorowi, ale również komisji bioetycznej, wydającej opinię o badaniu oceniać w szczególności m.in. poprawność wyboru badacza i członków zespołu. W rzeczywistości natomiast w komisjach bioetycznych funkcjonujących zazwyczaj przy uczelniach medycznych bardzo często nie ma farmaceutów. Często czynności należne farmaceutom wykonują osoby do tego nieuprawnione, co może zaważyć

tak na jakości badania, jak i na wynikach. A przecież rzetelność przeprowadzonych badań i wiarygodność otrzymanych wyników skutkuje rejestracją leku i masowym stosowaniem. Nie do przecenienia jest więc staranność i poprawność badania, fachowość członków zespołu, przestrzeganie obowiązującego prawa, gdyż dotyczy to zdrowia i życia wszystkich ludzi. Istotną też kwestią, która w Polsce nie jest prawnie uregulowana, a podnoszona przez audytatorów zewnętrznych, jest potrzeba opracowania przez komitet terapeutyczny szpitala własnych rekomendacji do stosowania leków „poza zarejestrowanymi wskazaniami” (*off label use*). Są wprowadzić zapisy w ustawie o zawodzie lekarza, na podstawie których szpital może opracować rekomendacje do stosowania leków *off label*, niezbędnych do udzielania świadczeń. Zapis taki brzmi:

Lekarz może wykonywać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody, nie zapominając przy tym, że zgoda ta nie oznacza zwolnienia lekarza z odpowiedzialności za działanie zgodnie ze sztuką, czy też nie zamyka drogi pacjentowi do dochodzenia należnych mu praw.

Za zastosowanie leku *off label* lekarz jest odpowiedzialny nie tylko wobec pacjenta, lecz również finansowo wobec NFZ, jeśli terapia będzie zrefundowana, gdyż refundacja związana jest ze wskazaniem rejestracyjnym, a nie terapią choroby. Terapia lekiem *off label* jest w 100% odpłatna, obowiązkiem lekarza jest ją zaznaczyć. Lekarz, decydując się na taką terapię:

- wcześniej sprawdza, czy istnieją inne opcjonalne sposoby postępowania o udowodnionej skuteczności w danym wskazaniu oraz składa stosowne oświadczenie,
- wskazuje publikacje w podręcznikach lub czasopismach, które potwierdzają skuteczność i zasadność wybranego postępowania,
- uzyskuje pisemną, świadomą zgodę pacjenta,
- monitoruje stan jego zdrowia.

Odpowiedzialność spoczywa również na farmaceutce, wydającym odpowiednik leku pełnopłatnego przepisane przez lekarza, który nie posiada takich samych zarejestrowanych wskazań. W przypadku leku refundowanego może dokonać wymiany jedynie wtedy, gdy zarejestrowane wskazania są takie same. Jeśli farmaceuta dokona zamiany, a pacjent ponieść szkodę w wyniku zastosowania leku o innych niż przepisane wskazaniach, będzie mógł dochodzić roszczeń właśnie od farmaceuty. Natomiast, gdy stosowanie leku *off label* nie znajduje potwierdzenia w aktualnej wiedzy medycznej, to postępowanie takie uznaje się za eksperyment medyczny. Poprawa jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych to podejmowanie działań:

- zwiększających bezpieczeństwo farmakoterapii pacjenta poprzez monitorowanie ordynacji lekarskich oraz działań niepożądanych leków,
- racjonalizacja gospodarki lekami w szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem antybiotyków,

- sporządzanie produktów leczniczych przez osoby do tego uprawnione, w pomieszczeniach spełniających standardy Dobrej Praktyki Wytwarzania,
- tworzenie zespołów interdyscyplinarnych.

Korzystanie w szerszym zakresie z wiedzy farmaceutów szpitalnych wpłynie więc na podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez bezpieczne sporządzanie leków, ograniczanie ilości zlecanych leków, zmniejszenie interakcji, zredukowanie występowania działań niepożądanych i zmniejszenie liczby powikłań polekowych. Tylko wykorzystując na każdym etapie leczenia profesjonalizm wszystkich pracowników medycznych można zapewnić pacjentowi usługę najwyższej jakości.

CZĘŚĆ 2

ZAPEWNIENIE JAKOŚCI USŁUG ORAZ BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW I PERSONELU

SYSTEMY ZEWNĘTRZNEJ OCENY JAKOŚCI W PODMIOTACH LECZNICZYCH

STRESZCZENIE: Rozdział omawia systemy zewnętrznej oceny jakości opieki, możliwości ich zastosowania w ochronie zdrowia. Autorzy omawiają takie systemy, jak system wizytacji, systemy audytu medycznego certyfikacji w oparciu o normy ISO, ocenę rówieśniczą, akredytację oraz system Europejskiej Nagrody Jakości. Wskazano również na możliwość wykorzystania tych systemów dla potrzeb ochrony zdrowia oraz dokonano ich porównania pod względem funkcjonalnym. Rozdział zawiera również informacje o rozwoju akredytacji w Polsce w latach 2009–2012.

ABSTRACT: Chapter is dedicated to the discussion of external quality assessment systems. Possibilities of their application in health care sector. The authors discuss such systems as the Visitation, Medical Audit, Certification based on ISO standards, peer assessment, Accreditation and the European Foundation of Quality Management. The possibility of using these systems to health care were reviewed and compared in terms of their functionality. It also provides information about the development of accreditation in Poland in the years 2009–2012.

Metody wykorzystywane są do oceny jakości w ochronie zdrowia uzależnione są poniekąd od psychologicznego nastawienia do samej oceny. W zależności od tego, czy system jest skoncentrowany na kontroli, czy zaangażowaniu osób uczestniczących w poprawie, można je podzielić na trzy podstawowe grupy:

- **„Skontrolujemy Cię”** – podejście związane z tradycyjnym myśleniem o jakości. Wskazuje, że tylko przez zastosowanie systemów nakazów i kar związanych z ich niespełnieniem, możliwe jest zapewnienie właściwego poziomu opieki. System związany z prawnymi regulacjami, podstawowymi normami dotyczącymi funkcjonowania np. licencjonowanie, kontrole, inspekcje;
- **„Pokaż nam, że spełniasz standardy”** – wykorzystujący wolę jednostki (instytucji) do spełnienia określonych standardów jakości. System ten bazuje na jawnych standardach i czytelnej procedurze oceny. Zaliczyć do niego można takie systemy, jak: audyt medyczny, system wizytacji, akredytacja, certyfikacja ISO;

- **„Wierzmy, że wiesz jak to zrobić najlepiej”** – podejście zakłada, że istnieje wewnętrzna presja na stałe doskonalenie się i poprawę dotychczasowych wyników funkcjonowania. Do rozwiązania, które wpisuje się w to podejście należy zaliczyć ocenę grup rówieśniczych (*peer review*). Do tej grupy można również zaliczyć systemy doskonałości tj. Europejską Nagrodę Jakości i jej amerykański odpowiednik Malcolm Baldrige National Quality Award (S. George *et al*).

Systemy zewnętrzne oceny mają różne korzenie, jedne stworzone były z myślą o systemie opieki zdrowotnej, inne wywodzą się z przemysłu.

Tabela 1. Historia systemów zewnętrznej oceny

	Pochodzenie	Rok rozpoczęcia
Akredytacja szpitali	ochrona zdrowia	1917
ISO	przemysł	1947
System wizytacji	ochrona zdrowia	1986
Malcolm Baldrige National Quality Award	przemysł, edukacja, ochrona zdrowia	1987
European Forum for Quality Management (EFQM).	przemysł	1988

Źródło: opracowanie własne.

SYSTEM WIZYTACJI

System wizytacji został wprowadzony przez Holenderski Instytut Zapewnienia Jakości (CBO), dlatego też w Holandii jest on najlepiej rozwinięty. Wizytacje można definiować jako ocenę jednostki przeprowadzoną w oparciu o standardy, w celu oceny jakości działań profesjonalistów – szczególnie lekarzy. Ocena taka, podobnie jak w przypadku wizyty akredytacyjnej, przeprowadzana jest przez rówieśników zawodowych, *peers*, z tą jednak różnicą, że w systemie wizytacji większy nacisk położony jest na ocenę działań ściśle medycznych. Inicjatorem wizytacji były holenderskie stowarzyszenia medyczne, które uczestniczyły zarówno w fazie tworzenia programów wizytacji, jak i ich implementacji.

Jednym z podstawowych warunków przeprowadzania wizytacji jest stworzenie klimatu zaufania. Wymaga ona od lekarzy podejścia samokrytycznego, nastawionego na samokształcenie, bowiem w trakcie wizytacji wizytowani są proszeni o przedstawienie grupie wizytujących informacji zwrotnych o działaniach oddziału i rozpoznanych możliwościach poprawy. Cały proces jest organizowany i administrowany przez „rówieśników” wywodzących się ze stowarzyszeń medycznych.

Wykorzystując ściśle określoną procedurę oraz systematycznie rozwijane profesjonalne standardy jakości, każda wizytacja skutkuje rekomendacjami poprawy. Omawiane są one

podczas specjalnej sesji na koniec dnia. Problemy sformułowane zostają w postaci pisemnego raportu, który dostarczany jest po dwóch–trzech tygodniach od wizyty. Raport odnosi się do organizacji oddziału oraz pozytywnych i negatywnych zjawisk zaobserwowanych w trakcie wizytacji. Wyniki wizytacji są poufne. Raport przesyłany jest wyłącznie lekarzom, którzy byli oceniani. Ważnym elementem systemu jest również dokonywanie systematycznej ewaluacji przeprowadzanych wizytacji. Co pięć lat każde z towarzystw ocenia stopień spełnienia rekomendacji oraz potrzeby ich zmiany.

AUDYT MEDYCZNY

Audyt to systematyczna krytyczna analiza jakości opieki medycznej, obejmująca stosowane procedury diagnostyczne i lecznicze, wykorzystywane zasoby, wyniki oraz ocenę jakości życia pacjentów. Z przytoczonej definicji wynika wyraźnie, że audyt medyczny koncertuje się na ocenie sposobów postępowania medycznego. Jest to ocena prowadzona przez zewnętrzne grupy ekspertów w oparciu o opracowane wcześniej standardy. Audyt, choć głównie przeznaczony dla oceny postępowania medycznego, wykorzystywany jest również jako audyt organizacyjny, a często łączy w sobie te dwa aspekty. Wielu z autorów dokonujących oceny funkcjonowania audytu zwraca uwagę, że w pierwszej fazie ich stosowania koncertowano się głównie na ocenie pojedynczych świadczeniodawców. Istotne jest jednak, by starać się ocenić nie tylko jednostkowe usługi zdrowotne, ale również zapewnić ciągłość opieki na poszczególnych szczeblach systemu. Ocena dokonywana w trakcie audytu jest oceną ustrukturalizowaną, najczęściej łączy się ona z oceną dokumentacji medycznej w oparciu o wcześniej przygotowane protokoły. Można wyróżnić dwa podstawowe typy audytu: ilościowy i jakościowy. Pierwszy z nich bazuje na ocenie zgromadzonych danych dotyczących dużej liczby pacjentów, wybranej jednostki chorobowej lub konkretnego procesu. Drugi odnosi się do oceny znaczących lub krytycznych zdarzeń. W tym przypadku analizie poddawany jest konkretny pojedynczy przypadek.

W krajach, w których rozwinął się system audytów medycznych np. Wielkiej Brytanii, istnieje powiązanie wyników audytów medycznych z kontraktowaniem świadczeń. Audyt staje się narzędziem do sprawdzenia, czy wymogi zawarte w kontrakcie są spełniane, powoduje, że ztraca się mechanizm poprawy. Działanie podejmowane przez praktyki czy świadczeniodawców skoncentrowane są wówczas na spełnieniu wymogów standardów natomiast zatracona jest funkcja edukacyjna i stymulacyjna jakości. Audyt medyczny związany z kontraktowaniem jest więc bliższy mechanizmom kontrolnym. W momencie, gdy nie ma tak mocnego powiązania audytu z kontraktowaniem, staje się on mechanizmem edukacyjnym wspierającym działania badawcze i naprawcze.

AKREDYTACJA

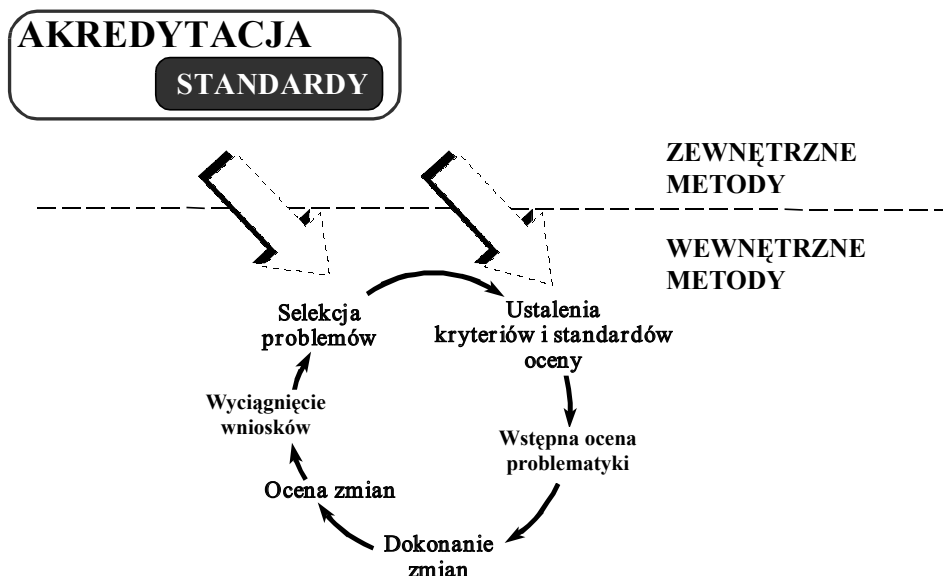
Program akredytacji odnosi się do systematycznej oceny jednostki opieki zdrowotnej w oparciu o jawne standardy. Stworzony w 1917 r. w Stanach Zjednoczonych, stał się podstawą funkcjonowania Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. W Europie po raz pierwszy zaczęto stosować go w 1981 r. w Katalonii. Trudno jest jednoznacznie opisać system akredytacyjny. Na świecie w 2009 r. funkcjonowało ponad 40 programów akredytacyjnych. Ta różnorodność jest jednocześnie zaletą i wadą systemu akredytacyjnego. Z jednej strony poziom standardów akredytacyjnych może być dostosowany do potrzeb kulturowych i poziomu danego kraju, z drugiej nie pozwala to na ujednolicenie oceny między poszczególnymi krajami.

Europejskie systemy akredytacyjne znajdują się obecnie na różnym poziomie rozwoju. W ostatnich latach najbardziej rozwinął się system akredytacji we Francji, gdzie przeprowadza ponad 700 wizytacji rocznie. Trzeba również podkreślić, że akredytacja nie dotyczy tylko szpitali, ale również innych form opieki w tym podstawowej i specjalistycznej.

Początki systemu akredytacji w Polsce datuje się na rok 1996; realizowane były pod kierunkiem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia prowadzonego wówczas przez R. Niżankowskiego. W pracach nad pierwszym zestawem standardów uczestniczyli przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej, Środowiska Pielęgniarskiego, Centrum Ekonomiki i Organizacji Ochrony Zdrowia. Pierwszy zestaw obejmował 46 standardów. W styczniu 1997 r. odbyła się pierwsza w Polsce wizyta akredytacyjna w SP ZOZ im. Styczńskiego w Chorzowie, przeprowadzona przez M. Bedlickiego i J. Surowca. Kolejne miały miejsce po przeszkoleniu wizytatorów. Uczestniczyli w niej przedstawiciele Joint Commission (C. Fink, H. Gurley), pierwsi wizytatorzy (D. Szklarek, K. Dziubińska-Kolender, K. Piskorz, B. Ulęząlek) oraz przedstawiciele CMJ (M. Bedlicki, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, J. Surowiec). Pierwsze wizyty dały podstawę do modyfikowania zestawu standardów akredytacyjnych, umożliwiły również dopracowanie procedury akredytacyjnej. Pozwoliły na wydanie zestawu standardów akredytacyjnych, których pierwsza wersja ukazała się w czerwcu 1997 r. W tym samym czasie została przeszkolona kilkunastoosobowa grupa wizytatorów, a tym samym możliwe było rozpoczęcie kolejnych już rutynowych wizyt akredytacyjnych.

Akredytacja jako zewnętrzna metoda oceny jakości wykorzystując standardy pozwala na dokonanie pomiarów aktualnego stanu funkcjonowania jednostki oraz dokonanie porównań zmian zachodzących w stopniu spełnienia standardów w perspektywie czasowej i w stosunku do poszczególnych problemów. Tym samym akredytacja może być również wykorzystana jako metoda benchmarkingu.

Rysunek 1. Wpływ procesu akredytacji na wewnętrzne mechanizmy jakości



Źródło: opracowanie własne.

Dzięki licznym staraniom i aktywności Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, docenieniu problematyki jakości przez Ministerstwo Zdrowia, system akredytacji w Polsce doczekał się regulacji ustawowych. Od 2009 r. akredytacja jest prowadzona na podstawie Ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia z 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641). Zasady procedury akredytacyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez przedmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. Nr 150, poz. 1216). Akredytacji udziela minister zdrowia, kierując się rekomendacją Rady Akredytacyjnej, w skład której wchodzi obecnie przedstawiciele: ministra zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Rekomendacja Rady jest wydawana po zapoznaniu się z dokumentami przedstawionymi przez Ośrodek Akredytacyjny – CMJ, który przeprowadza przegląd jednostki pod kątem spełniania wymogów standardów akredytacyjnych. Minister zdrowia może udzielić akredytacji na okres 3 lat lub odmówić jej udzielenia. Akredytacja przyznawana jest po uzyskaniu co najmniej 75% możliwej do uzyskania punktacji; wynik poniżej 75% skutkuje

odmową przyznania akredytacji. Do wiadomości publicznej podawane są jedynie decyzje pozytywne. W latach 1998–2012 przeprowadzono 469 wizyt i na ich podstawie wydano 366 decyzje o akredytacji pełnej, 45 decyzji o akredytacji warunkowej (przyznawanej do roku 2009) oraz 58 decyzji odmownych.

To, co bez wątpienia różni akredytacje od systemu EFQM i ISO, a stanowi zarazem pewien spójnik pomiędzy poszczególnymi systemami akredytacyjnymi, zawiera się w trzech elementach:

- system akredytacji dedykowany jest opiece zdrowotnej – w związku z tym standardy odnoszą się nie tylko do ogólnych procesów zapewnienia jakości (tak jak w ISO, EFQM), ale łączą ze sobą ocenę procesów odnoszących się do ogólnego funkcjonowania organizacji, takich jak planowanie, kierowanie, ocena procesów ściśle związanych z funkcjonowaniem podmiotów działalności leczniczej zakładów opieki zdrowotnej, takich jak planowanie opieki czy kontrola infekcji; standardy jednakowe dla danego rodzaju podmiotu udzielającego świadczeń;
- oceny dokonują profesjonaliści medyczni: pozwala to na wgląd w medyczne aspekty funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej m.in. przez przegląd medycznej dokumentacji pacjenta;
- system pozwala na gromadzenie informacji o powtarzających się problemach czy niespełnianych standardach. Ta informacja jest istotna zarówno dla płatnika, jak i dla strony rządowej, gdyż pozwala na podejmowanie działań wymuszających spełnienie poszczególnych standardów. Często przy instytucjach akredytujących powstają bazy danych odnoszące się do monitorowania wskaźników procesu. Instytucje te stają się więc równocześnie centrami wymiany doświadczeń w zakresie organizowania opieki.

Obecnie wiele programów akredytacyjnych stosuje połączone kryteria modelu amerykańskiego, ISO i EFQM. Oznacza to, że w obszarze zainteresowania standardów akredytacyjnych znajdują się zarówno elementy ściśle związane z funkcjonowaniem systemu jakości, jak i dotyczące doskonałości w funkcjonowaniu organizacji. Akredytacja odnosi się również do wybranych aspektów działalności klinicznej w czym zbliżona jest do systemu wizytacji.

CERTYFIKACJA ISO

International Standards Organization (ISO)¹ – pod tą nazwą nie należy dostrzegać pojedynczej instytucji, ale raczej federację narodowych organizacji standaryzujących (np. British Standard Institution). System ten wywodzi się z brytyjskiego przemysłu zbrojeniowego, a powstał w 1947 r. ISO opracowało ponad 11 000 standardów odnoszących się do przemysłu, ekonomii, nauki (Heaton).

¹ www.iso.ch.

Standardy ISO 9000 opracowano w zakresie systemów jakości tak, aby zapewnić efektywne prowadzenie przedsiębiorstwa. Seria standardów ISO 9000 używana jest również do oceny jednostek opieki zdrowotnej. Cały proces oceny w oparciu o standardy ISO składa się z następujących elementów: przygotowanie, audyt, raport.

Przygotowanie

Zarówno jednostka certyfikująca, jak i instytucja oceniana biorą aktywny udział w fazie poprzedzającej oceną. Przygotowania można podzielić na:

- 1) samoocenę,
- 2) selekcję i szkolenie audytorów,
- 3) tworzenie zespołu audytującego,
- 4) ocenę wstępną.

Instytucja ubiegająca się o certyfikat ISO musi wykazać się odpowiednim przygotowaniem. Poziom przygotowania może być zaprezentowany poprzez dokumentację, audyty wewnętrzne, ocenę dokonaną przez zarządzających oraz audyt wstępny, przeprowadzony przez instytucję zewnętrzną. Procedura stosująca standardy ISO nie wymaga, aby audytorzy oceniający jednostki opieki zdrowotnej posiadali medyczne wykształcenie, jednak niektóre organizacje certyfikujące stawiają dodatkowe wymagania audytorom zajmującym się oceną jednostek opieki zdrowotnej. Niektóre organizacje starają się dostosować standardy tak, aby były bardziej adekwatne do systemu opieki zdrowotnej. Skład zespołu audytorów nie jest ściśle określony. Wymagane jest jedynie, aby audyt prowadził audytor wiodący, którego kompetencje są precyzyjnie określone. Celem wstępnego audytu jest dokładne określenie zakresu certyfikacji. Ocenie bowiem podlegają tylko te zakresy funkcjonowania instytucji, na które zdecydował się dany zakład wybierając normę w oparciu, o którą będzie oceniany.

Audyt ISO

Audyt rozpoczyna się od spotkania wstępnego, na którym weryfikuje się zakres oceny, przedstawia audytorów i procedurę przeprowadzenia audytu. Następnie w wyniku wizytowania poszczególnych działów organizacji, przeglądu dokumentacji gromadzi się informacje i obserwacje dotyczące spełniania poszczególnych norm. Długość audytu uzależniona jest od liczby pracowników, infrastruktury i kompleksowości podstawowych procesów funkcjonujących w organizacji. W przypadku instytucji sektora opieki zdrowotnej ochrony zdrowia zespół audytorów liczy najczęściej od 1 do 3 osób.

Raport

Raport oceniający jest przygotowany pod kierunkiem audytora wiodącego. Raport zawiera szczegółowy plan, będący podstawą oceny, dokumentację na podstawie której oceniano, obserwacje dotyczące niespełnienia norm i ocenę poziomu niespełnienia normy. Decyzja

o przyznaniu certyfikatu jest podejmowana przez organizację certyfikującą, przy czym decyzja nie może być podejmowana przy udziale osób uczestniczących w audycie. Stąd też organizacje certyfikujące tworzą zespoły oceniające bądź decyzja podejmowana jest przez osobę głównego decydenta w danej jednostce certyfikującej.

GRUPA RÓWIEŚNICZA – PEER REVIEW

Ocena grup rówieśniczych jest jedną z metod oceny jakości, którą zaczęto stosować w połowie lat 70. w Stanach Zjednoczonych (Ch. E. Bogan). Obecnie stosowana jest również w wielu krajach Europy Zachodniej. Technika ta wykorzystywana jest szczególnie chętnie przez lekarzy rodzinnych, m.in. w Holandii, Wielkiej Brytanii, Irlandii. Technika przeglądu rówieśniczego definiowana jest jako „ustawiczne, systematyczne i krytyczne uwagi czynione przez członków grupy dotyczące ich własnych działań oraz działań kolegów, przy użyciu ustalonych procedur w celu osiągnięcia stałej poprawy jakości”. Jest więc procesem, który obejmuje zarówno proces poszukiwania błędów, związany z poprawą zarządzania, jak i przede wszystkim jest to proces skierowany na edukację. U podstaw oceny *peer review* leży wzajemne zaufanie poszczególnych świadczeniodawców do siebie i otwarcie na uwagi kolegów – rówieśników (*peers*). Proces ten musi być prowadzony zgodnie z podstawowymi założeniami:

- spotkania muszą przebiegać w oparciu o wcześniej opracowany plan,
- zakres tematyczny powinien być związany z problemami codziennej pracy lekarzy i praktyk,
- w spotkaniu uczestniczy 5–10-osobowa grupa – zarówno zbyt mała, jak i zbyt duża grupa nie sprzyja wymianie doświadczeń,
- w spotkaniach mogą uczestniczyć eksperci zewnątrz, którzy wspierają grupę w zakresie specyficznej wiedzy,
- spotkania prowadzone są przez lidera grupy, posiadają ustaloną strukturę.

Proces *peer review* jest więc procesem, w którym profesjonaliści zainteresowani podobnym obszarem działania łączą się w grupy pozwalające im na dokonywanie porównań i analiz, a dzięki temu wyciągnięcie wniosków dotyczących obszarów i możliwości poprawy jakości. Jest to jednak forma, która wymaga dużego zaangażowania się członków grupy oraz wewnętrznej dyscypliny. Grupa taka, narażona jest na niebezpieczeństwo wypalenia się, dlatego ważne jest włączanie do grupy osób z zewnątrz, które dostarczają nowych tematów i świeżego spojrzenia na omawiane problemy. Istotne jest, żeby proces ten wspomagany był przez towarzystwa naukowe, które zajmują się daną dziedziną.

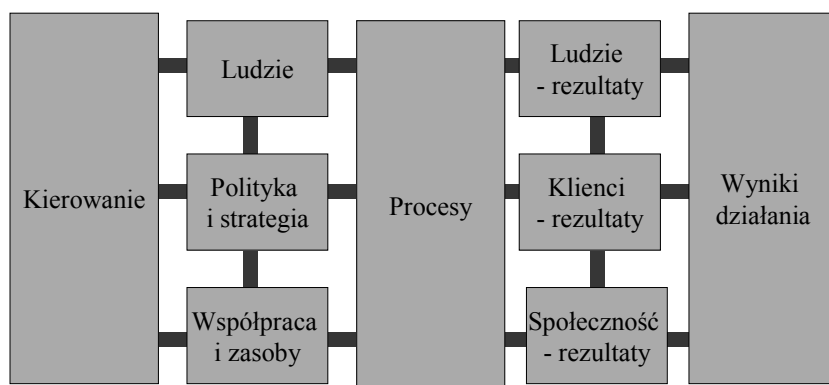
EFQM

Europejska Fundacja Zarządzania Jakością (EFQM) zapewniła podstawy dla opracowania modelu opartego na samoocenie. Samoocena w przypadku tego systemu jest prowadzona w sposób całościowy i daje obraz obszarów aktywności i rezultatów działania organizacji. EFQM z siedzibą w Brukseli opracowało Europejski Model Doskonałości w Biznesie, który składa się z dziewięciu elementów. Elementy te są wspólnymi kryteriami wykorzystywanymi do samooceny całej organizacji lub wybranych jej działów. Przeprowadzenie w oparciu o nie samooceny pozwalają na wyszukanie silnych stron organizacji i obszarów, które mogą zostać poprawione².

Model ten wskazuje głównie na to, że uzyskanie doskonałości w zakresie przywództwa, zarządzania ludźmi, strategii, zarządzania zasobami i procesami prowadzi do poprawy satysfakcji konsumentów i ma pozytywny wpływ na społeczeństwo i rezultaty działania. Aby pomóc w samoocenie dziewięć elementów podzielono na 32 części, stanowiące szczegółowe „standardy”. W oparciu o powyższe kryteria możliwe jest również uzyskanie Europejskiej Nagrody Jakości. Jest ona corocznie przyznawana organizacji, która w największym stopniu spełni kryteria EFQM. Nagroda ta przyznawana jest w kilku kategoriach w zależności od typu i wielkości organizacji. Nagrody jakości przyznaje się w kategorii:

- 1) przedsiębiorstwa,
- 2) działy operacyjne przedsiębiorstwa,
- 3) organizacje sektora publicznego,
- 4) małe i średnie przedsiębiorstwa (poniżej 250 pracowników).

Rysunek 2. Model EFQM



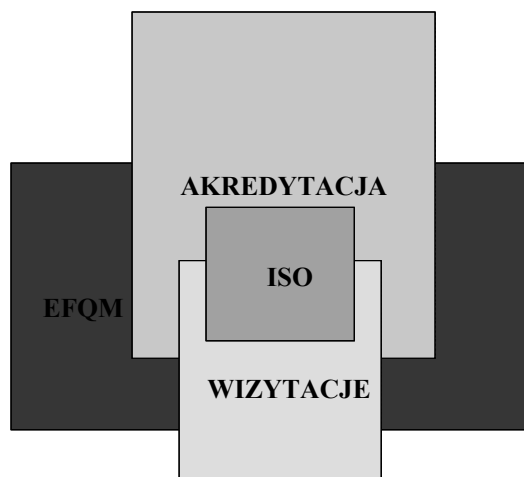
Źródło: opracowanie własne.

² www.efqm.org

PODSUMOWANIE

Różne mogą być modele wykorzystane do oceny jakości zakładów świadczących opiekę zdrowotną. Podstawowym pytaniem, na które należy odpowiedzieć wprowadzając czy wspierając dany system, jest to dotyczące celu jego funkcjonowania. W wielu obszarach systemy te pokrywają się, kładąc jednak nacisk na różne elementy. Dlatego w systemach tych w różny sposób przenikają się wzajemnie systemy zapewnienia jakości, ocena procesów organizacyjnych, ocena wyników medycznych.

Rysunek 3. Przenikanie się systemów oceny



Źródło: opracowanie własne.

W oparciu o analizę funkcjonowania poszczególnych systemów oceny można stwierdzić, że każdy z nich może być zastosowany do systemu opieki zdrowotnej. Są jednak mechanizmy, które wypełniają to zadanie w większym stopniu. Tabela 1 zawiera porównanie systemów w oparciu o kilka kryteriów.

Ocena organizacyjna – czy w trakcie oceny dany system dokonuje oceny funkcjonowania jednostki opieki zdrowotnej pod kątem jej organizacji. Do systemów, w których położony jest nacisk na ocenę organizacji należy system akredytacyjny, certyfikacja ISO oraz systemy doskonałości EFQM, MBQA. Do oceny włączone są elementy związane z oceną systemu zarządzania jednostką.

Ocena procesów medycznych – czy oceniane są procesy medyczne wykonywane przez organizację. Systemy, które są w większym stopniu nastawione na ocenę działań klinicznych, to systemy wizytacji i audyty medycznego oraz akredytacji. Systemy EFQM i MBQA, ISO

zawierają w swoich kryteriach odnośniki dotyczące pomiarów rezultatów jakie osiąga organizacja. Szczególnie system amerykański przewiduje odrębne kryteria dla organizacji opieki zdrowotnej.

Ocena dokonywana przez profesjonalistów medycznych – w systemie audytu medycznego, wizytacji i akredytacji oceniającymi są wyłącznie osoby o doświadczeniu medycznym w przypadku systemu ISO, EFQM czy MBQA rolę tę mogą również pełnić audytorzy nieposiadający kwalifikacji medycznych.

Tworzenie standardów – w systemach audytu medycznego, wizytacji i akredytacji standardy są tworzone przez profesjonalistów medycznych, najczęściej przez stworzone do tego instytucje lub stowarzyszenia, taka sytuacja pozwala na szybszą modyfikację adekwatnie do zmieniających się trendów medycznych. W Polsce standardy opracowywane są przez Ośrodek Akredytacyjny, a od 2009 r. następnie zatwierdzane przez ministra zdrowia i publikowane w formie obwieszczenia. W systemie ISO standardy zatwierdzane są przez międzynarodową organizację standaryzacji, a następnie tłumaczone na wersje krajowe przez lokalne jednostki notyfikujące. W Polsce takim ośrodkiem jest Polski Komitet Normalizacji. Każdy podmiot w oparciu o normy ISO opisuje proces, jaki poddaje ocenie.

Ocena całego szpitala – dwa systemy akredytacji i systemy doskonałości przewidują ocenę całości funkcjonowania organizacji. Takie podejście daje możliwość sprawdzenia, czy we wszystkich obszarach funkcjonowania jednostki spełnione są wymagane kryteria. Pozwala to na przeglądową ocenę sytuacji jednostki. Normy ISO mogą odnosić się do całości organizacji w rozumieniu norm systemu zarządzania jakością, ale ocenie może podlegać tylko wybrany proces lub zakres funkcjonowania jednostki. Może więc powstać sytuacja, kiedy jednostka będzie się szczycić posiadaniem certyfikatu ISO, ale dotyczyć on będzie np. tylko laboratorium. W przypadku systemu audytu medycznego i wizytacji skoncentrowane są one na wybranych specjalnościach.

Ocena skoncentrowana na procesach/wynikach – wszystkie systemy dokonują oceny procesów, czyli jak wykonywane są dane czynności. System audytu medycznego i wizytacji może być również skoncentrowany na wynikach osiągniętych przez poszczególne oddziały czy profesjonalistów, uzależnione to jest od wyboru celów oceny. System akredytacyjny w zdecydowanej większości kładzie nacisk na procesy, lecz w coraz większym stopniu do procesu akredytacyjnego włączane jest monitorowanie wskaźników, w tym również takich, które odnoszą się do rezultatów opieki. Znaczna część kryteriów systemów doskonałości (EFQM, MBQA) związana jest z oceną rezultatów osiągniętych przez organizację.

Gromadzenie danych o wynikach na poziomie krajowym – w związku z tym, że certyfikację ISO może wykonywać wiele instytucji, nie ma łącznych danych dotyczących poziomu spełniania standardów. Niemożliwe jest więc wyciąganie wniosków o poziomie funkcjonowania całej populacji czy o problemach spójnych dla wszystkich szpitali. Pozostałe systemy przewidują taką możliwość. Trzeba jednak podkreślić, że system akredytacyjny daje możliwość

interakcji pomiędzy uzyskiwanymi wynikami a działaniami edukacyjnymi, czy też modyfikacjami prawnymi.

Tabela 2. Porównanie systemów zewnętrznej oceny

	Audyt medyczny	System wizytacji	Akredytacja	ISO	EFQM. MBQA
Ocena organizacyjna			++	++	++
Ocena procesów medycznych	++	++	++		+
Oceny dokonują profesjonaliści medyczni	++	++	++	+	+
Standardy/wytyczne tworzone są przez profesjonalistów medycznych	++	++	++		
Ocena całego szpitala			++	+	++
Ocena procesów	+	+	++	++	++
Ocena wyników medycznych	+	+	++		+
Ocena wyników organizacyjnych			+	++	+
Gromadzenie danych o wynikach przeglądów na poziomie krajowym	+	+	++		+

++ kryterium spełnione w b. dużym stopniu

+ kryterium spełnione częściowo

Źródło: opracowanie własne.

BIBLIOGRAFIA

- S. George, A. Weimerskirch, *Total Quality Management*, Jho Wiley & Sons Inc., New York 1994.
- A Study of Attitudes Towards and Endorsement of UK Based External Health Service Review Models, Materials from EXPERT conferences, London 1998.
- The Quality of Health Care/Hospital Activities The Working Party on Quality Care in Hospitals of the Sub-committee on Co-ordination*, Leuven, September 2000.
- Cathy Heaton, Expert UK, ISO Report, Operational Seminar 1998.
- Ch. E. Bogan, M.J. English, *Benchmarking for the Best Practices*, McGraw-Hill Inc., New York 1994.
- Shaw C., *External Assessment of Health Care*, BMJ 2001, No. 322, s. 851–854.
- Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., *Akredytacja – wyzwanie dla ambitnych*, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 3, s. 82–89.
- Kutryba B., Wąsikowska H., *Akredytacja w pigułce*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001, nr 3, s. 15–20.
- Labon M., *Trudności w przygotowywaniu akredytacji szpitala – udział lekarzy*, „Służba Zdrowia” 2001, s. 7–8.
- Daucourt V., Michel P., *Results of the First 100 Accreditation Procedures in France*, „International Journal for Quality in Healthcare” 2003, No. 15, s. 463–471.

POLITYKA COMPLIANCE W PODMIOTACH LECZNICZYCH¹

STRESZCZENIE: Celem artykułu jest zreferowanie głównych założeń polityki *compliance*, skupiającej się na określaniu zgodności działań podejmowanych przez organizację z obowiązującym systemem reguł prawnych, etycznych i innych. Systemy *compliance* mogą z powodzeniem pełnić rolę prewencyjną w kontekście zachowań korupcyjnych, konfliktu interesów i innych form nadużyć bądź naruszenia oczekiwanych standardów. Problemem podjętym w artykule jest potrzeba i możliwość zastosowania doświadczeń *compliance* w sektorze ochrony zdrowia. Referat wskazuje potencjalne obszary ryzyka oraz możliwe mechanizmy pozwalające przeciwdziałać niepożądanym zjawiskom bądź sprawować nad nimi kontrolę. Artykuł przygotowany został w oparciu o doświadczenia zebrane w czasie realizacji projektu MedKompas, który to projekt jest próbą przeniesienia mechanizmów funkcjonujących w sferze biznesowej na grunt instytucji publicznych, w tym przypadku jednostek ochrony zdrowia.

ABSTRACT: The paper reports principal foundations of compliance politics. Compliance systems can play a role of instruments which are useful to prevent corruption or to proceed with clash of interests. In such a systems law regulations in organization should be supplemented by ethical rules. The fundamental question is a possibility of implementation the compliance solutions in health sector. The article is based on experiences collected during MedKompas Project which is focused on promotion of this kind of solutions in health sector.

WPROWADZENIE

Na charakter etycznego wymiaru funkcjonowania służby zdrowia wpływają dwa odmienne typy zagadnień. Pierwszy odnosi się bezpośrednio do moralnych podstaw zawodu lekarza, akcentując takie wartości jak godność czy poczucie misji. Doskonale ujęły to E. Nowak i K.M. Cern w książce *Ethos w życiu publicznym*: „relacja między lekarzem i pacjentem jest przestrzenią, w której wiedza medyczna znajduje bezpośrednie zastosowanie praktyczne, nagrodzone efektem terapeutycznym. Zagadnienie to należy do najważniejszych w etyce medycznej...” [Nowak, Cern 2008: 130].

Drugi typ zagadnień to konglomerat wielu etyk szczegółowych dotyczących życia społeczno-gospodarczego. Składają się nań m.in. elementy etyki zarządzania, etyki biznesu, etyki

¹ Autor dziękuje członkom projektu MedKompas, dyr. Witoldowi Włodarczykowi, Wojciechowi Szefkemu i Elżbiecie Karczmarskiej, za pomoc w przygotowaniu materiałów do tekstu.

urzędniczej. Obejmują one szeroki obszar, uwzględniający porządek instytucjonalnych rozwiązań, zasad finansowania i zarządzania placówką opieki medycznej, relacji biznesowych z dostawcami i producentami leków czy sprzętu medycznego. Oczywiście jest, jak pisze Trocki, że „świat medycyny i opieki zdrowotnej to świat etycznych motywacji, indywidualnych i zespołowych misji, świat wiedzy fachowej i doświadczenia, ale także świat dużych pieniędzy pozostających w sferze zainteresowania nie tylko pracowników służby zdrowia, także przemysłu farmaceutycznego, producentów sprzętu diagnostycznego, terapeutycznego i rehabilitacyjnego, materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego użycia, środków czystości, odzieży i żywności.” [Trocki 2002: 19]. Faktycznie, tylko na rynku wyrobów medycznych w roku 2011, obrót zamknął się sumą ok. 9 mld zł. Wielkość rynku zamówień publicznych w sektorze ochrony zdrowia przekroczyła w roku 2011 sumę 15 mld zł. Z tego ok. 6,8 mld zł przypadało na zakup wyrobów medycznych przez jednostki publiczne w trybie otwartych przetargów.

Przedmiotem artykułu jest problematyka drugiego typu, skupiająca się na kontekście gospodarczym. Jednostka ochrony zdrowia jest w tym przypadku podmiotem funkcjonującym w otoczeniu tzw. interesariuszy: pracowników i pacjentów, ich rodzin, lokalnej społeczności, organów właścicielskich i kontrolnych, dostawców i producentów. Jakość relacji z interesariuszami, w tym przypadku zwłaszcza ze światem biznesu, koreluje ze sprawnością działania danej jednostki, a na pewno wpływa na jej reputację. W artykule przedstawione zostaną rozwiązania dotyczące wprowadzania i utrwalania oczekiwanych standardów etycznych z uwzględnieniem stanu prawnego i zagrożeń (w kontekście etyczno-prawnym), przed jakimi stoi jednostka ochrony zdrowia. Rozwiązania te określić można ogólną nazwą – polityka *compliance*.

POLITYKA COMPLIANCE – OGÓLNE ZAŁOŻENIA

Instytucje publiczne zobowiązane są do działań zgodnych z zasadą legalizmu, tj. w granicach wyznaczonych przez prawo. Ta słuszna reguła generuje problemy w chwili, gdy prawo nie jest jednoznaczne, można w nim odnaleźć luki i przypadki braku spójności. Warta podkreślenia jest dysproporcja między literą prawa a praktyką jego stosowania, będąca wynikiem konformizmu, oportunistów lub po prostu rutyny. Pojawić mogą się też niezgodności między normami prawnymi a innymi typami powinności (np. moralnymi). W takich sytuacjach, gdy prawo jawi się jako niesłuszne lub opresyjne, warunek legalizmu wydaje się być afunkcjonalny, ponieważ „norma prawna może być uchylona wyłącznie przez inną normę prawną – a w tym kontekście – obowiązek posłuszeństwa wobec prawa ma charakter bezwzględny i akty cywilnego nieposłuszeństwa oraz urzędowego odstępstwa od reguł nie są dopuszczalne” [Morawski 2000: 258]. Rozwiązaniem może być samoregulacja, tj. zespół działań, które w planowy sposób zorganizują obszar niejasności, wyeliminują sytuacje ryzyka naruszenia norm prawnych i etycznych. Tego typu działania są przedmiotem systemu *compliance* organizacji.

Pierwotnie system ten funkcjonował w sektorze obrotu bankowego i działach finansowych. W chwili obecnej powszechnie stosowany jest w firmach farmaceutycznych, przetwórstwa żywności czy energetyce. Od kilku lat obserwujemy także dynamiczny rozwój działów *compliance* w sektorze ochrony zdrowia.

POJĘCIE

Idea *compliance* to system reguł funkcjonujących w organizacji, który ma minimalizować ryzyko odpowiedzialności za działania niezgodne z prawem i przyjętymi powszechnie akceptowanymi normami społecznymi. Pojęcie *compliance* to w prostym tłumaczeniu działanie zgodne z regułami. Obejmuje w sobie obowiązek przestrzegania prawa, ale także wewnętrznych reguł, ustanowionych w organizacji w celu ochrony jej interesów. Jest to również konieczność dostosowania działań do porządku etycznego i obyczajowości środowiska, w jakim funkcjonuje organizacja. Jest więc terminem szerszym od pojęcia *działania zgodnego z prawem*.

U źródeł *compliance* leżą różnice w poczuciu odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Należy bowiem pamiętać o pobudkach wpływających na decyzję jednostki o podjęciu określonego działania². Normy prawne, religijne, moralne, obyczajowe, etyczne czy prakseologiczne nakładają na człowieka różny ciężar zobowiązań. I jeżeli np. posłuszeństwo wobec ustanowionego prawa jest związane w wielu przypadkach z obawą przed potencjalną sankcją, jaką ustanowiły organy państwowe odpowiedzialne za jego tworzenie (finansową czy też karą ograniczenia lub pozbawienia wolności), to równie dojmującą sankcją może być wykluczenie czy ostracyzm w danym środowisku. Tak więc zachowanie zgodne z regulacjami jest w większości przypadków związane z indywidualnym wyborem jednostki. Dylematy, jakie mogą się pojawić dotyczą zazwyczaj alternatywy [Kidder 1995: 18]:

- jednostka a społeczeństwo,
- sprawiedliwość a litość,
- krótko- a długoterminowość,
- prawda a lojalność³.

Każda decyzja nawiązuje do określonego porządku norm i celów. Nie zawsze są one spójne, co więcej nie zawsze zgodne z celami organizacji. W skrajnych przypadkach objawami takiego braku spójności są przypadki korupcji, nepotyzmu, nadużyć, niegospodarności. Polityka *compliance* jest jednym ze sposobów na uporządkowanie niejasności w zakresie zobowiązań, jakie mogą pojawić się w firmie bądź instytucji publicznej.

² J. Stansbury, B. Barry, *Ethics Programs and the Paradox of Control*, „Business Ethics Quarterly” 2007, Vol. 17, No. 2.

³ Por. również: W. Gasparski, *Teorie oraz dylematy etyczne i prakseologiczne*, [w:] *Biznes–Etyka–Odpowiedzialność*, red. W. Gasparski, Warszawa 2012, s. 464.

ROLA COMPLIANCE W ORGANIZACJI

Prawidłowo działający system *compliance* powinien być oparty na trzech regułach. Będą to: prewencja, wykrywanie, reakcja.

I. Prewencja

Działanie prewencyjne powinno skupiać się na tworzeniu rozwiązań zapobiegających naruszeniu reguł funkcjonujących w obrocie gospodarczym (wymiar zewnętrzny) i etycznych standardów pracy (wymiar wewnętrzny). Pierwszym etapem jest opracowanie właściwych procedur postępowania. Powinny one w sposób kompleksowy pokrywać strukturę pionową i poziomą organizacji. Ważne jest, aby opracowano jasne kryteria postępowania dla każdego stanowiska pracy, jak również uświadomiono osobie, która będzie je stosowała w praktyce, ich znaczenie. Istotnym elementem jest wprowadzenie jasnych zasad odpowiedzialności za naruszenie ustanowionych reguł.

Następnym etapem jest wprowadzenie mechanizmów weryfikacji przyjętych procedur, eliminacji zidentyfikowanych sytuacji ryzyka oraz systematyczne podejmowanie działań korygujących. Ważnym elementem w działaniach prewencyjnych jest permanentne szkolenie pracowników oraz jasne definiowanie wytycznych w zakresie obowiązujących zasad postępowania. W wielu organizacjach wytyczne te przybierają postać kodeksu etyki bądź kodeksu postępowania⁴. Co prawda egzekwowalność norm zawartych w kodeksach etycznych sprowadza się do odpowiedzialności typu administracyjnego (wytyk, zwolnienie z pracy). Nie zmienia to faktu, że naruszenie norm etycznych traktowane jest jako naruszenie zasad współżycia społecznego i orzecznictwo sądowe cechuje tendencja do podtrzymywania decyzji penalizujących tego typu działania⁵. Kodeks etyczny (dostosowany do specyfiki danej instytucji) określa zasady postępowania w zakresach, które nie zostały uregulowane przez prawo lub też ustanowiona norma prawna nie jest czytelna. Szczególnie ważne jest, aby w wytycznych odnieść się do następujących dziedzin:

- a) przeciwdziałanie konfliktom interesów;
- b) przeciwdziałanie korupcji oraz praktykom utrudniającym konkurencję;
- c) akceptowalne narzędzia, jakimi może się posługiwać partner biznesowy;
- d) zasady pozyskiwaniu usług od osób trzecich;

⁴ Odnosnie do terminu „kodeks etyczny” zaznacza się, że z punktu widzenia teoretycznoprawnego, przepisy typu pozaustawowego nie podlegają procesom kodyfikacji. Z tego też powodu sformułowanie „kodeks” w odniesieniu do zbioru norm etycznych „jest pojęciem – narzędziem, pewnym hasłem wywoławczym [...], to pewien zabieg socjotechniczny, który ma – przez skojarzenia z kodeksem karnym – wytworzyć oportunistyczny czy legalistyczny stosunek do obowiązującego prawa” (J. Dobkowski, *Charakter prawny kodeksów etycznych oraz kodeksów postępowania etycznego urzędników publicznych i wybieralnych przedstawicieli do organów administracyjnych*, [w:] *Etos urzędnika*, red. D. Bąk, Warszawa 2007, s. 166).

⁵ R. Sadlik, *Zakaz powrotu za łamanie zasad*, „Rzeczpospolita” nr 289 (9409).

- e) zasady przekazywania prezentów i zaproszeń na rzecz osób trzecich, szeroko pojęte zagadnienie poczęstunku;
- f) zasady przekazywania darowizn oraz wszelkiego rodzaju sponsoring;
- g) zasady ochrony danych osobowych.

II. Wykrywanie

Ustanowienie jasnych zasad postępowania winno sprzyjać procesowi wykrywania ewentualnych naruszeń nie tylko przepisów prawa, ale i przyjętych reguł. Ważne jest, aby obiektywnie oceniać konkretne działania. Istotnym elementem jest także zachowanie poufności w procesie informowania o dostrzeżonych naruszeniach reguł. W wielu przypadkach ustanawia się progi graniczne, których przekroczenie skutkuje uruchomieniem audytu całego procesu, jak również ponowną oceną ustanowionych zasad (np. z zaangażowaniem podmiotu trzeciego). Istotna jest w tym przypadku zewnętrzna, obiektywna ocena ustanowionych reguł.

III. Reakcja

W przypadku stwierdzenia naruszenia zasad *compliance* istotnym elementem jest korekta przyjętych rozwiązań. Zmodyfikowana procedura powinna ponownie zostać poddana ocenie ryzyka. Musi zostać także zakomunikowana ponownie jej adresatom. W pewnych przypadkach niemożliwe jest wyeliminowanie niezgodności. Konieczne staje się transparentne zarządzanie sytuacją konfliktową. Lewicka-Strzalecka wskazuje np. możliwe sposoby radzenia sobie z konfliktem interesów:

- niepodjęcie żadnych działań, jeżeli stwierdzi się, że potencjalny konflikt jest minimalny i samo ujawnienie go wystarczy, by go kontrolować;
- poinformowanie stron, których mogą dotknąć skutki konfliktu, że został on ujawniony i jest pod kontrolą;
- zaangażowanie trzeciej strony, niezależnego audytora do zbadania stopnia zagrożenia konfliktem interesów;
- dokooptowanie dodatkowych uczestników do procesu decyzyjnego, w który zaangażowane są osoby znajdujące się w konflikcie interesów;
- ograniczenie dostępu osobom będącym w konflikcie interesów do poufnych czy tajnych informacji;
- skłonienie osoby będącej w konflikcie interesów do zaprzestania związków ze stroną, która powoduje ten konflikt;
- odsunięcie osoby będącej w konflikcie interesów od wykonywania pewnych zadań, bądź przesunięcie do innego działu;
- w poważnych przypadkach skłonienie do rezygnacji z pracy.⁶

⁶ A. Lewicka-Strzalecka, *Teoretyczne i praktyczne aspekty identyfikacji i ograniczania konfliktu interesów*, www.cebi.pl.

SPECJALISTA DS. COMPLIANCE

Gros zagadnień w sferze *compliance* dotyczy obowiązującego prawa stanowionego. Pracownik *compliance* nie musi być z wykształcenia prawnikiem, niemniej powinien posiadać odpowiednie kompetencje, aby wykonywać swoje funkcje rzetelnie i efektywnie. Musi wykazywać się znajomością regulacji prawnych obowiązujących w danej dziedzinie, a także zasad etycznych i publicznych standardów wpływających na całą działalność organizacji. Ponadto powinien charakteryzować się cechami, które w jednym słowie można zdefiniować jako przyzwoitość, a składają się na nie uczciwość, dociekliwość i dokładność, neutralność i niezależność sądów. Ważną cechą są zdolności interpersonalne: umiejętność komunikowania się, dyskrecja i takt oraz umiejętność prowadzenia negocjacji.

Bardzo istotnym elementem jest odpowiednie umiejscowienie tej osoby w strukturze organizacji. Jej pozycja musi zapewniać niezależność od działów, których funkcjonowanie monitoruje. W praktyce biznesowej są to osoby, odpowiedzialne bezpośrednio przed członkiem zarządu lub prezesem firmy. Osoba odpowiedzialna za działania *compliance* jest dla liderów biznesowych partnerem strategicznym w opracowywaniu skutecznych strategii, zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa i innymi regulacjami, pomagając osiągnąć modelową zgodność ze standardami społecznymi.

COMPLIANCE W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA – ROLA I ZADANIA

W instytucjach publicznych idea *compliance* jest zjawiskiem nowym, i co trzeba zaznaczyć, pozostającym w dużej mierze w sferze postulatów. Korzystne podłoże dla jej rozwoju przygotowuje tzw. nowe podejście do zarządzania sektorem publicznym, wzorowane na sprawdzonych praktykach zarządzania w sektorze prywatnym [patrz: Frąckiewicz-Wronka 2009]. Jednym z elementów nowego podejścia jest definiowanie instytucji publicznej, np. szpitala, jako organizacji „uczącej się”, tj. otwartej na wszelkie inicjatywy mogące usprawnić jej funkcjonowanie. Zaznacza się, iż „w celu poprawy sprawności i skuteczności działania, organizacje publiczne powinny dążyć do ciągłego doskonalenia procesów w nich zachodzących, co implikuje potrzebę uczenia się nie tylko na podstawie własnych doświadczeń, ale również od innych. Reagowanie na zmiany zachodzące w otoczeniu oraz uczenie się są to procesy nierozzerwalnie ze sobą związane. Systemowa świadomość konieczności wprowadzenia zmian wpływa na efektywność i skuteczność ich wprowadzania w dobrze pojętym interesie całej organizacji” [Kulikowska 2009: 323–324].

W sektorze ochrony zdrowia samoregulacji, czyli objęcia działaniami *compliance*, wymagają przede wszystkim obszary:

- realizacji zamówień publicznych,
- kontaktów i relacji: lekarz – przedstawiciel sektora biznesowego (przemysł farmaceutyczny, producenci i dostawcy wyrobów medycznych).

Są to dziedziny w dużym stopniu zagrożone korupcją bądź konfliktem interesów. W istotny sposób obszary te rozszerzają również zakres odpowiedzialności decydentów. Do wynikającej z powinności zawodowej należytej staranności w całokształcie leczenia i opieki nad pacjentem, dodana jest, w wielu przypadkach, odpowiedzialność przypisana z definicji funkcjonariuszowi publicznemu⁷.

RELACJA LEKARZ–PRZEDSTAWICIEL MEDYCZNY

Kontakty przedstawiciel medyczny – lekarz nie są w naszym prawie jednoznacznie unormowane. Funkcjonujące w tym zakresie przepisy nie są jasne, a tworzone rozwiązania antykorupcyjne nie odnoszą się w sposób kompleksowy do tego zagadnienia. Np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 listopada 2008 roku w sprawie reklamy produktów leczniczych, wprowadza zakaz odwiedzin przedstawicieli medycznych i handlowych w gabinetach lekarskich w godzinach pracy lekarzy. Spotkanie nie może utrudniać pracy lekarza, musi odbywać się w godzinach, w których lekarz nie wykonuje swoich zawodowych obowiązków, po uprzednim uzgodnieniu terminu. Na spotkanie musi wyrazić zgodę kierownik lekarza. Nie jest określona forma tej zgody, ani okres, którego ta zgoda ma dotyczyć. Nie wiadomo, dlaczego lekarz musi uzyskać zgodę, skoro może spotkać się z przedstawicielem tylko po godzinach pracy⁸. Skutkuje to sytuacjami ekstremalnymi, w których niektóre jednostki wprowadzają nawet opłaty za wizyty przedstawicieli medycznych na ich terenie. Granica oddzielająca działania zgodne z prawem od przestępstwa jest więc bardzo płynna.

Problem korupcji w ochronie zdrowia, niestety, co pewien czas pojawia się w środkach masowego przekazu. Państwo polskie systematycznie tworzy regulacje, które zaostrzają odpowiedzialność za tego typu przestępstwa. Trzon tych przepisów znajduje się w Kodeksie karnym. Są tam definicje łapownictwa czynnego i biernego oraz inne regulacje związane z oszustwem

⁷ www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149,funkcjonariusz_publiczny.html [17.12.2011]. W kontekście ochrony zdrowia funkcjonariuszami publicznymi będą: zatrudnieni w ZOZ-ach – dotyczy: dyrektorów szpitali i ich zastępców, ordynatorów, osób wykonujących czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, lekarzy, którzy wystawiają recepty/zlecenia na zaopatrzenie na wyroby medyczne podlegające refundacji, udzielający jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych; konsultanci krajowi – dotyczy: prognozowania potrzeb zdrowotnych populacji w reprezentowanej dziedzinie, opiniowania projektów aktów prawnych, doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów polityki zdrowotnej, opiniowania wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych za granicą; konsultanci wojewódzcy – dotyczy: udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej, doradztwa w zakresie metod leczenia; członkowie zespołów oraz grup doradczych powołanych przez ministra zdrowia w celu opracowania programów polityki zdrowotnej.

⁸ M. Makowska, *Etyczne standardy marketingu farmaceutycznego*, Warszawa 2010, s. 99.

w obrocie gospodarczym. Uzupełnieniem tych przepisów są regulacje antykorupcyjne zawarte początkowo w tzw. ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym, a obecnie w ustawie refundacyjnej. Posługuje się ona pojęciem korzyści osobistej lub majątkowej. Ustanowione przepisy są jednak często nieczytelne, a niekiedy wręcz wewnętrznie sprzeczne. Powoduje to, iż duża część obrotu gospodarczego odbywa się na gruncie swoistego „prawa zwyczajowego”. Formą regulacji tego typu niejasności są komunikaty Ministerstwa Zdrowia, które w swoim założeniu mają wypełniać istniejącą lukę. Nie rozwiązuje to jednak w pełni problemu. W związku z istniejącą sytuacją wzrasta rola specjalisty ds. *compliance*, którego podstawowym zadaniem jest eliminacja zagrożeń prawnych.

Obok możliwej korupcji, innym ważnym problemem są konflikty interesów⁹. Przykładowe sytuacje, które je powodują to:

- posiadanie powiązań finansowych rodzinnych, towarzyskich i innych z podmiotami, których działalność wpisuje się w obszar decyzyjny jednostki ochrony zdrowia; tu na szczególną uwagę zasługują: przyjmowanie prezentów od przedstawicieli medycznych, finansowanie wyjazdów na konferencje; pisanie artykułów sponsorowanych, udział w badaniach realizowanych przez sektor prywatny itp.;
- powiązania z konkurencją;
- wykonywanie pracy nie dla instytucji z wykorzystaniem jej urządzeń, czasu pracy itp.;
- dostęp do poufnych informacji i próba ich wykorzystania do własnych celów;
- łączenie funkcji wytwórczych, decyzyjnych i kontrolnych;
- świadczenie usług innych niż te, które wynikają ze stosunku pracy.

W każdym z wymienionych przypadków dochodzi do sytuacji „podwójnej lojalności”, w której lekarz czuje powinność działania korzystnego dla różnych stron, przy czym dobrze pojęte interesy tych stron wzajemnie się wykluczają.

Konflikt interesów może mieć charakter realny, gdy decyzje lekarza, motywowane opisanymi wcześniej przyczynami, w istotny sposób godzą w dobro pacjenta, lub jedynie potencjalny – gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, że może dojść do naruszenia dobra pacjenta. Granica jest tu bardzo płynna, a każda z postaci konfliktu interesów generuje negatywne konsekwencje. Indywidualne zasady moralne lekarzy nie wystarczają do skutecznej samoregulacji. Jak wynika z badań Makowskiej, dotyczących etycznych standardów marketingu farmaceutycznego, lekarze prezentują pełen wachlarz postaw. Oto przykładowa wypowiedź jednego z respondentów – przedstawiciela firmy farmaceutycznej:

...spotykałem się z osobami, lekarzami, którym chodziło tylko i wyłącznie o osobisty zysk [...], po prostu wypisywał ten lek danej firmy, z którą akurat miał układ. No a byli lekarze, którzy zupełnie odwrotnie – pacjent był najważniejszy [...]. Natomiast większość, to było coś pośrodku. Próbowano pogodzić obie rzeczy, ze względu na dobro pacjentów, i jak coś tam się uda dla siebie, to też by było miło¹⁰.

⁹ A. Lewicka-Strzałecka, *Konflikt interesów*, [w:] *Biznes-Etyka-Odpowiedzialność...*, s. 249–251.

¹⁰ M. Makowska, *op. cit.*, s. 160.

Sprawy nie ułatwia brak jasnych regulacji prawnych w tym zakresie. Ustawa *Prawo farmaceutyczne*, dopuszcza przyjęcie podarunku o wartości do 100 zł, z logo producenta i związanego z praktyką medyczną (art. 58, ust. 3, 2008). Również Kodeks Etyki Lekarskiej zawężyła możliwość przyjmowania korzyści przez lekarza „...jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza” (art. 51a). Nie jest to rozwiązanie idealne i sprzyja skłonności do dowolnej interpretacji tego, gdzie leży nieprzekraczalna granica działań legalnych i etycznie właściwych. Skłonność tę uzupełniają próby racjonalizowania postaw nieetycznych („to żadne przestępstwo; to było usprawiedliwione”), zaprzeczenie odpowiedzialności („to nie my, to oni; wszyscy tak robią”), minimalizowanie strat („to prawie nic nie kosztowało”), kwestionowanie istnienia ofiary („nikt na tym nie ucierpiał”).

Naczelną dyrektywą relacji lekarz – przedstawiciel medyczny powinna być transparentność. Tę cechę można uzyskać np. poprzez:

- przyjęcie w danym zakładzie spójnych i jasnych zasad obowiązujących w takich kontaktach;
- podanie przyjętych zasad do publicznej wiadomości;
- stworzenie prostego systemu raportowania.

Naczelnym punktem odniesienia pozostaje zdrowy rozsądek. W wielu tzw. kodeksach dobrych praktyk proponuje się procedurę rozwiązywania sytuacji problematycznych, w której pierwszym etapem jest poszukiwanie zaleceń formalnych, następnie precedensów, opinii przełożonych, ocenie własnych motywacji. Pomocne są też testy obiektywizacji, np. wskazania typu: „Pomyśl, co czułbyś czytając o swojej decyzji następnego dnia w prasie”.

ZAMÓWIENIA PUBLICZNE W OCHRONIE ZDROWIA

Dużą rolę w polityce *compliance* odgrywa obszar zamówień publicznych. W sferze tej dochodzi często do nieformalnych kontaktów świata biznesu i przedstawicieli ochrony zdrowia. Nakłada się na to działalność edukacyjna personelu medycznego szeroko współfinansowana przez przemysł medyczny. Powstaje czasem pytanie, czy lekarz który był uczestnikiem szkolenia sponsorowanego przez określoną firmę może być obiektywnym członkiem komisji przetargowej w sytuacji, gdy ta sama firma jest uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w jednostce, w której jest zatrudniony. Dobry kontakt przedstawiciela medycznego z lekarzem, późniejszym członkiem komisji przetargowej, może być niekiedy gwarancją sukcesu wartościowego kontraktu. Polem potencjalnych nadużyć jest sporządzanie prawidłowego i odpowiadającego potrzebom jednostki opisu przedmiotu zamówienia. Art. 91 ust. 2 ustawy prawo zamówień publicznych zawiera kryteria, którymi zamawiający winien kierować się przy wyborze najkorzystniejszej oferty. Zamawiający może dokonać wyboru oferty na podstawie ceny lub też innych kryteriów, które odnoszą się do przedmiotu zamówienia. Ustawa wymienia przykładowe warunki, takie jak: jakość, funkcjonalność, parametry

techniczne, zastosowanie najlepszych dostępnych technologii w zakresie oddziaływania na środowisko, koszty eksploatacji, serwis, termin wykonania zamówienia. Praktyka pokazuje, że najczęściej stosowane jest kryterium najniższej ceny. Powodowane jest to z jednej strony obawą przed zarzutem niegospodarności¹¹, z drugiej zaś istotną trudnością sporządzenia specyfikacji zamówienia w oparciu o tzw. wiedzę „bezpieczną”¹². Dostawcą pełnej i rzetelnej informacji może być przedstawiciel producenta, co jednak obarczone jest ryzykiem wpływu na kształt opisu przedmiotu zamówienia, przez preferowanie określonych rozwiązań lub próby wyeliminowania konkurencji z postępowania przetargowego. Istotnych porad udzielają w takich przypadkach organy powołane do m.in. walki z korupcją. Przykładem mogą być analizy kasusów lub algorytmy postępowania w różnego typu relacjach (np. przedsiębiorca–przedsiębiorca, przedsiębiorca–urzędnik) niosących zagrożenie korupcją lub konfliktem interesów¹³.

Bardzo istotną zmianę w kontaktach przemysł – jednostki lecznicze (istotną z perspektywy *compliance*) wprowadza nowelizacja ustawy prawo zamówień publicznych poprzez instytucję dialogu technicznego. Ma on stanowić narzędzie w procedurze przygotowania zamówienia publicznego, umożliwiające jednostce leczniczej korzystanie z doradztwa zewnętrznych ekspertów, naukowców, firm konsultingowych czy też, co ważne, ewentualnych przyszłych uczestników postępowania.

Zakres doradztwa musi służyć wyłącznie:

- a) przygotowaniu opisu przedmiotu zamówienia;
- b) przygotowaniu specyfikacji istotnych warunków zamówienia;
- c) określeniu warunków umowy.

Nowelizacja zastrzega, iż przeprowadzenie procedury dialogu technicznego nie może naruszać zasady uczciwej konkurencji oraz musi zapewnić równe traktowanie wszystkich uczestników postępowania oraz, co najważniejsze, firma w nim uczestnicząca nie zostanie na tej podstawie wyłączona z postępowania.

PODSUMOWANIE

Brak jasnych regulacji prawnych jest jednym z powodów podkreślenia wymiaru etycznego w relacjach między sektorem ochrony zdrowia a sektorem biznesu. Właściwie prowadzony

¹¹ Na specyfikę odpowiedzialności, również w wymiarze psychologicznym wskazuje A. Frąckiewicz-Wronka, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa 2009, s. 100–101.

¹² Do wiedzy „bezpiecznej” można zaliczyć wszelkie informacje zawarte w instrukcji obsługi urządzenia, związane ze wskazaniami medycznymi do zastosowania wyrobu, zasady użytkowania, częstotliwość przeglądów itp. Wydaje się, że również powszechnie dostępne materiały reklamowe, bardzo często umieszczane także na stronach internetowych firm.

¹³ Zob. np. *Poradnik antykorupcyjny dla przedsiębiorców*, Centralne Biuro Antykorupcyjne, Warszawa, 2011; *Rekomendacje postępowania antykorupcyjnych przy stosowaniu procedury udzielania zamówień publicznych*, Centralne Biuro Antykorupcyjne, Warszawa 2010.

program *compliance*, wpisany w struktury zarządzania jednostką opieki zdrowotnej i konsekwentnie egzekwowany, jest w stanie wypełnić lukę w systemie prawnym. Jako element polityki etycznej pełni przy tym konkretne funkcje. Jest nią przede wszystkim prewencja, tj. tworzenie i egzekwowanie formalnych regulacji, które mogą zapobiegać zjawiskom korupcyjnym bądź konfliktom interesów. Specjaliści *compliance* są w stanie opiniować projekty i prognozować skutki prawno-społeczne podejmowanych decyzji. Inną funkcją, edukacyjną, jest promowanie takich standardów zachowań, które usprawnią proces decyzyjny i zminimalizują ryzyko nadużyć. Skuteczność rozwiązań oferowanych w ramach programu *compliance* jest zależna od takich czynników, jak:

- relacja między formą programu a dojrzałością kompetencyjno-etyczną pracowników organizacji;
- konieczność partycypacji pracowników w procesie tworzenia programu etycznego;
- zgodność programu z polityką wewnętrzną i zewnętrzną organizacji, jej kulturą organizacyjną i praktyką zarządzania;
- dostosowanie rozwiązań do uwarunkowań prawnych, kulturowych, środowiskowych;
- konieczność monitoringu i ewaluacji.¹⁴

Prace w zakresie *compliance* zainicjowane zostały przez sektor prywatny jako element systemu zarządzania. Głównym celem było usprawnienie funkcjonowania mechanizmów decyzyjnych i zwiększenie przewidywalności działań. Doświadczenia zebrane przez firmy dają nadzieję na ujednolicenie standardów i wpisanie ich w praktykę działań również organizacji publicznej. W polityce *compliance* istotne jest nie omijanie czy uzupełnianie prawa, ale wspólne inicjatywy na rzecz jego ujednolicenia, a „warunkiem skuteczności podobnych inicjatyw jest wyjście poza granice danego przedsiębiorstwa. Naciski kręgów gospodarczych w kierunku «poprawy prawa» muszą następować poprzez stowarzyszenia biznesowe, izby gospodarcze itp.” [Dylus 2009: 76].

STUDIUM PRZYPADKU – PROJEKT MEDKOMPAS¹⁵

Ogólnopolska Izba Gospodarcza WYROBÓW MEDYCZNYCH (OIGWM) Polmed to podmiot istniejący od 2002 roku. Zrzesza najliczniejszą grupę producentów i dystrybutorów sprzętu medycznego działających na polskim rynku. Do głównych zadań Izby należy reprezentowanie interesów firm w niej zrzeszonych wobec instytucji publicznych, opiniowanie oraz lobbowanie na rzecz konkretnych rozwiązań prawnych. Istotnymi celami są również działalność szkoleniowo-informacyjna oraz współpraca i wymiana doświadczeń tak z organizacjami

¹⁴ D. Bąk, *Instrumenty kreowania standardów etycznych w organizacji*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2010, nr 2(73).

¹⁵ Studium zostało opublikowane w artykule D. Bąk, *Implementacja programów etycznych w instytucjach publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia. perspektywa interesariusza zewnętrznego*, „Prakseologia” 2012, nr 152. Obecna wersja została poprawiona i uzupełniona o aktualne dane.

gospodarczymi, jak i instytucjami administracji publicznej. Zgodnie z upublicznianymi deklaracjami Izba we wszystkich sferach swej aktywności promuje „kształtowanie i upowszechnianie zasad etyki w działalności gospodarczej, w szczególności doskonalenie norm rzetelnego postępowania w obrocie gospodarczym”¹⁶. Deklaracje te znalazły odzwierciedlenie w Kodeksie Etyki w Biznesie wprowadzonym w 2009 roku. Kodeks jest dokumentem obligatoryjnym dla członków Izby, którzy potwierdzają praktyczną realizację jego zapisów. Formuła Kodeksu wzorowana była na dokumencie obowiązującym w EUCOMED – Europejskim Stowarzyszeniu Wyrobów Medycznych. Nie jest to jednak wierna kopia. W pracę nad kodeksem Izby Polmed została zaangażowana grupa ekspertów, którzy w ramach pracy Komisji Kodeksowej, dostosowywali regulacje do specyfiki polskiego rynku, prawa, kultury. Wśród zapisów Kodeksu wiele miejsca poświęca się zasadom współpracy firm z sektorem ochrony zdrowia. Rekomendowane są też określone rozwiązania bazując na zasadach: rozdzielności, jawności i poinformowania pracodawcy, adekwatności i udokumentowania. Jak można przeczytać we Wprowadzeniu „Członkowie OIGWM Polmed, jako firmy społecznie odpowiedzialne [...] uznają, że postępowanie według standardów etycznych oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa jest niezbędne do prowadzenia działalności biznesowej, oraz współpracy z przedstawicielami ochrony zdrowia”.

Samo wprowadzenie Kodeksu Etyki było działaniem istotnym, lecz z perspektywy Izby niewystarczającym. Istniała bowiem paląca potrzeba dookreślenia relacji z największym partnerem dla firm zrzeszonych w Izbie, tj. publicznym sektorem ochrony zdrowia. Główny problem stwarzały obowiązujące procedury prawne, które ograniczały a często uniemożliwiały efektywną współpracę. Drugim powodem była zdecydowanie antykorupcyjna polityka państwa, która doprowadziła z jednej strony do kilku spektakularnych aresztowań, z drugiej zaś do powszechnej atmosfery ostrożności i hiperpoprawnego stosowania prawa. Dla funkcjonariusza publicznego, jakim był np. członek komisji przetargowej szpitala, groźba sankcji o zastrzonym rygorze, była istotnym powodem ograniczania do minimum kontaktów z przedstawicielem handlowym i korzystania z najbezpieczniejszego rozwiązania, jakim było rekomendowane rozporządzeniem ministra zdrowia kryterium najniższej ceny. Rozwiązanie to nie musiało być słuszne nawet w przypadku jednorazowych rękawiczek, na pewno nie było w przypadkach bardziej skomplikowanych, gdzie cena produktu, parametry, kryteria obsługi czy serwisowania zmuszały wprost do badania specyfikacji, wizyty w siedzibie producenta, analizy porównawczej itp. Działania Izby ukierunkowane były początkowo w stronę lobbowania na rzecz zmiany obowiązujących procedur, poprzez wprowadzenie np. „pozacenowych” kryteriów oceny produktu. Działanie to jest realizowane we współpracy z Urzędem Zamówień Publicznych. Jego skuteczność zweryfikować można było dopiero w perspektywie czasu¹⁷. Kolejnym obszarem aktywności stała się więc inicjatywa warsztatów dotyczących

¹⁶ www.polmed.org.pl/oizbie,10.html [17.12.2011].

¹⁷ Zob.: nowelizacja ustawy prawo zamówień publicznych i instytucja dialogu technicznego.

przejrzystych zasad współpracy. Zespół pod przewodnictwem Dyrektora Generalnego Izby Witolda Włodarczyka, wykorzystał okazję, jaką stworzył program Siemens Integrity Initiative¹⁸. Po negatywnych doświadczeniach mogących mieć wpływ na obraz firmy, koncern Siemens AG w lipcu 2009 roku, na mocy ugody z Bankiem Światowym, wdrożył długofalowy program antykorupcyjny. W jego ramach koncern ma przeznaczyć 100 mln dolarów na wsparcie organizacji non-profit i projektów, które poprzez edukację i współpracę będą skutecznie promowały ideę „czystego”, tj. wolnego od nadużyć rynku. Program jest przewidziany na 15 lat, przy czym w pierwszych 5 latach na wsparcie przeznaczono 40 mln dolarów. Możliwość uzyskania finansowania projektu budowania przejrzystych zasad rynkowych była aż nadto zbieżna z celami Izby Polmed. O finansowanie w pierwszej rundzie aplikowało około 300 organizacji non-profit z 66 państw. Uzyskało je 30 projektów, w tym inicjatywa MedKompas, firmowana przez OIGWM Polmed.

Projekt MedKompas spełniał podstawowe wytyczne Siemens Integrity Initiative, tzn.:

- stworzenie uczciwych warunków rynkowych dla wszystkich uczestników rynku;
- walka z korupcją i fałszerstwami poprzez wspólne działanie (*collective action*) oraz edukację i szkolenia;
- wpływ na sektory, w których działa Siemens;
- ustanowienie platformy dla dialogu pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym w zakresie działań antykorupcyjnych poprzez: kreowanie inicjatyw dotyczących dobrych praktyk, wzmocnienia krajowych systemów prawnych oraz standardów w zakresie *compliance*, rozpowszechnianie wiedzy z zakresu *compliance*, umożliwienie wymiany doświadczeń pomiędzy uczestnikami szkoleń z różnych sektorów.

Projekt kierowany jest do pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza osób regularnie współpracujących z przedstawicielami sektora prywatnego oraz do reprezentantów rynku wyrobów medycznych: finansujących projekty badawcze, organizujących konferencje i oferujących produkty.

Głównym celem projektu jest promowanie zasad etycznej współpracy pomiędzy przedstawicielami rynku wyrobów medycznych a przedstawicielami ochrony zdrowia. Docelowo ma kształtować potrzebę wprowadzenia działów *compliance management* w firmach branży wyrobów medycznych i placówkach ochrony zdrowia. Projekt MedKompas jest działaniem systemowym, składającym się z następujących elementów:

- warsztatów;
- publikacji prasowych i innych form promocji medialnej;
- dokumentu Q&A zawierającego pytania/odpowiedzi dotyczące prawnych i etycznych kwestii relacji biznesu i medycyny;
- dystrybucji broszury informującej o głównych założeniach projektu;

¹⁸ www.siemens.com/sustainability/en/core-topics/collective-action/integrity-initiative/index.php [20.12.2011].

- udziału w imprezach branżowych (np. Targi Sprzętu Rehabilitacyjnego, Forum Rynku Zdrowia itp.);
- prowadzenia strony www.medkompas.pl, która jest płaszczyzną informacji i komunikacji dla uczestników warsztatów.

Ciekawą częścią projektu jest dokument Q&A. Formułą nawiązuje do standardu infolinii etycznej – bezpośredniego kontaktu z ekspertem. Rozwiązanie to spotykane jest też w bardziej rozbudowanych kodeksach etycznych z wprowadzonymi elementami kazuistyki. W tym przypadku ma szansę stać się przykładem interaktywnej platformy, będącej jednocześnie wzorcem wybranej kompetencji systemu *compliance*. Poniżej przykładowe pytania i odpowiedzi:

„Pyt. 6. Jakie ogólne kryteria powinny spełniać umowy zawierane z przedstawicielami opieki zdrowotnej, które mają zapewnić rzeczywiste usługi doradcze?”

Należy przyjąć następujące kryteria:

- z góry określona uzasadniona potrzeba biznesowa;
- kryteria wyboru przedstawicieli opieki zdrowotnej są związane z określoną potrzebą;
- pisemna umowa określająca rodzaj i zakres usług, jakie mają być świadczone powinna być zawarta przed wykonaniem usługi;
- wynagrodzenie za wykonaną usługę jest rozsądnej wysokości, która to wielkość została określona zgodnie z zasadami wolnego rynku;
- firmy członkowskie dokumentują rezultaty pracy wykonanej przez przedstawicieli opieki zdrowotnej, a wykonanie przedmiotu umowy nie jest wykorzystane, jako środek mający nakłonić do polecenia, zakupu, zalecenia, dostawy albo sprzedaży produktów medycznych lub usług.

Pyt. 9. Czy aby świadczyć usługi doradcze firmie, przedstawiciel opieki zdrowotnej zatrudniony przez firmę jako konsultant, musi obowiązkowo otrzymać pisemną zgodę od głównej placówki opieki zdrowotnej, gdzie prowadzi swoją działalność?”

Zgodnie z wytycznymi pisemna zgoda nie jest obowiązkowa. Jednakże współpraca między przemysłem i przedstawicielami opieki zdrowotnej musi być transparentna i pozostawać w zgodzie z krajowymi i lokalnymi regulacjami prawnymi oraz zawodowymi kodeksami. Firmy powinny zachować pełną transparentność wymagając wcześniejszej pisemnej zgody od administracji szpitala albo przełożonego (lub innej wyznaczonej na miejscu jednostki) danego przedstawiciela opieki zdrowotnej w pełni przedstawiającego cel i zakres zlecenia.”

W powyższych wyjaśnieniach istotne jest zwłaszcza odróżnienie minimum prawnego od idących o krok dalej zaleceń etycznych. Transparentność zostaje ujęta nie tylko jako wymóg prawny, ale również jako wartość istotna dla obydwu stron zaangażowanych we współpracę.

Najistotniejszą częścią projektu MedKompas są warsztaty. W praktyce, w okresie czterech lat, tj. od stycznia 2011 do września 2014 roku, miało zostać przeprowadzonych 60 spotkań

warsztatowych, w trakcie których ma być przeszkolonych 1200 osób. Realizowane są przez zespół ekspertów tj. prawnika, specjalistów w zakresie etyki biznesu, etyki zawodu lekarza oraz polityki *compliance*. Program warsztatów uzyskał akredytację Naczelnej Izby Lekarskiej, co przekłada się na punkty edukacyjne, jakie mogą uzyskać uczestnicy. Zgodnie z wymogami akredytacyjnymi każde spotkanie kończy test sprawdzający, którego zaliczenie gwarantuje uzyskanie certyfikatu uczestnictwa. Uczestnicy nie ponoszą żadnych kosztów związanych z odbytym szkoleniem. Elementem ewaluacji warsztatów jest przeprowadzana anonimowo ankieta. Uczestnicy oceniają warsztaty odnośnie: przydatności przekazanych treści, metody i techniki szkoleniowej, materiałów szkoleniowych, organizacji, itp.

Wszystkie formalne obostrzenia są elementem towarzyszącym celowi głównemu, czyli promocji standardów etycznych w relacjach lekarz/instytucja publiczna a świat działań biznesowych. Podstawą realizowanych treści są: Kodeks Etyki w Biznesie Izby Polmed oraz Kodeks Etyki Lekarskiej, w tych kwestiach, które dotyczą kontaktów lekarza z firmami. Podkreślane są zwłaszcza:

- zasada rozdzielnosci określająca, że wszelkie wsparcie udzielane przedstawicielom ochrony zdrowia nie może być nadużywane w celu nieuczciwego wpływu na ich decyzje;
- zasada jawności określająca, że świadczenia na rzecz przedstawicieli ochrony zdrowia powinny być ujawnione pracodawcy lub przełożonemu, a jednocześnie pracownik ochrony zdrowia powinien poinformować pracodawcę o fakcie nawiązania współpracy;
- zasada adekwatności określająca proporcjonalność świadczenia i wynagrodzenia;
- zasada udokumentowania określająca pełną formalną transparentność związku przedstawiciela ochrony zdrowia z firmą, z którą nawiązuje kontakt.

Konkretyzacją powyższych zasad są druki wzorcowych umów np. o wygłoszenie referatu, o doradztwo, o sponsoring, przekazywane uczestnikom warsztatów.

Projekt MedKompas jest w połowie okresu realizacji. Daje to podstawę do pierwszych spostrzeżeń. W okresie od kwietnia 2011 do grudnia 2012 r. zostały przeprowadzone 32 warsztaty/panele dyskusyjne z zakresu polityki *compliance*. W tym czasie łącznie zostało przeszkolonych 1226 osób. Około 95% uczestników reprezentowało sektor ochrony zdrowia. Tak znaczny procent można tłumaczyć wsparciem Okręgowych Izb Lekarskich, oraz prawdopodobnie ciekawą dla środowiska problematyką szkoleń. Pomocy w ramach organizacji warsztatów udzielały Szpitale Wojewódzkie, Szpitale Specjalistyczne, Uniwersytety Medyczne, Rada Akredytacyjna i Polskie Towarzystwo Lekarskie. W kilku przypadkach (m.in. Gdańsk i Olsztyn) uczestnikami warsztatów byli dyrektorzy szpitali, którzy poprosili o zorganizowanie podobnych spotkań na terenie ich jednostek. Dzięki tym zaproszeniom w warsztatach wzięło udział kolejnych 100 osób. Ograniczony udział przedstawicieli firm może wynikać z faktu, iż większość dużych firm działających na rynku producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych już posiada wyspecjalizowane działy *compliance*. Mniejsze firmy są

rzadziej zorientowane na klienta instytucjonalnego, jakim są szpitale, niższa jest też potrzeba formalizacji standardów etycznych.

Na pewno spełniony jest postulat kształtowania świadomości i potrzeby wysokich standardów etycznych, zwłaszcza w obliczu zmieniających się regulacji prawnych odbieranych przez środowisko lekarzy, jak wynika z prowadzonych dyskusji, jako opresyjne i nieadekwatne do rzeczywistości.

Inną kwestią jest przełożenie odczuwanej potrzeby na konkretne rozwiązania. Zbudowanie systemu *compliance* pociąga za sobą konieczność wdrożenia konkretnego programu strategicznego, dotyczącego zgodności procedur wewnętrznych z obowiązującą normą prawną, kulturą instytucji. Wiąże się również z organizacją szkoleń i innych działań z zakresu zarządzania ryzykiem/konfliktem interesu. Jest to związane z kosztami, które mogą być wpisane w całość polityki jakościowej, lecz których skutki ekonomiczne są trudne do skalkulowania. Tradycyjne pojęcie racjonalności ekonomicznej może w tym przypadku okazać się niewystarczające. Negatywnym przykładem jest kwestia akredytacji szpitali, którą opisuje Gazeta Prawna:

Akredytacja nie opłaca się szpitalom. Ministerstwo Zdrowia zachęca placówki do zdobywania certyfikatów jakości przyznawanych przez ich resort, świadczących o dobrej jakości placówki. W zamian miały one otrzymać większe kontrakty z NFZ. Tymczasem dyrektorzy szpitali mówią, że certyfikaty nie tylko nie polepszyły świadczeń, ale wręcz odwrotnie – akredytacja powoduje, że muszą dopłacać do utrzymania placówki. [...] Dyrektor szpitala w Starachowicach Jolanta Kręcka, prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Szpitali Akredytowanych, wylicza, że po akredytacji, którą jej placówka uzyskała rok temu, ich wydatki wzrosły o 300 tys. złotych. – Wydajemy więcej niż przed akredytacją. O 50 proc. wzrosło zużycie sprzętu jednorazowego, jak np. strzykawek – wylicza Kręcka. Ponadto z powodu akredytacji rośnie liczba pacjentów zainteresowanych usługami szpitali. To jednak nie przynosi zysków, lecz wręcz odwrotnie – ponieważ liczba chorych, których mogą przyjąć, jest ograniczona – obciąża kosztami za «nadwykonania». A zwroty za nie trudno później wynegocjować od NFZ¹⁹.

Projekt MedKompas jest nowatorskim rozwiązaniem. Próba regulacji rynku jest inicjowana w tym przypadku przez organizację zrzeszającą podmioty gospodarcze na co dzień konkurujące ze sobą. Regulacja zaś ma charakter oczekiwania skierowanego do instytucji publicznych, by te wprowadziły mechanizmy sprzyjające przejrzystości i budujące atmosferę zaufania w relacjach biznesowych. Wychodzi jednocześnie poza sferę postulatów, proponując instrumenty sprawdzone i stosowane w innych sektorach rynkowych.

¹⁹ K. Klinger, *Im szpital ma wyższy standard, tym niższy kontrakt z NFZ*, www.serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/577399,im_szpital_ma_wyzszy_standard_tym_nizszy_kontrakt_z_nfz.html [22.12.2011].

BIBLIOGRAFIA

- Bąk D., *Instrumenty kreowania standardów etycznych w organizacji*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2010, nr 2 (73).
- Bąk D., *Implementacja programów etycznych w instytucjach publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia. perspektywa interesariusza zewnętrznego*, „Prakseologia” 2012, nr 152.
- Burda-Świercz K., *Spółeczna odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej – wstępne zakreslenie problemu*, [w:] *Ku obywatelskiej Rzeczypospolitej gospodarczej*, red. W. Gasparski, B. Rok, Poltext, Warszawa 2010.
- Dobkowski J., *Charakter prawny kodeksów etycznych oraz kodeksów postępowania etycznego urzędników publicznych i wybieralnych przedstawicieli do organów administracyjnych*, [w:] *Etos urzędnika*, red. D. Bąk, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Dylus A., *Compliance Management. Charakterystyka i warunki powodzenia*, [w:] *Biznes–Prawo–Etyka*, red. W. Gasparski, J. Jabłońska-Bonca, Poltext, Warszawa 2009.
- Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
- Gasparski W., Arszulowicz M., *Whistleblowing. In Defense of Proper Action*, „Praxiology” 2011, Vol. 18.
- Gasparski W., *Teorie oraz dylematy etyczne i prakseologiczne*, [w:] *Biznes–Etyka–Odpowiedzialność*, red. W. Gasparski, PWN, Warszawa 2012.
- Kidder R.M., *How Good People Make Tough Choices. Resolving the Dilemmas of Ethical Living*, William Morrow and Co Inc., New York 1995.
- Lewicka-Strzałecka A., *Konflikt interesów*, [w:] *Biznes–Etyka–Odpowiedzialność*, red. W. Gasparski, PWN, Warszawa 2012.
- Makowska M., *Etyczne standardy marketingu farmaceutycznego*, CEDEWU.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2010.
- Morawski L., *Główne problemy współczesnej filozofii prawa. Prawo w toku przemian*, LexisNexis, Warszawa 2000.
- Nowak E., Cern K.M., *Ethos w życiu publicznym*, PWN, Warszawa 2008.
- Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, A. Austen-Tynda, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
- Sadlik R., *Zakaz powrotu za łamanie zasad*, „Rzeczpospolita” nr 289 (9409).
- Stansbury J., Barry B., *Ethics Programs and the Paradox of Control*, „Business Ethics Quarterly” 2007, Vol. 17, No. 2.
- Trocki M., *Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, IPiS, Warszawa 2002.
- Trocki M., *Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, IPiS, Warszawa 2002.
- Poradnik antykorupcyjny dla przedsiębiorców*, Centralne Biuro Antykorupcyjne, Warszawa 2011.
- Rekomendacje postępowania antykorupcyjnych przy stosowaniu procedury udzielania zamówień publicznych*, Centralne Biuro Antykorupcyjne, Warszawa 2010.
- Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2009.

Netografia:

Lewicka-Strzałecka A., *Teoretyczne i praktyczne aspekty identyfikacji i ograniczania konfliktu interesów*,
www.cebi.pl.

Klinger K., *Im szpital ma wyższy standard, tym niższy kontrakt z NFZ*, www.serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/577399,im_szpital_ma_wyzszy_standard_tym_nizszy_kontrakt_z_nfz.html.

www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149,funkcjonariusz_publiczny.html.

www.pharmanews.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=225.

www.polmed.org.pl/oizbie,10.html.

www.siemens.com/sustainability/en/core-topics/collective-action/integrity-initiative/index.php.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI PODMIOTU LECZNICZEGO WOBEK PACJENTÓW

STRESZCZENIE: Celem niniejszego opracowania jest określenie tzw. przedmiotowego zakresu odpowiedzialności podmiotu leczniczego wobec pacjentów poprzez określenie grupy zdarzeń, z których wystąpieniem ustawodawca łączy obowiązek naprawienia szkody. Analizie poddano m.in. zagadnienia związane z naruszeniem zasad wiedzy medycznej, zakażeniami szpitalnymi oraz zdarzeniami medycznymi. Tekst oparty został na bogatym orzecznictwie sądów powszechnych.

ABSTRACT: The aim of this study is to determine conditions of civil responsibility of the hospitals and physicians. Author attempts to identify a group of events, the occurrence of which entitles patient to claim compensation. This text covers i.a. issues related to the violation of the principles of medical knowledge, hospital infections and medical events. The text is based on numerous verdicts of polish civil courts.

WPROWADZENIE

W doktrynie wskazuje się, że faktami mającymi istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy w medycznym procesie odszkodowawczym będą:

- zdarzenie wyrządzające szkodę, za które podmiot świadczący usługi medyczne jest odpowiedzialny (czyn niedozwolony, ewentualnie niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania),
- szkoda majątkowa lub niemajątkowa,
- związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą¹.

Dalsze rozważania poświęcone zostaną przede wszystkim pierwszemu elementowi, z określeniem, jakiego rodzaju zdarzenia szkodzące występują najczęściej w sektorze medycznym. Ich identyfikacja pozwoli podmiotom prowadzącym szpitale na podjęcie stosownych środków zapobiegawczych. Co istotne, poniższe wyliczenie nie ma charakteru wyczerpującego.

¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 67; M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 21.

W opracowaniu uwaga skupiona będzie na najczęściej występujących zdarzeniach szkodzących. Na marginesie dalszych rozważań pozostawiono kwestię roszczeń wynikających z faktu naruszenia praw pacjenta, którym poświęcono wiele miejsca w innych pracach².

ZAWINIONY BŁĄD W SZTUCE MEDYCZNEJ

Zgodnie z treścią art. 6 ust 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. 2012 Nr 159), pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z przepisem tym koresponduje art. 4 ustawy z 5 grudnia 1966 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634), nakładając na lekarza obowiązek wykonywania zawodu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Wspomniane zasady etyki zawodowej zostały zawarte w tzw. kodeksach deontologicznych, przede wszystkim w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Zawinione odejście od wspomnianego standardu może wiązać się z odpowiedzialnością cywilną świadczeniodawcy³. Specyfika spraw medycznych często wymaga od sądu posiłkowania się w tej materii dowodem z opinii biegłego. Trafnie kwestię tę opisał Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09, LEX nr 786561) podkreślając, że

W sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa (art. 355 § 1 k.c.), sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy.

Wina z rozumieniu obiektywnym (tzw. bezprawność) jest rozumiana szeroko, jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego, a także zasady wykonywania zawodu; w tym wypadku zasady wiedzy medycznej⁴.

Czym innym jest natomiast вина w znaczeniu subiektywnym (tzw. zarzucalność), polegająca na negatywnym nastawieniu sprawcy do zarzucanego mu czynu. Pomijając przypadki

² M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010. Zob. też opracowania innych autorów: M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007; J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009; *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009.

³ Szerzej na temat odpowiedzialności cywilnej lekarza za zawiniony błąd w sztuce zob.: M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 206 i nast.

⁴ *Ibidem*, s. 80.

winy umyślnej (czy to w zamiarze bezpośrednim, czy też ewentualnym), wspomniany zarzut polegać będzie na niedłożeniu przez członka personelu medycznego należytej staranności. Tradycyjnie dla ustalenia ewentualnego niedbalstwa sądy stosują tzw. wzorce postępowania, do których porównuje się zachowanie bezpośredniego sprawcy. Dobrze tę kwestię opisał Sąd Najwyższy w cytowanym już orzeczeniu z 10 lutego 2010 r.:

Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.

Zdaniem Sądu Najwyższego (wyrok z 30 września 1960 r. II K 675/60 OSNPG 1961/1/1), uszkodzenia ciała, będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznawanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. Błąd w sztuce lekarskiej dotyczyć może bądź rozpoznania, bądź samej kuracji. Nie każdy błąd w sztuce lekarskiej może obciążać lekarza, ale taki tylko błąd, który jest skutkiem co najmniej lekkomyślności lub niedbalstwa lekarza, a więc został przez niego zawiniony.

Zaniedbania w zakresie opieki nad pacjentem mogą wystąpić zarówno przed przeprowadzeniem interwencji medycznej, w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, jak i po przeprowadzonym zabiegu. Orzecznictwo sądowe w tej materii jest bogate. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 9 lutego 2010 r. (VI ACa 786/09, Apel.-W-wa 2010/2/18) stwierdził zaniedbanie lekarza polegające na nieprawidłowym przeprowadzeniu wywiadu z rodziną pacjentki przyjętą do szpitala z urazem głowy. W efekcie lekarz nie stwierdził obecności rozległego krwiaka podtwardówkowego nad prawą półkulą mózgu, z pęknięciem łuski kości potylicznej. Na marginesie warto również wskazać nieprecyzyjne zapisy w dokumentacji medycznej w części dotyczącej wywiadu oraz badania przedmiotowego.

W niektórych sprawach sądy orzekają na tle całego ciągu zaniedbań, których dopuściły się różne osoby wykonujące zawody medyczne. Przykładowo, Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 27 czerwca 2007 r.⁵ (VI ACa 108/07 sygn. VI ACa 108/07, opubl. OSA z 2009, Nr 5, 34; podobnie wyrok SN z 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54, opubl. OSNCK z 1957 r., Nr 1, poz. 7) stwierdził, że kilku lekarzy sukcesywnie dopuściło się błędów diagnostycznych, skutkujących nieudzieleniem pomocy pacjentowi w stanie nagłym, co doprowadziło do jego śmierci. Pierwszy lekarz nie przeprowadził właściwego wywiadu chorobowego i nie ustalił przyczyny omdlenia dotychczas zdrowego mężczyzny. Nie wyciągnął także prawidłowych wniosków z przeprowadzonego badania fizykalnego oraz nie skierował pacjenta na obserwację szpitalną. Kolejny lekarz, specjalista kardiolog, błędnie opisał badanie EKG, co skutkowało brakiem właściwego postępowania lekarki, która ten błędny opis otrzymała. Opisując EKG z blokiem przedsionkowo-komorowym II i znacznym zwolnieniem częstości akcji serca nie spowodowała szybkiej hospitalizacji chorego. W ocenie biegłego wynik badania EKG stanowił klasyczne wskazanie do sztucznej stymulacji serca, zatem chory winien być bezzwłocznie skierowany na oddział szpitalny.

W wyroku z 4 marca 2009 r. Sąd Apelacyjny w Lublinie (I ACa 12/09, PIM 2011/2/128-135) orzekł:

Jeżeli zabieg usunięcia kamieni nerkowych metodą PCNL spowodował poważne, nietypowe obrażenia, to konieczne było objęcie pacjentki specjalnym nadzorem pooperacyjnym. Zaniechanie potrzebnych badań USG, badań urograficznych i opóźnienie leczenia zachowawczego, co doprowadziło do usunięcia nerki, stanowi winę szpitala⁶.

Błędem w sztuce lekarskiej było przepisanie pacjentce cierpiącej na astmę oskrzelową pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania w domu drogą doustną, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego i braku możliwości udzielenia fachowej pomocy medycznej (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 27 października 2004 r. I ACa 575/04 PiM 2008/3/140).

Osobną grupę zawinionych błędów w sztuce stanowią przypadki wykonania zabiegu zbędnego (często wynikające z wcześniejszej nieprawidłowej diagnozy) lub przypadkowego uszkodzenia innego organu. W jednym z orzeczeń Sąd Okręgowy w Lublinie (z 1 lutego 2006 r. I C 213/04 PiM 2009/4/121) stwierdził, że

[...] błędem lekarskim jest operacja biodra, w którym na podstawie dokumentacji medycznej i opinii biegłego nie można było stwierdzić zmian chorobowych dających podstawę do dokonania zabiegu operacyjnego.

⁵ Idem, *Prawo medyczne – Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 66.

⁶ *Ibidem*, s. 71 i nast.

W wielu przypadkach zachowanie personelu medycznego nosi w tym wypadku znamiona rażącego niedbalstwa⁷. W wyroku z 13 stycznia 2005 r. III CK 143/04 LEX nr 602709, Sąd Najwyższy podkreślił, że

Zarówno obowiązujące ustawy (art. 4 ustawy z 1998 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty), jak i zasady współzycia społecznego nakazują przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną, etyką zawodową i należytą starannością. Wśród zasad tych mieści się niewątpliwie przeprowadzanie zabiegów operacyjnych z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów, która wyklucza przypadkowe uszkodzenie innego niż będący przedmiotem zabiegu organu ciała pacjenta.

Bardzo częstą podstawę podnoszonych roszczeń stanowią zaniedbania poczynione na etapie okołoporodowym. Zarzuty zazwyczaj dotyczą zbyt rzadkiego monitorowania tętna płodu i decyzji o kontynuowaniu porodu siłami natury. Sąd Apelacyjny w Lublinie w orzeczeniu z 21 lutego 2006 r. (I ACa 69/06 PiM 2007/4/130) orzekł, że wadliwe i nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu i opóźnienie porodu, co spowodowało niedotlenienie dziecka, skutkujące ciężkim kalectwem i nieuleczalną chorobą, jest błędem w sztuce lekarskiej. W innym wyroku podkreślił z kolei, że błędem w sztuce lekarskiej jest kontynuowanie porodu siłami natury mimo istniejących od pewnego momentu bezwzględnych wskazań do dokonania zabiegu cesarskiego cięcia. Szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za działanie lekarza wadliwie prowadzącego poród, jak i uchybienia w organizacji oddziału położniczo-ginekologicznego, które były przyczyną szkody (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 10 stycznia 2002 r. I ACa 576/01, OSP 2003/2/23).

Zaskakująco często szkody powstają na skutek nieprawidłowej identyfikacji pacjenta w szpitalu. Wynikają one często z braku komunikacji między członkami personelu medycznego, pomijaniu obowiązku każdorazowej weryfikacji tożsamości pacjenta przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, a także z nierzetelnego opisanie danych identyfikujących pacjenta w dokumentacji indywidualnej. W realiach większości oddziałów brakuje procedur postępowania z pacjentami, zwłaszcza w przypadku udzielania świadczeń osobom noszącym to samo imię i nazwisko. Sytuacja ulegnie częściowej zmianie od 1 stycznia 2013 r., wraz z wejściem w życie rozporządzenia ministra zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz.U. 2012 Nr 1098). Cytowany dokument przewiduje, że pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala,

⁷ Orzecznictwo w tej materii jest bardzo bogate. Por. wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z 19 lipca 1999 r., I C 1150/98, OSP 2002, nr 4, poz. 59, z glosą M. Nesterowicza, wyrok Sądu Najwyższego z 21 marca 1973 r., I CR 73/3, LexPolonica nr 322243, wyrok Sądu Najwyższego z 24 lutego 2005 r., V KK 375/04, PiM 2006, nr 1, wyrok Sądu Najwyższego z 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05, OSP 2007, nr 1, poz. 11.

zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia. Noworodka urodzonego w szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu. Czynności dokonuje się w obecności matki lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala. Znaki identyfikacyjne tworzy się co najmniej w dwóch egzemplarzach. Jeden trafia do dokumentacji indywidualnej pacjenta, drugi umieszcza się najczęściej na nadgarstku pacjenta. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi. W przypadku, gdy założenie opaski dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób określony w § 4 ust. 1 nie jest możliwe, wykonuje się i umieszcza w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze, za zgodą matki lub osoby bliskiej, zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny.

Wspomnianych procedur warto przestrzegać oraz skrupulatnie dokumentować ten fakt w dokumentacji medycznej. Wadliwa identyfikacja pacjenta zazwyczaj prowadzi do udzielenia świadczenia zbędnego, a powstałe szkody mogą być bardzo poważne. W wyroku z 10 grudnia 1952 r. (C 584/52; PiP 1953, nr 8–9) Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że wadliwa identyfikacja pacjenta i wykonanie skomplikowanego zabiegu (wycięcia macicy) u niewłaściwej osoby pozostawała poza sferą czynności dotyczących wiedzy medycznej i stanowiła zaniedbanie o charakterze organizacyjno-administracyjnym. Braku należytej staranności Sąd dopatrzył się zarówno w postępowaniu pielęgniarki, która przywiozła na salę operacyjną inną chorą, jak i lekarza, który jej nie zbadał, nie zaznajomił się z historią choroby i nie zweryfikował jej tożsamości. Za uchybienie niestanowiące błędu medycznego nie można uznawać także omyłkowej zamiany przez pielęgniarkę zdjęć radiologicznych płuc, w następstwie którego pacjentka poddana została długiemu i uciążliwemu, lecz w rzeczywistości zbędnemu leczeniu na gruźlicę (por. wyrok SN z 14 lipca 1969 r., I CR 170/69; OSN 1970).

Równie drastycznie rysują się przypadki pozostawiania ciał obcych w polu operacyjnym. W wyroku z 17 lutego 1967 r. (I CR 435/66; OSN 1967, poz. 177) Sąd Najwyższy stwierdził, że pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych (kompresu gazowego) nie jest błędem w sztuce medycznej, gdyż nie dotyczy ani diagnozy, ani terapii. Stanowi natomiast uchybienie obowiązku zachowania należytej staranności przez ordynatora oddziału, który najpierw polecił przeprowadzenie zabiegu niedoświadczonemu lekarzowi, pozostawiając chorą bez żadnej pomocy fachowej, a następnie nie zbadał pola operacyjnego po zakończeniu zabiegu, pomimo sygnału ze strony instrumentariuszki, zgłaszającej wątpliwości co do liczby zużytych kompresów. Podobne stanowisko zajęte zostało w wyroku Sądu Najwyższego

z 25 lutego 1972 r. (II CR 610/71, OSPiKA 1972, poz. 210), w którym za niedbalstwo lekarza niestanowiące błędu w zakresie diagnozy i terapii, uznano pozostawienie pod powłoką czaszki powoda odłamek tzw. ogryzacza kostnego.

Często źródłem roszczeń jest nieudzielenie świadczenia zdrowotnego, zwłaszcza w przypadkach nagłych oraz pilnych. Sąd Apelacyjny w Poznaniu w orzeczeniu z 23 listopada 2006 r. (I ACa 561/06, PiM 2008/2) stwierdził, że

[...] w razie ukąszenia przez kleszcza wina szpitala polega na niezastosowaniu profilaktycznie przy pierwszym kontakcie z poszkodowanym antybiotykoterapii o szerokim spectrum działania oraz nieprzeprowadzeniu diagnostyki mikrobiologicznej i histopatologicznej.

ZAKAŻENIA SZPITALNE

Osobną grupę zdarzeń stanowiących częstą podstawę roszczeń odszkodowawczych stanowią zakażenia szpitalne. Sądy od wielu lat obniżają wymogi dowodowe, niekiedy wręcz przesuwając ciężar dowodu z barków pacjenta na podmiot prowadzący szpital. Bardzo często sądy są też zmuszone do poprzestania na prawdopodobieństwie wysokiego stopnia. Przykładowo, w wyroku z 21 marca 1997 r. (I ACa 107/97, Wokanda 7/1998), Sąd Apelacyjny w Warszawie orzekł:

[...] nie jest na ogół możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia.

W orzeczeniu z 9 lutego 2000 r. (I ACa 69/00, PiM 2002/11/124), Sąd Apelacyjny w Krakowie, w tezie wyroku wprost powołał się na instytucję dowodu *prima facie*:

[...] dowodzenie konkretnego zawinięcia w procesach lekarskich łączy się z określonymi trudnościami dowodowymi co do ścisłego i pewnego wskazania zdarzenia, w wyniku którego organizm pacjenta został zainfekowany wirusem wzw typu „B”. [...] Na gruncie tzw. dowodu *prima facie* ustalony przez sąd zespół okoliczności faktycznych, uzasadnia przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy hospitalizacją pacjenta w szpitalu i niedołożeniem tam należytej staranności w przestrzeganiu reżimu sanitarnego, a późniejszym zachorowaniem na żółtaczkę.

Dowód *prima facie*, stosowany w oparciu o art. 231 k.p.c., umożliwia odejście od tradycyjnego zakresu stosowania tej instytucji. W systemach anglosaskich jest ona ograniczona jedynie do ustalenia niedbalstwa pozwanego. Orzeczenie z 9 lutego 2000 r. umożliwia stosowanie dowodu *prima facie* także w celu określenia adekwatnego związku przyczynowego. W orzeczeniu z 13 czerwca 2000 r. (V KKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził:

Wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a zakażeniem pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c.;

nie można bowiem stawiać przed powodem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu.

(Podobnie Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 14 października 1992 r., I Acr 374/92, OSA Kr II, poz. 44.) W innym orzeczeniu (OSN z 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97 PiM 1999/3/130), Sąd Najwyższy stwierdził:

W procesach lekarskich sąd może, po rozpatrzeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia jaką drogą organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód – ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możliwości wyznacza zarazem „linię obrony” strony przeciwnej, zagrożonej koniecznością ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Obrona ta polega mianowicie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa – przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji względnie, że konkretne warunki w jakich – według twierdzeń poszkodowanego – doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość.

Podobne rozstrzygnięcie zapadło też w orzeczeniu z 17 lipca 1974 r. (orzeczenie SN, II CR 415/74, LEX 7605):

Jeżeli w sprawie stwierdzono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i że mógł doprowadzić do infekcji a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, iż można przyjąć, że powód spełnił swój obowiązek wynikający z art. 6 k.c. [...] Jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwa się na pozwanego.

W innej sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Najwyższego (orzeczenie z 29 grudnia 1969 r., II CR 551/69, OSPiKA 1970, poz. 224), powódka domagała się odszkodowania m.in. za zakażenie jej wirusem gronkowca złocistego. Pacjentka wносиła o przeprowadzenie dowodu z opinii bakteriologa w celu ustalenia stopnia prawdopodobieństwa zakażenia z zewnątrz (przez niesterylne narzędzia lub personel) w zestawieniu z prawdopodobieństwem istnienia u niej utajonego ogniska zakaźnego. Wykazanie przez powódkę, że w chwili przyjęcia do szpitala nie była zakażona, przesuwałoby ciężar dowodu co do związku przyczynowego oraz niedbalstwa szpitala na pozwanego, który musiałby wykazać, iż szkoda powstała w inny sposób⁸.

ZDARZENIA MEDYCZNE

Znowelizowana ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159, dalej u.p.p.) przewiduje możliwość dochodzenia odszkodowania

⁸ W. Siedlecki, *Ciężar dowodu w polskim procesie cywilnym*, „Państwo i Prawo” 1953, nr 7, s. 56–75.

i zadośćuczynienia za szkody wynikłe z tzw. zdarzeń medycznych bez potrzeby kierowania sprawy do sądu, przy zachowaniu krótkich terminów postępowania, niskich kosztach własnych oraz przy spełnieniu łagodniejszych wymogów dowodowych. Ostateczny tekst ustawy, mimo wielu kontrowersji, umożliwia podnoszenie roszczeń szerokiej grupie poszkodowanych przez tzw. zdarzenia medyczne⁹.

Zgodnie z treścią art. 67a. 1 u.p.p., omawiane przepisy stosuje się do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego zwanego dalej „zdarzeniem medycznym”.

Według statystyk prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta, do listopada 2012 r. do komisji wpłynęło 217 wniosków¹⁰. W 42 sprawach udało się wydać pierwsze orzeczenia¹¹. Co istotne, około 175 wniosków nie zostało jeszcze rozpatrzonych. Biorąc pod uwagę relatywnie krótkie terminy postępowania, w perspektywie najbliższych miesięcy należy spodziewać się istotnego wzrostu liczby wydawanych orzeczeń¹².

W pierwszej połowie 2012 r. komisje miały stosunkowo niewiele pracy. Z danych lipcowych wynika, że z ogólnej liczby 133 wniosków, aż 51 zostało zwróconych¹³. Powodów takiego stanu jest kilka. Przede wszystkim znaczna część wniosków dotyczyła zdarzeń, które

⁹ Procedura postępowania przed komisjami oraz liczne zastrzeżenia natury systemowej, konstytucyjnej oraz ubezpieczeniowej: M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych – Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 11; E. Bagińska, *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, [w:] *ibidem*, s. 145; E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych” Ocena projektowanych rozwiązań*, PiM 2010, nr 4, s. 27; M. Tenenbaum-Kulig, *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, PiM 2010, nr 4, s. 40.

¹⁰ Za portalem internetowym: Rynek Zdrowia, *Komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych mają coraz więcej pracy*, 12 listopada 2012 [dostęp on-line 17 listopad 2012].

¹¹ Niektóre orzeczenia zapadły już w następstwie złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Zgodnie z art. 67 j ust. 7 u.p.p., z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy może wystąpić wnioskodawca, kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciel, z którym podmiot prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy wojewódzka komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

¹² Zgodnie z art. 67j ust. 2 u.p.p. 2, Wojewódzka komisja wydaje orzeczenie, o którym mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku.

¹³ Dane uzyskane od Rzecznika Praw Pacjenta, w zasobach autora.

wystąpiły przed 1 stycznia 2012 r. (około 67% zwrotów). Pozostałe nie spełniały warunków formalnych lub nie mieściły się w kategorii zdarzenia medycznego (33% przypadków).

Wydaje się jednak, że wspomniany impas jest powoli przełamywany. Świadczy o tym nie tylko wspomniany wzrost liczby wniosków, ale również liczba orzeczeń wydawanych przez komisje. O ile do końca lipca 2012 r. zapadło 6 orzeczeń uznających wystąpienie zdarzenia medycznego (przy łącznej liczbie 21 orzeczeń), o tyle w listopadzie odnotowano ich już 14 (przy całkowitej sumie 42 werdyktów).

Co zrozumiałe, najwięcej postępowań toczyło się przed komisjami właściwymi dla dużych ośrodków miejskich. Przykładowo komisja mazowiecka rozpatrywała 38 wniosków, wydała 8 orzeczeń, z czego w 4 stwierdziła wystąpienie zdarzenia medycznego¹⁴. Komisja śląska do sierpnia wydała 3 orzeczenia uznające roszczenia wnioskodawców, przy łącznej liczbie ok. 21 wniosków¹⁵.

Pierwsze orzeczenie o wystąpieniu zdarzenia medycznego wydała komisja kujawsko-pomorska. Sprawa dotyczyła starszej pacjentki przyjętej na izbę przyjęć z urazem głowy. Z przeprowadzonych badań wynikało, że pacjentka ma krwiaka, cierpi również z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej z przerzutami do mózgu. Na izbie przyjęć pacjentka została opatrzona i wypisana do domu. Po sześciu godzinach wróciła do szpitala, gdzie trafiła na blok operacyjny w celu usunięcia krwiaka. Następnego dnia zmarła¹⁶. Komisja orzekła wystąpienie zdarzenia medycznego, podkreślając, że zwłoka w przeprowadzeniu interwencji chirurgicznej naruszała zasady aktualnej wiedzy medycznej¹⁷. Orzeczenie zostało uchylone w wyniku skutecznego złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wyraźnie jednak widać, że komisje w innych częściach kraju wzorowały się na sprawie bydgoskiej.

Problem adekwatnego związku przyczynowego powrócił również w orzeczeniu komisji świętokrzyskiej. Stan faktyczny rysował się następująco: 91-letnia pacjentka trafiła do jednego ze szpitali z zakrzepicą żył. Lekarze konsultowali jej przypadek ze specjalistami chirurgii naczyniowej z innego szpitala. Ostatecznie amputowali pacjentce rękę. Komisja podczas prac zauważyła, że u pacjentki należało przeprowadzić jeszcze jedno badanie diagnostyczne. Tym samym orzekła o wystąpieniu zdarzenia medycznego. Podobnie stwierdzono również

¹⁴ Stan na listopad 2013; za portalem Rynek Zdrowia, *Komisje ds. orzekania...*

¹⁵ Za: A. Pustułka, *W Śląskiem chorzy skarżą się na lekarzy najczęściej*, „Dziennik Zachodni”, 1 sierpnia 2012.

¹⁶ Stan faktyczny za: „Gazeta Pomorska”, 14 czerwca 2012.

¹⁷ Warta uwagi jest również wypowiedź przewodniczącego komisji kujawsko-pomorskiej: „Związku przyczynowo-skutkowego, a przede wszystkim winy, należy dowieść w procesie cywilnym. Tych zasad nie można przenosić wprost do pracy komisji. Po to są komisje, by procedowanie miało prostszy charakter, było oparte na większym elemencie fachowości medycznej i nie skupiało się na ustalaniu winy danego lekarza. [...] Gdyby operacja nastąpiła od razu, a pomimo to chorej nie udało się uratować, zdarzenia medycznego prawdopodobnie nie można by orzec, bo postępowanie byłoby zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną”. A. Banach, *Komisje orzekają szpitale kwestionują*, „Primum Non Nocere. Biuletyn Bydgoskiej Izby Lekarskiej” 2012, nr 10, s. 4–5.

po ponownym rozpatrzeniu sprawy. Warto zaznaczyć, że podmiot prowadzący szpital bronił się twierdząc, iż przeprowadzenie dalszych badań nie wpłynęłoby na ostateczną sytuację pacjentki¹⁸.

Warto również wskazać orzeczenie komisji wojewódzkiej w Białymstoku dotyczące pacjenta, który trafił do szpitala w celu operacji łękotki lewego kolana¹⁹. Po zabiegu chory dowiedział się, że lekarz zoperował mu obydwie kolana. W trakcie postępowania szpital starał się wykazać, że decyzja ta była medycznie uzasadniona. Z drugiej strony braki w dokumentacji medycznej utrudniały jednoznaczne ustalenie tej kwestii. Co więcej, pacjent wyraził zgodę na operację tylko jednego kolana. W takim przypadku komisji pozostało jedynie ustalić stan faktyczny w oparciu o wspomniany dowód *prima facie*, co pozwoliło na przyjęcie odpowiedzialności szpitala²⁰.

Interesujące orzeczenie wydała również komisja dolnośląska. Sprawa dotyczyła mężczyzny, który w styczniu zgłosił się do jednego z wrocławskich szpitali z bólem w okolicy łędźwi. Zaordynowano mu kroplówkę. Gdy bóle minęły, mężczyznę odesłano do domu. Następnego dnia wrócił, ale z powodu braku miejsc na oddziale wewnętrznym w lecznicy został odesłany do innej placówki. Tam lekarze zdiagnozowali u chorego sepsę i ponownie odesłali go do pierwszego szpitala. Trzeciego dnia z rozpoznaniem sepsy trafił na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, ale po dwóch dniach zmarł. Komisja dolnośląska dwukrotnie stwierdziła istnienie zdarzenia medycznego. Podmiot prowadzący szpital, mimo braku ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, po przeprowadzonych negocjacjach ze spadkobiercami, zdecydował się złożyć propozycję w wysokości 150 tys. złotych. W mediach trafnie nazwano tryb dochodzenia do porozumienia jako „ugodowy” czy „koncyliacyjny”.

¹⁸ A. Kosiek, *5 tys. zł odszkodowania za amputację ręki? Tak wycenia szpital*, „Gazeta Wyborcza”, 14 listopada 2012.

¹⁹ A. Domanowska, *Zoperowali dwa kolana, w tym jedno zdrowe. Komisja: niesłusznie*, „Gazeta Wyborcza. Białystok”, 22 listopada 2012.

²⁰ Warto w tym miejscu przypomnieć warunki zastosowania dowodu *prima facie*, zaproponowane w literaturze przedmiotu. Zdaniem M. Nesterowicza, przeprowadzenie dowodu *prima facie* jest uwarunkowane od wykazania, że: 1. zdarzenie nie miało miejsca, gdyby pozwany dołożył należytej staranności, 2. istnieje duże prawdopodobieństwo, że zdarzenie nastąpiłoby w czasie, gdy powód znajdował się pod kontrolą pozwanego, 3. zachowanie powoda było bierne, tak by nie można było wyprowadzić wniosku, że sam sobie wyrządził szkodę, przyczyny szkody nie mogą być ustalone przy pomocy pewniejszych środków dowodowych, 4. z okoliczności sprawy widoczne jest dopuszczenie się niedbalstwa, rzecz mówi sama za siebie. M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, PiP 1968, nr 4–5, s. 675–682. Podobne warunki przedstawia L. Morawski: 1. dowód na zasadach ogólnych jest niemożliwy z przyczyn niezawinionych przez stronę, 2. przeprowadzenie dowodu jest znacznie utrudnione wskutek naganego postępowania drugiej strony, 3. z dowodu *prima facie* skorzystać może jedynie strona słabsza. L. Morawski, *Domniemania faktyczne i reguły dowodu „prima facie”*, SP 1980, nr 1–2.

PODSUMOWANIE

Roszczeń odszkodowawczych podnoszonych przeciwko świadczeniodawcom będzie z każdym rokiem przybywać. Będą one również wyższe. Czynnikiem odpowiedzialnych za taki stan jest oczywiście wiele. Poza elementami pozostającymi poza kontrolą podmiotów prowadzących szpitale (np. wzrost świadomości prawnej, zmiana orzecznictwa sądowego w zakresie przyznawania zadośćuczynienia, czy nowelizacja przepisów kodeksu cywilnego w zakresie uprawnień tzw. osób pośrednio poszkodowanych), należy wymienić te, na które zarówno szpital, jak i personel medyczny mogą skutecznie wpływać. Chodzi tu przede wszystkim o wypracowanie i stosowanie odpowiednich procedur wewnątrzszpitalnych. W pracy wskazano na wybrane zagadnienia związane z identyfikacją pacjentów. Istotnym czynnikiem w dalszym ciągu pozostaje odpowiednie prowadzenie dokumentacji medycznej. Warto wreszcie uczulić personel na zasady postępowania w tzw. stanach nagłych, gdy świadomość pacjenta bywa mocno ograniczona. Osobnym środkiem zaradczym, stosowanym w niektórych placówkach, jest kwestia dobrowolnego zgłaszania tzw. zdarzeń niepożądanych przez członków personelu medycznego. Niewątpliwie warto również rozważyć zasady postępowania wobec pacjenta już po wyrządzeniu szkody. W jednym z orzeczeń (z 9 stycznia 1978 r., IV CR 510/77 OSNC 1978 r., nr 11, poz. 210) Sąd Najwyższy zauważył, że obojętne zachowanie się lekarza wobec wyrządzonej szkody

[...] może pogłębić u pokrzywdzonego poczucie krzywdy w sytuacji, w której jednostka organizacyjna społecznej służby zdrowia (szpital), z której działalnością wiąże się dochodzone roszczenie o naprawienie szkody zawinionej przez lekarzy [...], nie przedsięwzięła żadnych starań o złagodzenie następstw szkody (np. nie ułatwiła poszkodowanemu dostępu do specjalistów wysokiej rangi w skali krajowej, nie umożliwiła konsultacji przypadku w szpitalu klinicznym lub zaniechała innych starań, które w okolicznościach sprawy były celowe i możliwe).

Te i inne procedury pozwalają ograniczyć ryzyko wystąpienia zawinionego błędu w sztuce oraz zdarzenia medycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Bagińska E., *Działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych a wykonywanie władzy publicznej*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych – Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Banach A., *Komisje orzekają szpitale kwestionują*, „Primum Non Nocere. Biuletyn Bydgoskiej Izby Lekarskiej” 2012 nr 10.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Ciszewski J., *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002.

- Domanowska A., *Zoperowali dwa kolana, w tym jedno zdrowe. Komisja: niesłusznie*, „Gazeta Wyborcza. Białystok”, 22 listopada 2012.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
- Kosiek A., *5 tys. zł odszkodowania za amputację ręki? Tak wycenia szpital*, „Gazeta Wyborcza”, 14 listopada 2012.
- Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych” Ocena projektowanych rozwiązań*, PiM 2010, nr 4.
- Morawski L., *Domniemania faktyczne i reguły dowodu „prima facie”*, SP 1980, nr 1–2.
- Nesterowicz M., *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, PiP 1968, nr 4–5.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne – Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych – Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011.
- Pustułka A., *W Śląskiem chorzy skarżą się na lekarzy najczęściej*, „Dziennik Zachodni”, 1 sierpnia 2012.
- Siedlecki W., *Ciężar dowodu w polskim procesie cywilnym*, Państwo i Prawo 1953, nr 7.
- Śliwka M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010.
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Tenenbaum-Kulig M., *Mechanizm pozasądowego uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny w ujęciu projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, PiM 2010, nr 4.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ FINANSOWA Z TYTUŁU BŁĘDÓW I ZDARZEŃ MEDYCZNYCH – ROZWIĄZANIA UGODOWE

STRESZCZENIE: Artykuł omawia wpływ roszczeń poszkodowanych pacjentów z tytułu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych na gospodarkę finansową tych podmiotów. W treści artykułu wskazano, jakie elementy stosunków ubezpieczeniowych – w zakresie ubezpieczenia OC – mogą rodzić określone ryzyko ubezpieczonego, w szczególności wiążące się z sumą gwarancyjną, ograniczeniem odpowiedzialności za jedno zdarzenie, umownymi wyłączeniami odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń czy rozkładem odpowiedzialności finansowej względem wierzyciela, w sytuacji wdania się w spór sądowy prowadzony z udziałem ubezpieczyciela. Autorka wskazuje możliwe z perspektywy ochrony interesów podmiotu leczniczego rozwiązania alternatywne, koncentrując się przede wszystkim na zagadnieniu celowości i dopuszczalności zawarcia w określonych przypadkach ugody z poszkodowanym.

ABSTRACT: The article discusses the issue of the impact of claims made by the injured patients based on the civil liability of healthcare entities on the financial management of these entities. The article points out those elements of insurance relations – in terms of civil liability insurance – that may give rise to certain risks on the part of the insured parties, in particular involving the insured sum, limitation of liability for one event, the contractual exclusions of liability of insurance company or the distribution of financial responsibility *vis-à-vis* the creditor in the situation of a litigation involving the insurer. The author points out alternative solutions, possible from the perspective of the protected interests of healthcare entities, focusing primarily on the issue of the desirability and acceptability of the settlement with the injured party.

WPROWADZENIE

Rosnące kwoty rekompensat przyznawanych pacjentom od podmiotów leczniczych z tytułu szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, a także wzrastająca liczba roszczeń pacjentów

związanych zarówno z tzw. błędami medycznymi, jak i zdarzeniami medycznymi¹, uzasadniając pytanie, czy możliwe jest znalezienie skutecznego rozwiązania systemowego, które pozwoliłoby racjonalnie zarządzać ryzykiem finansowym w tej sferze odpowiedzialności cywilnej.

W pierwszej kolejności rozważenia wymaga, czy – skoro gwarantem, w założeniu całości zobowiązań z tego tytułu, jest ubezpieczyciel, z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej² – sam fakt zawarcia takiej umowy nie jest wystarczającym aktem staranności ze strony zarządzającego takim podmiotem.

Takie założenie nie jest trafne w żadnym aspekcie. Przy analizie tego zagadnienia uwaga zostanie skoncentrowana jednak przede wszystkim na omówieniu roszczeń pacjentów innych, niż dochodzone w trybie postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego, a to z uwagi na fakt, że wysokość jednostkowego odszkodowania i zadośćuczynienia, jaka może być przyznana w wyniku postępowania przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, jest ustawowo limitowana, w przeciwieństwie do rekompensat, o jakie poszkodowani ubiegają się na drodze postępowania sądowego. Warto przy tym podkreślić, że i przy założeniu posiadania obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, ryzyko podmiotu leczniczego prowadzącego szpital nie jest całkowicie wyeliminowane, obowiązkowa suma ubezpieczenia została bowiem określona jako minimalna, a ustawa dopuszcza także franszyzę redukcyjną i udział własny ubezpieczonego³.

Odnosząc się więc do sytuacji, kiedy pacjent dochodzi roszczeń z tytułu odpowiedzialności deliktowej na drodze cywilnoprawnej, stwierdzić należy, że podstawową trudnością jest oszacowanie, czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu wymagana ustawą suma gwarancyjna, np. w przypadku szpitali na jedno zdarzenie równowartość 100 tys. euro, a na wszystkie zdarzenia

¹ Nie ma oficjalnej definicji pojęcia „błąd medyczny”; więcej o typizacji błędów i zakresie pojęciowym określeń używanych przez piśmiennictwo i judykaturę w przypadkach odpowiedzialności za szkody wyrządzone w związku z procesem udzielania świadczeń medycznych zob.: K. Bączyk-Rozwadowska, *Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej w przypadku błędu medycznego, cz. 1*, [w:] *Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Błąd Medyczny”*, Warszawa, 5–6 marca 2008 r., www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&cid=82. Definicja „zdarzenia medycznego” zawarta jest w art. 67 a ust 1 Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.).

² Obowiązek posiadania przez podmioty lecznicze ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ze zdarzeń medycznych, wynika z art. 25. ust. 1 pkt 1 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) w zw. z art. 4 pkt. 4 Ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.), przy czym po nowelizacji wprowadzonej Ustawą z 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw przepis nakładający na podmioty lecznicze prowadzące szpitale obowiązek ubezpieczenia od zdarzeń medycznych wchodzi w życie 1 stycznia 2014 r.

³ *Ibidem*, art. 25 ust. 1 a i 1 d.

500 tys. euro, okaże się niewystarczająca⁴. Już od kilku lat występuje istotna rozbieżność pomiędzy minimalnym zakresem obowiązkowego ubezpieczenia a zasądzanymi przez sądy kwotami, nierzadko sięgającymi w indywidualnych sprawach 1 mln zł⁵ samego zadośćuczynienia, nie licząc odszkodowania, renty i należności ubocznych.

Pamiętać także należy o częstym elemencie rozstrzygnięcia sądu w postaci tzw. ustalenia odpowiedzialności za dalsze szkody, jakie mogą wyniknąć w przyszłości ze zdarzenia, które stało się podstawą przyjęcia w wyroku odpowiedzialności podmiotu leczniczego i ubezpieczyciela za szkodę na zdrowiu pacjenta. Następstwa uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia są z reguły wielorakie i nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które spowodowało uszkodzenie. Poszkodowany nie może zatem, występując z powództwem o świadczenie, określić wszystkich skutków danego zdarzenia, które jeszcze się nie ujawniły, ale których wystąpienie jest prawdopodobne. Wskutek upływu czasu trudności dowodowe narastają, a przesądzenie w sentencji wyroku zasądzającego świadczenie odszkodowawcze o odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości zwalnia powoda z obowiązku udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym taka odpowiedzialność już ciąży⁶. Takie rozstrzygnięcie zawarte w wyroku kończącym postępowanie, w którym rozstrzygana jest odpowiedzialność co do zasady, niewątpliwie leży więc w interesie poszkodowanego. Dotychczasowa linia orzecznictwa potwierdzona została w uchwale Sądu Najwyższego z 24 lutego 2009 r., który stwierdził:

Pod rządem art. 442¹ § 3 k.c. powód dochodzący naprawienia szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości⁷.

Rodzi to w praktyce nielimitowaną odpowiedzialność po stronie zobowiązanej do naprawienia szkody, zależną jedynie od wykazania przez wierzyciela wysokości tzw. nowej szkody oraz związku przyczynowego między tą szkodą a zdarzeniem pierwotnym. Zakres zobowiązania ubezpieczyciela jest oczywiście w takim przypadku pochodną sumy ubezpieczenia

⁴ Rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293 z 2011 r.).

⁵ Por. wyrok SA w Warszawie z 8 października 2010 roku, sygn. akt VI Aca 660/10 (zasądzono m.in. 1.200 tys. zł tytułem zadośćuczynienia), niepubl.; wyrok SA w Lublinie z 10 listopada 2009 r., sygn. I Aca 523/09 (zasądzono m.in. 600 tys. zł i ok. 5 tys. zł miesięcznej renty), PIM 2011, nr 3 z głosem Mirosława Nestorowicza [w:] *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń medycznych*, Warszawa 2012, s. 331. Autorka była pełnomocnikiem procesowym powoda w obu postępowaniach.

⁶ Por. Uchwała Sądu Najwyższego z 17 kwietnia 1970 r. mająca moc zasady prawnej (III PZP 34/69, opubl. OSNCP z 1970 r. Nr 12, poz. 217): „W sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia”.

⁷ Uchwała Sądu Najwyższego z 24 lutego 2009 roku, sygn. akt III CZP 2/09 (OSN, Izba Cywilna z 2009 r., Nr 12, poz. 168; Legalis).

poniejszonej o wypłaty, jakie nastąpiły do dnia wymagalności roszczenia, dokonane na podstawie danej umowy.

Kolejnym, rzadko przewidywanym przez podmioty lecznicze na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, ryzykiem jest możliwość wystąpienia jednego zdarzenia, które rodzi daleko idącą odpowiedzialność wobec wielu osób. Przykładem może być wadliwie prowadzony poród ciąży bliźniaczej, w następstwie czego u dwojga dzieci, na skutek niedotlenienia okołoporodowego, zdiagnozowane zostaje mózgowe porażenie dziecięce. Z roszczeniami, w skrajnych przypadkach znacznie przekraczającymi 1 mln zł, związanymi z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu i rozstrojem zdrowia, może w takim przypadku wystąpić każde z dzieci, a prawo do ubiegania się o zadośćuczynienie na podstawie art. 448 k.c.⁸ przysługuje także rodzicom i pozostałemu rodzeństwu. Nietrudno sobie wyobrazić, że ogólna suma rekompensat będących konsekwencją tego jednego zdarzenia znacznie przekroczy minimalny poziom ubezpieczenia obowiązkowego wynoszący równowartość 500 tys. euro. Podobnie, gdy źródłem odpowiedzialności deliktowej jest zakażenie szpitalne – ognisko epidemiologicznego, za które odpowiada podmiot leczniczy. I w takim przypadku kluczową rolę będzie odgrywała suma ubezpieczenia, jaką przyjęto w polisie na wszystkie zdarzenia⁹.

Przy tej okazji należy zwrócić uwagę na fakt, że ostateczny zakres odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego za dany okres objęty umową ubezpieczeniową może nie być znany przez wiele lat, a orzecznictwo sądowe na przestrzeni czasu wykazuje tendencje do zwiększania poziomu kwotowego odszkodowań związanych z utratą zdrowia. Od 10 sierpnia 2007 r. termin przedawnienia roszczeń z tytułu szkody na osobie nie jest ograniczony datą końcową¹⁰. Poszkodowany może wystąpić z roszczeniami aż do upływu lat trzech od dnia, w którym dowiedział się on o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (art. 442¹ § 3 k.c.). Dodatkowo, w takich przypadkach roszczenia osoby małoletniej ulegają przedawnieniu nie wcześniej, niż z upływem dwóch lat od osiągnięcia przez nią pełnoletniości (art. 442¹ § 4 k.c.).

Warto też zauważyć, że przedawnienie jest nieco odmiennie uregulowane w postępowaniu przed Komisjami Wojewódzkimi ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych¹¹. Złożenie wniosku, w wyniku którego Komisja Wojewódzka wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia¹². Terminy do wystąpienia z wnioskiem do

⁸ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), zwana dalej k.c.

⁹ W sprawie zakończonej po dziewięciu latach od złożenia pozwów, sądy obu instancji potwierdziły odpowiedzialność szpitala za zakażenie WZW typu C w stosunku do 23 pacjentek. Suma gwarancyjna pokryła ostatecznie ok. 70% zobowiązań szpitala (ok. 1 300 tys. zł) z tytułu zasądzonych należności głównych i odsetek ustawowych za czas trwania procesu. Wyrok SA w Krakowie z 23 kwietnia 2012 r. sygn. I ACa 293/12 niepubl.

¹⁰ Art. 442¹ k.c. dodany przez art. 1 pkt 2 ustawy z 16 lutego 2007 r. (Dz.U. 2007, Nr 80, poz. 538).

¹¹ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

¹² *Ibidem*, art. 67c. ust. 3.

Komisji, są pozornie – o czym dalej – krótsze niż przewidziane Kodeksem Cywilnym (jeden rok od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zdarzeniu skutkującym zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło). Kontrowersje wiążą się jednak z treścią art. 67 c ust. 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – jeśli bowiem zdarzeniem rodzącym odpowiedzialność odszkodowawczą jest śmierć pacjenta – to w myśl tego przepisu termin do wystąpienia z wnioskiem nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Ustalenie początkowego dnia terminu zależne jest zatem jedynie od woli spadkobierców, którzy po śmierci pacjenta mogą wystąpić w wnioskiem o wydanie postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku w dowolnej, wybranej przez siebie dacie. W praktyce rodzi to ryzyko istnienia niezdefiniowanej w czasie odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu prowadzącego szpital wobec spadkobierców z tytułu śmierci osoby bliskiej.

Warto też pamiętać, że odpowiedzialność ubezpieczyciela limitowana jest treścią umowy stron, która z kolei odwołuje się do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Do standardowych klauzul należą m.in. te odmawiające ochrony ubezpieczeniowej w przypadku szkód powstałych w związku z wykonywaniem zawodu bez odpowiednich uprawnień, co może mieć miejsce np. w sytuacji, gdy operację rekonstrukcji piersi po mastektomii wykonuje chirurg nieposiadający specjalizacji z zakresu chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej.

Równie poważne wątpliwości wiążą się z praktycznymi aspektami zastosowania art. 827 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności. Umowy ubezpieczenia standardowo powielają tę regulację w jej zasadniczym kształcie, wyłączając odpowiedzialność ubezpieczycieli za rażące niedbalstwo. Jak zatem z tą sytuacją radzi sobie orzecznictwo? Czy zakresem pojęcia „rażące niedbalstwo” w rozumieniu art. 827 § 1 k.c. objęta może być, na przykład, sytuacja, gdy w szpitalu na skutek bałaganu organizacyjnego i braku procedur został zagubiony wynik badania histopatologicznego, co tym samym opóźniło rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej¹³, albo inna, kiedy doszło do przetoczenia pacjentowi krwi złej grupy na skutek braku nadzoru lekarza? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Wykładni pojęcia „rażące niedbalstwo” w kontekście art. 827 k.c. nie można dokonywać w oderwaniu od konkretnej sprawy. Zwrot „rażące niedbalstwo”, jako niedookreślony został użyty do stosunków ubezpieczeniowych w zamierzeniu ustawodawcy celowo, aby jego interpretacja mogła być dostosowana do różnych stanów faktycznych.

¹³ Element stanu faktycznego sprawy zakończony wyrokiem SA w Gdańsku z 24 maja 2012 r. w Gdańsku, sygn. akt. V ACa 490/12 nie publ.

W świetle omówionych wyżej ryzyk związanych z sytuacjami, kiedy posiadana polisa ubezpieczeniowa okazuje się niewystarczająca z punktu widzenia realnej ochrony ubezpieczonego, zwrócić uwagę należy na okoliczność, że także samo niezawarcie lub zawarcie nieodpowiedniej umowy ubezpieczenia może być traktowane jako akt nienależytej staranności w organizacji udzielania świadczeń leczniczych, a nie, jak można sądzić, czynnik uzasadniający zasądzenie rekompensaty w niższej niż wynikająca z przesłanek obiektywnych, wysokości¹⁴.

W tej sytuacji – istotnej niepewności ubezpieczonego co do zakresu faktycznej odpowiedzialności dłużnika (ubezpieczonego podmiotu leczniczego) w relacji do posiadanej umownej ochrony ubezpieczeniowej – przyjąć należy, że przy zajmowaniu stanowiska co do zgłoszonych roszczeń, w przypadku ich wstępnej kwalifikacji za uzasadnione co do zasady, zawsze należy rozważać opcję ugodowego rozwiązania zaistniałego sporu.

Ubezpieczony i ubezpieczyciel odpowiadają wobec poszkodowanego jako dłużnicy *in solidum* (solidarność niewłaściwa), a co do tego, że w takim przypadku w razie spełnienia świadczenia przez jednego dłużnika, wygasa również dług drugiego, istnieje zgodność zapatrywań. Problemy pojawiają się zwykle w razie braku zgodności co do oceny zasadności roszczeń wierzyciela. Stosowany w drodze analogii¹⁵ do solidarności niewłaściwej art. 371 k.c. stanowi wprost, że działania i zaniechania jednego z dłużników solidarnych nie mogą szkodzić współdłużnikom. Celem tego przepisu jest ochrona współdłużnika przed ujemnymi konsekwencjami, jakie się mogą łączyć z zachowaniami dłużnika solidarnego, takimi jak zrzeczenie się zarzutu przedawnienia czy niepodniesienie danego zarzutu¹⁶.

Konsekwentnie, standardowym postanowieniem ogólnych warunków umów jest, że w przypadku, gdy poszkodowany pacjent dokonuje zgłoszenia roszczenia o naprawienie szkody bezpośrednio do ubezpieczonego, ubezpieczyciel zobowiązuje posiadacza polisy do zaniechania jakichkolwiek działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń, bądź zawarcia z nim ugody, do czasu uzyskania pisemnej zgody towarzystwa ubezpieczeniowego. W efekcie, na mocy umowy stron, takie uznanie lub zaspokojenie roszczenia strony poszkodowanej przez ubezpieczeniowego nie wywiera skutków prawnych w stosunku do ubezpieczyciela, jeżeli czynność ta nastąpiła bez jego uprzedniej zgody.

W tej sytuacji, możliwość zawarcia przez ugody z poszkodowanym w każdym przypadku zależy od zgodnego stanowiska ubezpieczyciela i ubezpieczonego od odpowiedzialności cywilnej. W jednym z orzeczeń, krakowski Sąd Apelacyjny stwierdził:

Charakter prawny umowy ubezpieczenia pozwala przyjąć, że ubezpieczenie to, z jednej strony, służy ochronie podmiotu poszkodowanego, a z drugiej – chroni majątek osoby odpowiedzialnej za szkodę przed finansowymi skutkami wyrządzenia jej innemu podmiotowi. [...] W tym kontekście, skoro umowa ubezpieczenia pomiędzy [...] zawarta została dla zabezpieczenia odpowiedzialności za

¹⁴ Wyrok SA w Lublinie z 10 stycznia 2002 r., I ACa 576/2001, OSP 2003, Nr 2, poz. 23.

¹⁵ *Komentarz do Art. 369 pkt 3 do Kodeksu Cywilnego*, t. 1, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2005, s. 944.

¹⁶ Wyrok SN z 9 lutego 2000 r., III CKN 599/98, OSN 2000, Nr 10, poz. 179.

tego typu błędy w sztuce lekarskiej, to należy interpretować ją zgodnie z jej celem, zasadami współżycia społecznego, mając na względzie w tym kontekście przede wszystkim interes poszkodowanego i ubezpieczonego¹⁷.

Praktyczny wymiar likwidacji szkód z tytułu błędów medycznych, prowadzonych przez ubezpieczycieli, często jednak stawia pod znakiem zapytania obowiązywanie zasady wyrażonej w ostatnim zdaniu cytowanego fragmentu orzeczenia w relacji ubezpieczyciel–ubezpieczony–poszkodowany. Nadal odkrywczą bywa bowiem konstatacja, że żaden przepis prawa z zakresu ubezpieczeń nie utożsamia kwestii wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia wysokości szkody z koniecznością wyczekiwania na opinię biegłego sądowego, czy wyrok sądu, i to karny, skazujący¹⁸. Co więcej, nader często zdarza się, kiedy ubezpieczyciel odmawia uznania roszczenia poszkodowanego, wbrew stanowisku ubezpieczonego podmiotu leczniczego.

Przypoznanie ubezpieczyciela w postępowaniu sądowym o naprawienie szkody objętej ubezpieczeniem obowiązkowym odpowiedzialności cywilnej jest niezbędne¹⁹. Wdanie się jednak przez ubezpieczyciela i podmiot leczniczy w długoletni proces cywilny, u którego źródeł leży zarzut błędu medycznego, może rodzić bardzo poważne konsekwencje finansowe. Należy bowiem pamiętać, że w myśl utrwalonej obecnie linii orzecznictwa Sądu Najwyższego,

[...] w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia przezeń roszczenia o zapłatę odszkodowania, zgodnie z art. 455 k.c., w tej bowiem chwili staje się wymagalny obowiązek sprawcy szkody do spełnienia świadczenia odszkodowawczego, który wynika ze stosunku prawnego łączącego sprawcę szkody i poszkodowanego²⁰.

Zobowiązania, których źródłem są czyny niedozwolone, powstają w dacie popełnienia tych czynów, a wobec tego, że nie wskazują terminu, w jakim dłużnik powinien naprawić szkodę, zaliczane są do zobowiązań bezterminowych. Uznanie stanowiska przeciwnego za słuszne powadziłoby do kuriozalnych sytuacji. Wówczas bowiem, tak długo, jak ubezpieczyciel czy podmiot leczniczy kwestionowałby swoje zobowiązania, popierając swoje stanowisko mniej lub bardziej logicznymi i racjonalnymi argumentami, tak długo zobowiązania te nie stawałyby się wymagalne, a postawa pozwanych, polegająca na przeciąganiu postępowania sądowego, byłaby „premiowana” odroczeniem płatności bez konsekwencji finansowych. Ponieważ jednak, jak wspomniano wyżej, prezentowany czasem pogląd, że zadośćuczynienie staje się wymagalne dopiero wtedy, gdy jest ono bezsporne, nie ma żadnego oparcia nie

¹⁷ Wyrok SA w Krakowie z 6 lutego 2008 r. (sygn. akt: I ACa 18/08, nie publ.).

¹⁸ Wyrok SA w Poznaniu z 8 stycznia 1997 r., sygn. I ACa 52/96, OSA 1997, Nr 6, poz. 38.

¹⁹ Art. 20 ust. 2 Ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.).

²⁰ Wyrok SN z 18 lutego 2010 roku (sygn. akt: II CSK 434/09, źródło: Lex).

tylko w aktualnym orzecznictwie, ale także w treści konkretnych przepisów, tj. art. 481 ust. 1 k.c. i 455 k.c., a w stosunku do ubezpieczyciela także art. 817 k.c., to efektem długoletnich procesów jest często zobowiązanie do zapłaty odsetek ustawowych przewyższające zasądzone należności główne i nieznajdujących pokrycia w sumie gwarancyjnej²¹.

Warto przy okazji zwrócić uwagę na wadliwą praktykę ubezpieczycieli w zakresie zaliczkowej wypłaty świadczeń. Otóż wychodzą oni z założenia, że wierzyciel (poszkodowany) ma obowiązek zarachować otrzymane bezsporne kwoty na wskazaną przez dłużnika należność główną, np. zadośćuczynienie, co chronić ma przed zapłatą odsetek ustawowych od takiej wypłaconej w toku postępowania likwidacyjnego albo w toku procesu wypłaconej sumy. Pogląd ten jest błędny, bowiem w myśl art. 451 § 1 k.c.

[...] to, co przypada na poczet danego długu, wierzyciel może przede wszystkim zaliczyć na związane z tym długiem zaległe należności uboczne oraz na zalegające świadczenia główne.

Już sama konstrukcja tego przepisu wskazuje jednoznacznie na uprawnienie wierzyciela do tego, by mógł on zaliczyć dokonaną wpłatę przede wszystkim na zaległe należności uboczne, przypadające także od kwoty, najczęściej dużo wyższej niż wypłacona zaliczkowo przez ubezpieczyciela, jaka ostatecznie zostanie zasądzona przez sąd tytułem tej samej rodzajowo rekompensaty (np. zadośćuczynienia). Sąd Najwyższy²² odnośnie do tej kwestii wypowiedział się następująco:

Zarówno w orzecznictwie, jak i w doktrynie przyjmuje się, że decyzja dłużnika co do zaliczenia świadczenia sprowadza się tylko do wskazania jednego z kilku długów, który chce zaspokoić, dłużnik nie jest natomiast uprawniony do wiążącego określenia na co to, co przypada na poczet wskazanego długu, powinno być zaliczone. W tym zakresie decyzja należy do wierzyciela, chyba że strony zawarły umowę co do zaliczenia świadczenia i w umowie tej postanowiły inaczej.

Wzmianki wymaga wreszcie także okoliczność, że w przypadkach ubezpieczenia obowiązkowego, zakład ubezpieczeń jest co prawda obowiązany zwrócić ubezpieczającemu niezbędne koszty i koszty zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, ale jedynie w granicach sumy gwarancyjnej i tylko w tych procesach, w które ubezpieczający się zaangażował na polecenie lub za zgodą zakładu ubezpieczeń²³.

W konsekwencji, wobec niepewności sytuacji ubezpieczonego z jednej strony w stosunku do wierzyciela – pacjenta, a z drugiej – wobec ubezpieczyciela, który swoje decyzje

²¹ Wyrok SA w Warszawie z 20 listopada 2012 r. VI ACa 427/12 nie publ. Łączna wartość odsetek ustawowych za okres dziewięciu lat trwania procesu wyniosła ok. 117% zasądzonej kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia, łącznie ponad 300 tys. zł.

²² Wyrok Sądu Najwyższego z 8 marca 2002 r., sygn. akt III CKN 548/00, opubl. LEX.; *Kodeks Cywilny. Komentarz do art. 1–534, t. 1*, red. E. Gniewek, Warszawa 2004, s. 1167–1168.

²³ Art. 15 Ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 Nr 124 poz. 1152 z późn. zm.).

podporządkowuje nierzadko w pierwszej kolejności wynikowi finansowemu oraz współczynnikowi szkodowości, obrazującemu stosunek sumy odszkodowań i świadczeń oraz zmiany stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia do składki zarobionej brutto, ubezpieczony podmiot leczniczy powinien, jak wspomniano wcześniej, w każdym przypadku rozważyć opcję ugodowego rozwiązania sporu powstałego na tle błędu medycznego.

Pierwszym krokiem winna być racjonalna ocena stanu faktycznego, leżącego u podstaw roszczenia pacjenta. Dobrym przykładem próby obiektywizacji spojrzenia jest sprawa przebiegu porodu bliźniąt w jednym z opolskich szpitali, gdzie jedno z dzieci urodziło się z ostrym niedotlenieniem mózgu. Szpital powołał komisję, na czele której stanął wojewódzki konsultant do spraw ginekologii i położnictwa²⁴. Ustalenia takiej komisji winny być uznane za wystarczająco miarodajne dla wypracowania stanowiska szpitala w przedmiocie ewentualnych roszczeń poszkodowanych.

Jeśli analiza, jak w powyższym przykładzie, prowadzi do wniosku, że istnieje wysokie ryzyko, iż podmiot leczniczy zostanie uznany za odpowiedzialnego co do zasady za następstwa błędu medycznego, to kolejnym krokiem powinno być rozważenie dostępnych rozwiązań ugodowych. Na każdy etapie – zarówno po otrzymaniu wezwania do zapłaty, a jeszcze przed wszczęciem przez poszkodowanych postępowania sądowego, jak i już po jego rozpoczęciu (w praktyce po otrzymaniu odpisu pozwu) pod rozwagę winna być wzięta mediacja²⁵.

Warto też wspomnieć, że jakkolwiek tryb dochodzenia roszczeń przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych – wbrew deklaracjom ustawodawcy zawartym w uzasadnieniu do projektu ustawy, że komisje będą organem postępowania ugodowo-mediacyjnego – nie dopuszcza odpowiedniego stosowania art. 183¹–183¹⁵ k.p.c., regulujących postępowanie mediacyjne, to jednak nie stało na przeszkodzie *quasi*-mediacyjnemu podejściu do kwestii zgodnego ustalenia wysokości należnego zadośćuczynienia i odszkodowania w jednej ze spraw, gdzie Wojewódzka Komisja orzekła o zdarzeniu medycznym²⁶.

Mediacja to polubowna metoda rozwiązywania sporu, w której neutralna i bezstronna osoba pomaga stronom we wzajemnej komunikacji, określeniu interesów oraz wypracowaniu obopólnie akceptowalnego porozumienia. Osobą tą jest mediator, który asystuje stronom i pełni rolę profesjonalnego menedżera zarządzającego procesem negocjacji²⁷. Warto dodać, że ostateczna decyzję co do wyboru osoby mediatora, leży w rękach stron konfliktu²⁸, mogą

²⁴ www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Opole-wg-ustalen-kontroli-wewnetrznej-lekarze-popelnili-bledy-podczas-porodu-blizniaczek,125719,8,1.html.

²⁵ Mediacja w sprawach cywilnych uregulowana jest w art. 183¹–183¹⁵ Ustawy z 17 listopada 1974 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.), zwanej dalej k.p.c.

²⁶ www.mediacje.lex.pl/czytaj/-/artykul/pierwsze-w-polsce-negocjacyjne-orzeczenie-komisji-d-s-zdarzen-medycznych.

²⁷ M. R. Wysocki, *Mediacja w sprawach medycznych – lek na pozwy przeciwko lekarzom!*, „Gazeta Lekarska” 2013, nr 1.

²⁸ Art. 183⁹ zd. 2 k.p.c.

więc one zadbać, aby mediatorem była osoba zorientowana w realiach odpowiedzialności cywilnej z tytułu błędów medycznych. Korzyści wynikające z zastosowania mediacji w medycynie, wiążą się bezpośrednio z jej podstawowymi zasadami: dobrowolnością i poufnością. Mediatora obowiązuje tajemnica zawodowa i nawet, gdy mediacja nie zakończy się ugodą zawartą przed mediatorem, nie może on być świadkiem w danej sprawie, o ile obie strony nie wyrażą na to zgody. Co więcej, same strony nie mogą powoływać się w toku ewentualnego procesu sądowego na żadne oświadczenia składane w trakcie mediacji.

Najważniejsza – z punktu widzenia dążenia obu stron do uzyskania pewności poczynionych ustaleń – jest jednak okoliczność, że uгода zawarta przed mediatorem, po jej zatwierdzeniu przez sąd, ma moc ugody zawartej przed sądem, a zaopatrzona w klauzulę wykonalności, staje się tytułem wykonawczym²⁹. Oznacza to, że uгода zawarta przed mediatorem, podlega także ocenie sądu zgodnie z art. 184 zd. 2 k.p.c.. Za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego należy przykładowo uznać ugodę, która narusza interesy jednej ze stron. Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń zwrócił uwagę, że w gestii sądu jest badanie, czy ustępstwa jednej ze stron nie są zbyt duże i nie prowadzą do przyznania świadczenia częściowo nienależnego. Sąd ma bowiem nie tylko prawo, ale i obowiązek uznania ugody za niedopuszczalną, gdy wysokość ustalonego w niej odszkodowania budzi zasadnicze zastrzeżenia w świetle zasad doświadczenia życiowego³⁰. Prezentowane stanowisko obrazuje, że zaopatrzonej w klauzulę wykonalności ugodzie zawartej przed mediatorem, nie sposób zarzucić, że jej treść jest niezgodna z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierza do obejścia prawa, bowiem w takim przypadku nie zostałaby zatwierdzona przez sąd.

W kontekście rozważań dotyczących relacji ubezpieczający (ubezpieczony)–zakład ubezpieczeń podkreślenia wymaga, że nie ma formalnych przeszkód, aby w postępowanie mediacyjne włączyć ubezpieczyciela. Przyniesie to najczęściej większe gwarancje konsensusu niż próba uzyskania pozytywnej decyzji towarzystwa ubezpieczeniowego w wyniku postępowania likwidacyjnego, głównie z uwagi na *de facto* sprzeczne interesy ubezpieczonego i ubezpieczyciela, często aż do wydania wyroku. Dalej, uгода zawarta przed mediatorem może pozwolić na definitywne zakończenie sporu na każdym etapie, także sądowym, bowiem trzeba pamiętać, że za dopuszczalne zostało uznane w orzecznictwie zrzeczenie się prawa do renty przez uprawnionego w zamian za jednorazowe odszkodowanie³¹.

Warto jeszcze wspomnieć o kosztach mediacji. Zaletą mediacji jest jej niski koszt w stosunku do kosztów postępowania sądowego. Koszty mediacji pozasądowej określa wyłącznie umowa mediatora ze stronami, a koszty postępowania mediacyjnego toczącego się w toku

²⁹ Art. 183 § 1¹⁵ k.p.c.

³⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 10 grudnia 1973 r., III CRN 261/73, Pal. 1974, Nr 10, s. 126.

³¹ Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 3 października 1966 r. III CZP 17/66 OSNCP 1968/1/ poz. 1.

postępowania sądowego określa stosowne rozporządzenie³². W toku procesu sąd nie ma możliwości zwolnienia stron od kosztów mediacji, gdyż nie stanowią one kosztów sądowych. Wydaje się, że będzie to podstawową barierą dla poszkodowanych pacjentów, którzy w postępowaniu cywilnym często korzystają z instytucji zwolnienia od kosztów sądowych. W tej sytuacji założyć należy, że inicjatorem postępowania mediacyjnego i stroną, która weźmie na siebie jego koszty, winien być zainteresowany wynikiem mediacji podmiot leczniczy.

W konkluzji podkreślenia wymaga, że nie ma żadnych ustawowych zakazów rozstrzygania roszczeń związanych z szeroko pojętymi błędami medycznymi w drodze ugody zawieranej pomiędzy pacjentem a placówką leczniczą. Zgodnie z art. 917 k.c., przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie, albo aby uchylić spór istniejący lub mogący powstać. Podmiot wykonujący działalność leczniczą z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów jest zobowiązany pokrywać koszty działalności i regulować zobowiązania³³, a żaden przepis nie wprowadza ograniczenia, aby zobowiązania te miały być „potwierdzone” prawomocnymi wyrokami sądowymi. Faktem jest, że środki finansowe otrzymywane w ramach umów zawartych z NFZ powinny być wykorzystywane na cele związane bezpośrednio z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w NFZ. Jednocześnie jednak pamiętać należy, że świadczeniodawca odpowiada za szkody powstałe w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń³⁴, co jest jednoznaczne z przyjęciem, że środki wypłacone tytułem rekompensat za wyrządzone szkody są kwalifikowane jako wydatkowane na „cel związany bezpośrednio z wykonywaniem świadczeń”. W tej sytuacji każda decyzja w przedmiocie zawarcia ugody albo podjęcia ryzyka zaangażowania w proces sądowy musi być uzasadniona i oceniana w kategoriach gospodarności, czyli czy wybrana została najbardziej ekonomiczna i sprawna ścieżka osiągnięcia wyznaczonego celu, którym w tym wypadku jest zaspokojenie zasadnych roszczeń odszkodowawczych.

PODSUMOWANIE

Omówione powyżej uregulowania prowadzą do wniosku, że mediacja jest pełnoprawną alternatywą zarówno dla postępowania sądowego, jak i postępowania przed Wojewódzką Komisją do spraw Zdarzeń Medycznych. Pozwala także na ograniczenie negatywnych konsekwencji stanu niepewności prawnej oraz finansowej w sprawach, w których podmiot leczniczy,

³² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 30 listopada 2005 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym (Dz.U. z 7 grudnia 2005 r.).

³³ Art. 52 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

³⁴ § 3 Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).

racjonalnie analizując roszczenie poszkodowanego pacjenta, ocenia ryzyko przyjęcia swojej odpowiedzialności za błąd medyczny w toku ewentualnego procesu sądowego za wysokie. Argumentem za rozważeniem mediacji jako trybu postępowania prowadzącego do ugodowego zakończenia sporu powinna być także relacja ubezpieczony–ubezpieczyciel, której charakter rzadko daje pełną gwarancję pokrycia zobowiązań związanych z odpowiedzialnością cywilną podmiotów leczniczych z tytułu błędów medycznych.

ALTERNATYWNE ROZWIĄZANIA OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA SZPITALI

STRESZCZENIE: Analiza pokrycia dowolnego ryzyka skłania do zbadania kosztów ubezpieczenia. Jednak w wielu sytuacjach nie jest możliwe uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej lub koszty ubezpieczenia znacznie przekraczają możliwości finansowe ubezpieczającego. W polskiej rzeczywistości sytuacja taka jest obserwowana w obowiązkowych ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej oraz zdarzeń medycznych, do zawarcia których zobowiązane są szpitale. Rynek finansowy oferuje różne rozwiązania w takich sytuacjach. W artykule przebadano możliwość zainicjowania przedsiębiorstwa typu *captive* oraz utworzenie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Każde z tych rozwiązań ma swoje zalety dla szpitala, ale niesie za sobą również określone zagrożenia. Prawidłowe szacowania kosztów ryzyka wymaga analizy wszelkich wydatków ponoszonych przez szpital na pokrywanie określonych zagrożeń. Jednak przede wszystkim, bez względu na wybraną formę finansowania skutków, należy określić procedury zarządzania ryzykiem w szpitalu.

ABSTRACT: Analysis of cover any risk leads us to audit the cost of insurance. However, in many situations it is not possible to obtain insurance coverage or insurance costs significantly exceeded the financial capacity of the policyholder. In Poland, such a situation can be observed in the compulsory insurance of civil liability of hospitals and medical events/errors. The financial market offers a variety of solutions in such situations. The article studied in particular the opportunity to initiate a captive companies and the creation of mutual insurance companies. Each of those solutions have their advantages for the hospital, but it also entails certain risks. The correct risk assessment requires an analysis of the cost of any expenses incurred by the hospital to cover identified risks. But first of all, regardless of the chosen forms of financing, it is necessary to define risk management procedures at the hospital.

WPROWADZENIE

Działalność szpitala niesie za sobą wiele zagrożeń związanych z posiadaniem mieniem, prowadzoną działalnością czy bycia instytucją w ramach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jednak w ostatnich miesiącach pojawiły się znaczne problemy związane z uzyskaniem ochrony ubezpieczeniowej odpowiedniej co do zakresu i ceny w odniesieniu do odpowiedzialności cywilnej szpitali, a także odpowiedzialnością za tzw. zdarzenia medyczne. Zgodnie z art. 17.

ust. 1 pkt 4 Ustawy z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej¹, szpital jest obowiązany m.in. do zawarcia umowy ubezpieczenia:

- odpowiedzialności cywilnej placówek leczniczych z tytułu udzielania świadczeń medycznych,
- na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

POSZUKIWANIE ODPOWIEDNIEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówek leczniczych zastąpiło kilka innych ubezpieczeń (w tym obowiązkowych). Zupełnie nowym rozwiązaniem jest ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Odpowiedzialność szpitala została wprowadzona poprzez nowelizację przepisów ustawy z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta². Przewiduje ona szczegółowe zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku tzw. zdarzeń medycznych. Nowa postać odpowiedzialności ma zastosowanie jedynie w przypadku zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Ustawodawca w sposób szczególny zdefiniował pojęcie zdarzenia medycznego, rezygnując ostatecznie z wcześniej przyjętego terminu błędu medycznego (art. 67a ust. 1). Przez zdarzenie medyczne rozumie zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, a także jego śmierć będącą następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie lub opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Parametrem decydującym o możliwości powstania odpowiedzialności szpitala jest zatem określony uszczerbek powstały na skutek decyzji niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną³. Zarówno w teorii, jak i w praktyce wiele wątpliwości budzi współistnienie obu ubezpieczeń⁴, ale także koszt odpowiedniej w tym zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Wprawdzie obowiązek tego drugiego ubezpieczenia został zawieszony⁵, jednak to na

¹ Ustawa z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).

² Ustawa z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660).

³ M. Serwach, *Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne*, „Gazeta Lekarska”, czerwiec 2012.

⁴ Zob. np. M. M. Capik, *Zdarzenie medyczne – ryzyko OC czy NNW*, „Magazyn Ubezpieczeniowy” 2012, nr 6 (72); E. Kowalewski, W.W. Mogiński, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1 (70).

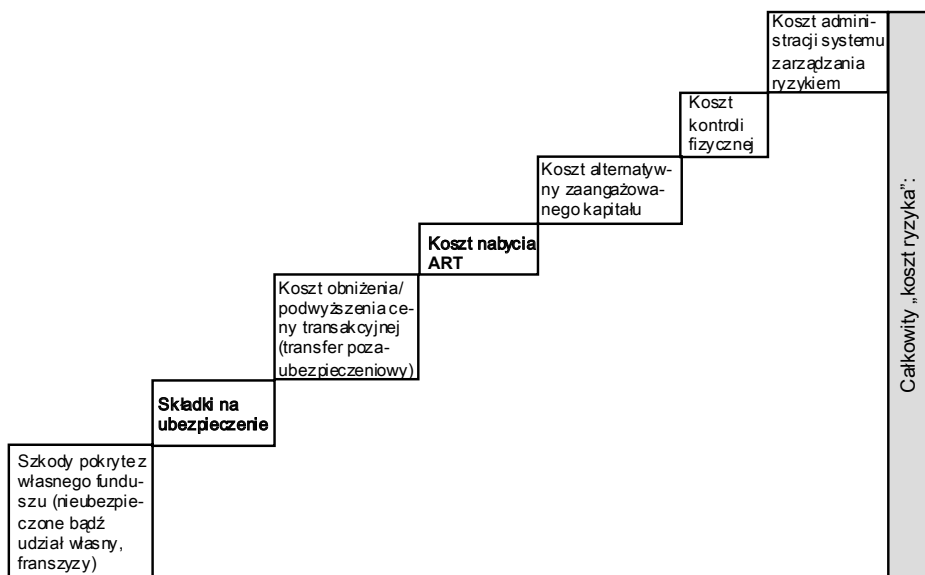
⁵ Ustawa z 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2012 r. poz. 742).

placówkach medycznych ciąży konsekwencja finansowa zdarzeń, które definiuje wspomniana ustawa.

SPOSODY FINANSOWANIA SKUTKÓW ZDARZEŃ

Konsekwencje związane z funkcjonowaniem analizowanej regulacji jednoznacznie wskazują, że konieczne jest spojrzenie na skutki określonych zdarzeń nie tylko przez pryzmat prostej umowy ubezpieczenia, ale należy określić wszelkie elementy, które wpływają na coś, co można określić pojęciem „koszt ryzyka”. Zawarcie umowy ubezpieczenia przez wielu traktowane jest jako transfer przyszłych zobowiązań na ubezpieczyciela. Należy mieć jednak świadomość, że z jednej strony nie zawsze możliwe jest uzyskanie takowej ochrony ubezpieczeniowej (szczególnie w tych obszarach rynku, gdzie ubezpieczyciele wykazują dużą szkodowość⁶), a z drugiej strony umowy ubezpieczenia zawierają szereg ograniczeń odpowiedzialności, których skutki przekładają się na konieczność pokrywania strat z własnych środków (w przypadku szpitali i obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej liczba ograniczeń jest minimalna).

Rysunek 1. Całkowity „koszt ryzyka” w procesie decyzyjnym



Źródło: opracowanie własne.

⁶ W większości przetargów na ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej szpitali pojawiała się tylko jedna oferta. Oznacza to, że obecne parametry tego ryzyka nie generują zainteresowania u innych ubezpieczycieli.

W celu optymalizacji kosztu ryzyka możliwe jest, a w niektórych sytuacjach nawet konieczne, stosowanie kombinacji, łączenia poszczególnych metod kontroli fizycznej i finansowej w zakresie zarządzania danym rodzajem ryzyka. Jednak specyfika współczesnych gospodarek prowokuje do zmiany tradycyjnego postrzegania tego procesu. Z jednej strony jest to konieczność odpowiedniego usytuowania zarządzania ryzykiem w strukturach organizacji (przedsiębiorstwach, urzędach samorządowych itp.) i konstrukcja samego procesu. Z drugiej strony pojawia się konieczność wykorzystywania odpowiednich metody i techniki zarządzania, a także kwalifikacji i kompetencji osób odpowiedzialnych w danej organizacji.

Fizyczna kontrola ryzyka w zakresie odpowiedzialności cywilnej szpitala i skutków zdarzeń medycznych to przede wszystkim wydatki związane z polepszaniem parametrów świadczonych usług. Analizując ogólnie dostępne dane można założyć, że stan lecznictwa szpitalnego tym zakresie ulega stałej poprawie.

Tabela 1. Środki przeznaczone na inwestycje opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2000–2008, ze szczególnym podziałem na wartości wnoszone przez sektor publiczny i prywatny

Rok	Wartość w zł (w mln)	Wartość w zł wnoszona przez sektor publiczny (w mln)	Wartość w zł wnoszona przez sektor prywatny (w mln)
2000	1519	1519	-
2001	1383	1383	-
2002	1958	1747	211
2003	2195	1917	267
2004	2599	2244	328
2005	3581	2840	684
2006	3674	2977	617
2007	4777	3585	1155
2008	5877	4305	1509
2009	6590		
2010	6710		

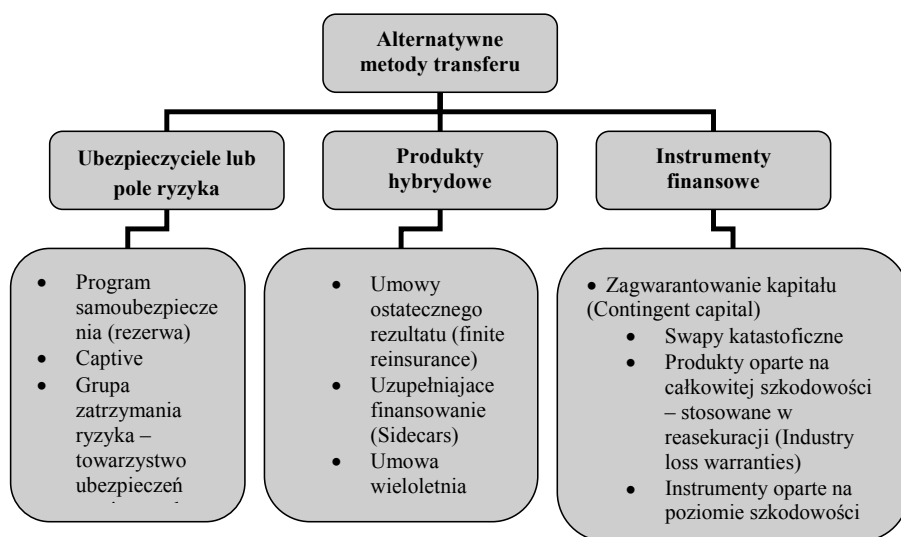
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD Health Statistics.

Przedstawione zestawienia liczbowe wskazują na szybko rosnące inwestycje w sferze ochrony zdrowia. Należy jednak podkreślić dynamikę nakładów ze strony sektora prywatnego. Obserwuje się, że partycypacja partnera prywatnego przyczynia się nie tylko do polepszenia jakości świadczonych usług za pomocą nowoczesnego sprzętu medycznego, ale również do podniesienia standardu miejsc, w jakich świadczenia te są dostarczane. Istotne odciążenie władz publicznych z obowiązku opłacania kosztochłonnej działalności placówek opieki zdrowotnej oraz stworzenie możliwości obniżenia kosztów inwestycyjnych sprawiają, że rola sektora prywatnego nabiera coraz większego znaczenia. Jego aktywizacja oraz wyraźny, pozytywny wpływ na stan publicznej opieki zdrowotnej pobudza władze do

nobilitowania oraz promowania partnerów prywatnych jako kluczowych graczy na rynku usług medycznych. Warto zaznaczyć, że wartość środków przeznaczonych na inwestycje osiągnęła w 2010 r. poziom 6,8% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną⁷.

Jednym z wariantów wprowadzania kapitału prywatnego do polskiej sfery zdrowotnej jest partnerstwo publiczno-prywatne, które w obecnym stanie otoczenia prawnego może okazać się „lekarstwem” dla niedofinansowanej opieki zdrowotnej.

Rysunek 2. Alternatywne formy transferu



Źródło: opracowano na podstawie: *Product Innovation in Non-life Insurance Market. Where Little „i” Meets Big „I”*, „Sigma” 2011, No. 4, s. 17–19.

Poszukiwanie finansowego zabezpieczenia dla skutków analizowanych zdarzeń (roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej lub w oparciu o regulacje dotyczące zdarzeń medycznych), to budowanie odpowiedniego, własnego zaplecza finansowego, skorzystanie z alternatywnych sposobów transferu ryzyka lub wykorzystanie istniejących rozwiązań ubezpieczeniowych. W skrajnym przypadku realizacja zdarzenia medycznego może oznaczać pokrywanie roszczeń z bieżących zysków, rezerwy, nadwyżki lub kredytu. Wydaje się, że w omawianym zakresie szkód optymalnym rozwiązaniem byłoby tworzenie rezerw w oparciu o dotychczasowe własne doświadczenia. Należy jednak pamiętać, że szkody związane z odpowiedzialnością cywilną szpitali mają w wielu przypadkach charakter zobowiązania długoterminowego, tzn. zasądzone świadczenia to nie tylko wypłata o charakterze odszkodowania, zadośćuczynienia, ale coraz częściej renty. Jednak polskie prawo wprowadza znaczne ograniczenia w tworzeniu rezerw przez szpitale. Generalna zasada rachunkowości

⁷ GUS, *Narodowy rachunek zdrowia za rok 2010*, www.stat.gov.pl.

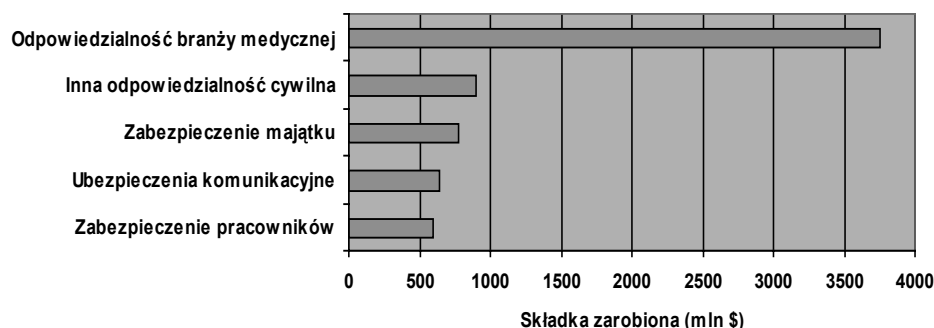
precyzuje, że tylko rezerwy spełniające warunki z art. 16 ust. 1 pkt 26 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, można traktować jako koszt uzyskania przychodu. A te kryteria to nieściągalność wierzytelności lub uprzednie zarachowanie wierzytelności jako przychód⁸.

Dlatego innym możliwym do realizacji sposobem jest wykorzystanie owej idei partnerstwa publiczno-prywatnego i poszukiwanie rozwiązań, które pozwolą na złagodzenie obciążeń związanych z realizacją wymaganych prawem form zabezpieczenia (ubezpieczeń obowiązkowych), a z drugiej strony pozwolą na stworzenie trwałych rozwiązań instytucjonalnych. Literatura przedmiotu wskazuje na wiele rozwiązań z pogranicza rynku ubezpieczeniowego i finansowego, lecz nie wszystkie wprost mogą zostać zastosowane w naszych regulacjach i do finansowania tego rodzaju zdarzeń.

W omawianym zakresie może być to zainicjowanie tworzenia instytucji typu *captive* lub wykorzystanie możliwości związanych z funkcjonowaniem towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W obu przypadkach szuka się alternatywy dla typowej umowy ubezpieczenia, a jednocześnie bada rozwiązania, w których przekazanie stosowanej kwoty może być traktowane jako koszt uzyskania przychodu. Oczywiście najczęściej stosowanym rozwiązaniem technicznym jest stały udział szpitala w przyszłych wynikach realizacji takiego kontraktu, czyli opłacona przez szpital składka nie jest końcowym kosztem ryzyka, ale należy liczyć się z ewentualnymi dopłatami (lub zwrotami, jeżeli przebieg szkodowości będzie korzystny).

Należy jednak podkreślić, że na rynku amerykańskim właśnie *captive* stanowią popularny sposób zabezpieczenia roszczeń przeciwko lekarzom. Jak zaznaczono to na poniższym wykresie składki zarobione przez *captive* z tego typu przedsięwzięć znacznie przekraczają składki zarobione na innych rodzajach odpowiedzialności cywilnej, ale również z zabezpieczeń majątku przedsiębiorstw, czy zabezpieczenia pracowników.

Wykres 1. Największe linie biznesowe w działalności *captive* w USA w 2010 r.



Źródło: ART, Market Review 2012 edition, A.M. Best, s. 16.

⁸ Wyrok NSA z 5 września 2006 r., sygn. Akt II FSK 1195/05 niepubl.

JAKIE DZIAŁANIA NALEŻY PODJĄĆ DO ZAINICJOWANIA *CAPTIVE*?

W literaturze *captive insurance* definiowany jest jako specyficzny podmiot gospodarczy, którego podstawowym celem działalności jest finansowanie ryzyka zagrażającego przedsiębiorstwom – właścicielom *captive*’u.⁹ W rozpatrywanej sytuacji właścicielem takiego podmiotu mógłby być szpital, grupa szpitali lub współwłaściele prywatni, którzy zaangażują się w przedsięwzięcie w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Geneza tego typu podmiotów sięga roku 1782, kiedy grupa amerykańskich producentów spirytusu założyła Phoenix Insurance Co. w celu ubezpieczenia własnego ryzyka i obniżenia kosztu ubezpieczenia¹⁰.

Założenie zależnego przedsiębiorstwa typu *captive* może przynieść szpitalom efekty dwojakiego rodzaju – finansowe i w zarządzaniu ryzykiem. Z jednej strony może być oczekiwane przez zarządzających obniżenie kosztu ubezpieczenia. Ten sposób finansowania ryzyka może być tańszy od klasycznego ubezpieczenia ze względu na możliwość obniżenia lub wyeliminowania części narzutów na składkę netto – kosztów akwizycji (całkowita eliminacja) oraz kosztów administracji.

Z drugiej strony jest to szeroka gama korzyści finansowych. Ewentualne zyski, w tym zyski z działalności lokacyjnej, wypracowane przez *captive* są własnością jego właściciela, a zatem również obniżają koszt ubezpieczenia. Ważnym elementem tych zysków jest zysk na działalności lokacyjnej *captive*’u.

Stworzenie *captive*’u, w przeciwieństwie do samoubezpieczenia, umożliwia zaliczenie składek ubezpieczeniowych do kosztów uzyskania przychodów. Jednocześnie ulokowanie *captive*’u w domicylu charakteryzującym się niskim poziomem opodatkowania umożliwia szybkie tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, co w konsekwencji pozwala na dalsze obniżenie kosztu finansowania ryzyka¹¹. Stworzenie *captive*’u daje również dostęp do rynku reasekuracyjnego, gdyż reasekuratorzy zawierają umowy reasekuracyjne jedynie z zakładami ubezpieczeń. Możliwe staje się zatem uzyskanie kosztu pokrycia ryzyka i zakresu ochrony ubezpieczeniowej na korzystnych warunkach, tzn. adekwatnych do sytuacji na rynku reasekuracyjnym¹². Należy jednak pamiętać, że gromadzone środki pozostają w grupie realizującej ideę samoubezpieczenia. Dlatego w sytuacji „miękkiego rynku reasekuracyjnego” należy rozważyć zachowanie wyższego kosztu ubezpieczenia w celu tworzenia nadwyżki na okres, gdy akceptacja ryzyka przez reasekuratorów będzie na dużo trudniejszych warunkach.

⁹ A. Liwacz, *Captive jako metoda finansowania ekonomicznych skutków ryzyka oraz perspektywy jej rozwoju*, Warszawa 2003, s. 46.

¹⁰ *Ibidem*, s. 47.

¹¹ A. Rutkowski, *Captive lekarstwo na podatki i ryzyko*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, 03.11.2003.

¹² Zob. szerzej: M. Ostermiller, *Recapturing the Alternative Market*, „Best’s Review P&C Edition” 1998, Vol. 98 (10), s. 34–37.

Utworzenie *captive*’u wpływa również na poprawę przepływów pieniężnych u jego właścicieli, gdyż umożliwia dużą elastyczność w ustalaniu terminów płatności składek ubezpieczeniowych. Ostatnią już korzyścią finansową jest stabilizacja budżetu ubezpieczeniowego. Ponieważ sektor ubezpieczeniowy jest narażony na wahania koniunkturalne, *captive* stwarza właścicielowi możliwość odizolowania się od zmian cen i dostępności pokrycia ubezpieczeniowego.

Captive umożliwia gromadzenie danych statystycznych związanych z finansowanym ryzykiem, a to w przyszłości doprowadzić może do przekształcenia *captive*’u indywidualnego w *captive* do wynajęcia i korzyści finansowe z wynajmowania pojemności akceptacyjnej, a nawet przekształcenie *captive*’u w tradycyjny zakład ubezpieczeń.

Metoda finansowania ryzyka poprzez *captive* posiada również szereg elementów negatywnych, które uniemożliwić mogą osiągnięcie analizowanych wyżej korzyści. Z jednej strony może być to kwestia zbyt niskiego budżetu na ubezpieczenia, który nie pozwoli na zrównoważenie korzyściami kosztów zainicjowania i funkcjonowania *captive*. Brak dostatecznego rozproszenia ryzyka zarówno podmiotowo, jak i rodzajowo, będzie znacznie podnosiło koszt ewentualnej reasekuracji. Kolejna kwestia to brak możliwości kontrolowania ryzyka lub skromne narzędzia i środki przeznaczane na ten cel. Brak świadomego i długotrwałego zarządzania ryzykiem w szpitalach powoduje znaczną niepewność w akceptacji profilu ryzyka danego podmiotu i w efekcie znów zwiększy koszty reasekuracji. Warto również podkreślić, że ochrona zdrowia to w ostatnim czasie branża obserwowana w sposób szczególny przez rynek ubezpieczeń. Wprowadzenie kolejnego obowiązku to czynnik generujący w normalnych warunkach wzrost konkurencji pomiędzy zakładami. Jednak ze względu na charakter tych rodzajów ryzyka oraz koszty związane z realizacją likwidacji szkód, liczba aktywnych ubezpieczycieli na tym rynku nie zwiększa się.

Jak wspomniano wcześniej, większość współczesnych *captive*’ów lokalizowanych jest w miejscach zaliczanych do tzw. rajów podatkowych lub takich, gdzie stworzono dogodne regulacje prawne dotyczące zakładania i funkcjonowania tego typu przedsiębiorstw. Największa liczba *captive*’ów (958 w 2007 r.) była zarejestrowana na Bermudach (w większości są one zakładane przez przedsiębiorstwa amerykańskie), ale pewna część takich podmiotów funkcjonuje również w Europie – na koniec 2011 r. było to 868 podmiotów w 5 lokalizacjach (najwięcej na wyspie Guernsey)¹³.

Tworzenie *captive*’u nie jest czynnością szybką i łatwą, jest to bowiem wieloetapowy proces. Przedsiębiorstwo lub grupa przedsiębiorstw (w analizowanym przypadku – szpitali) decydując się na założenie *captive*’u musi przejść przez wszystkie etapy tego procesu, a każdy etap zakończyć pozytywną decyzją, czyli podtrzymaniem zamiaru utworzenia bądź

¹³ G. Laveres, *Masters of Reinsurance. Compulsory Reserving is Making Luxembourg Stand out Over its Competing Jurisdictions, as CIT Finds out*, „Captive Insurance Times”, 19.09.2012, s. 10.

korzystania z *captive*'u w kontekście celu postawionego na wstępie¹⁴. Proces tworzenia można podzielić na trzy etapy:

- 1) analiza wstępna,
- 2) analiza pogłębiona,
- 3) implementacja.

Tabela 2. Schemat zainicjowania przedsiębiorstwa w formie *captive*

Okres działania	Wyszczególnienie	Koszty szacowane
Analiza wstępna: 3–6 miesięcy	1. Wstępna decyzja o zainicjowaniu spółki zależnej, precyzyjne określenie celów działania 2. Zaangażowanie specjalisty ubezpieczeniowego do przeprowadzenia studium wykonalności 3. Wybór miejsca realizacji spółki, określenie poziomu akceptacji ryzyka oraz struktury organizacyjnej <i>captive</i>	20–100 tys. dolarów (plus koszty zgromadzenia danych o szkodowości i stosowanych procedurach zarządzania ryzykiem)
Analiza pogłębiona: 3–6 miesięcy	1. Ustalenie umów, zasad powiązania <i>captive</i> z założycielami, wybór zarządu, powołanie doradców 2. Rejestracja spółki zależnej w wybranym kraju, uiszczenie stosownych opłat i przekazanie kapitału podstawowego	
Implementacja: 3 miesiące	1. Finalizacja przyjętego modelu biznesowego, dopełnienie procesu aplikacji, rejestracja spółki 2. Sprawdzenie gotowości do działalności operacyjnej i <i>setup</i>	10–30 tys. dolarów

Źródło: opracowanie własne.

Być może najważniejszym elementem tworzenia spółki zależnej w formie *captive*'u jest przeprowadzenie studium wykonalności – wykonywane w pierwszym i drugim etapie. Zwykle wykonywane przez ustanowionego specjalistę, który dokonuje analizy dotychczasowych rozwiązań i kosztów ubezpieczeniowych, a następnie oceny przygotowywanego rozwiązania, biorąc pod uwagę postawione cele, czyli uzyskanie odpowiedniej ochrony ubezpieczeniowej lub redukcję kosztów ubezpieczenia. Analiza pogłębiona wymaga zaangażowania ekspertów z dziedziny aktuariatu, podatków i regulacji prawnych. W etapie tym można wyróżnić dwa główne komponenty. Pierwszym jest tzw. część aktuarialna określająca strukturę pokrycia ubezpieczeniowego oraz reasekuracji. Druga część dotyczy oceny finansowej funkcjonowania *captive*'u oraz cech jakościowych, tzn. wyboru domicylu, struktury własnościowej oraz zarządu¹⁵.

¹⁴ P. Theriault, *What to Consider When Establishing and Operating Captive*, www.captive.com [20.12.2012].

¹⁵ *Captive 101: Managing Cost and Risk*, www.towersperrin.com [03.05.2009].

Należy jednak mieć świadomość tolerancji ryzyka przez szpital – korzystając z *captive*'u firma musi być świadoma, że transfer ryzyka na *captive* nie powoduje całkowitego „uwolnienia” się od danego ryzyka. *Captive* nie jest całkowicie niezależnym podmiotem, jak tradycyjne zakłady ubezpieczeń i w przypadku serii roszczeń, a w efekcie znacznego przekroczenia zakładanego poziomu szkodowości negatywne skutki mogą dotknąć również spółki matki, czyli szpitala. W szczególności przedsiębiorstwo zostanie obciążone dużymi kosztami w przypadku bankructwa *captive*'u. Poza mentalną oceną zakresu tolerancji ryzyka przez dane przedsiębiorstwo musi ono również dokonać analizy własnej zdolności finansowej do zatrzymania ryzyka na udziale własnym.

Studium wykonalności sprawdza również odporność przyjętego rozwiązania na czynniki zewnętrzne np. zmienność regulacji prawnych. Powinno ono zawierać analizę spełnienia obowiązku ubezpieczenia przez dokumenty wystawione za granicą przez podmioty typu *captive*. Akceptowalność takich dokumentów powinna zostać skonsultowana w pierwszym rzędzie z organem nadzoru, czyli w polskiej rzeczywistości z Komisją Nadzoru Finansowego.

Przy wyborze *captive*'u jako formy realizacji zabezpieczenia przyszłych roszczeń należy mieć świadomość, że w najbliższym czasie zmienią się zasady dotyczące wymogów kapitałowych dla ubezpieczycieli, ale również podmiotów typu *captive*. Zadaniem specjalistów, wprowadzenie tzw. Solvency II, spowoduje znaczny wzrost wymagań w zakresie minimalnego kapitału dla tych podmiotów. W odniesieniu do europejskich domicyli¹⁶, czyli miejsce gdzie inicjowane są *captive*'y, największy wzrost wymaganego kapitału będzie dotyczył Irlandii (ponad 500% wzrostu), Luksemburga (400%) oraz Malty (370%)¹⁷. Ponadto jakościowy aspekt wymagań stawianych ubezpieczycielom wymaga uruchomienia zawansowanych informacyjnych systemów zarządzania w celu zapewnienia odpowiedniego szacowania ryzyka, oceny potrzeb kapitałowych i w konsekwencji wyliczenie odpowiedniego poziomu kapitału.

Utworzenie i funkcjonowanie *captive*'u wiąże się z pewnym dość wysokim poziomem kosztów, dlatego też przyjmuje się, że minimalny poziom składki przypisanej na poziomie około 3–5 mln dolarów, pozwala na najlepszą racjonalizację działania *captive*'u indywidualnego. To szacowanych kosztów zainicjowania *captive*'u należy jeszcze dodać wydatki związane z codziennym funkcjonowaniem. Roczne koszty funkcjonowania to ok. 50–70 tys. zł, na które składają się opłaty dla samego *captive*'u za zarządzanie środkami, ale również kwestie wynagrodzenia zarządu i opłat lokalnych.

Wiele *captive*'ów funkcjonuje jednak, pomimo znacznie niższej składki. Jeżeli celem firmy jest długookresowe wygładzenie kosztów, ominięcie kosztów ubezpieczenia

¹⁶ W opracowaniu rozważa się europejskie miejsca inicjowania instytucji typu *captive*, ze względu na konieczność spełnienia akceptowalność wystawionego dokumentu ubezpieczenia jako realizacji ubezpieczenia obowiązkowego. Rozwiązanie takie jest możliwe w oparciu o realizację swobody świadczenia usług przez ubezpieczycieli i notyfikację działalności poszczególnych podmiotów.

¹⁷ *The GCC Captive Insurance Guide*, „MEED Insight”, s. 27.

i uniezależnienie ich od wahań na rynku, wówczas osiąganie powyższego minimum staje się mniej istotnym czynnikiem decyzyjnym.

CZYM CHARAKTERYZUJE SIĘ TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH?

W przypadku, gdy ustawodawca wprowadza ubezpieczenia obowiązkowe, włącza ubezpieczyciela w proces kompensacji odpowiedzialności cywilnej oraz zdarzeń medycznych i przenosi finansową odpowiedzialność za zdarzenia ze szpitala na zakład ubezpieczeń. W tym zakresie należy podkreślić, że polskie prawo ubezpieczeniowe umożliwia prowadzenia działalności w dwóch formach organizacyjnych: spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W związku z pojawiającymi się głosami o tworzeniu TUV-ów dla szpitali warto przyjąć się dokładniej tej formie organizacyjnej zakładu ubezpieczeń.

Idea ubezpieczeń wzajemnych ma swe źródła w solidaryzmie grupowym. Realizowana jest ona przez organizację samorządową opartą na samopomocy i altruizmie. Członkowie tej organizacji mają na celu wspólne zabezpieczenie się przed negatywnymi skutkami zdarzeń losowych¹⁸.

W polskiej literaturze przedwojennej podkreśla się, że wzajemność ubezpieczeniowa oparta jest na zasadach gospodarki naturalnej i zaspokaja w sposób najtańszy i najprostszy potrzeby ekonomiczne grup zrzeszonych osób¹⁹, które zobowiązują się wspólnie ponosić straty w przedmiotach poddanych zabezpieczeniu²⁰.

Pojęcie zasady wzajemności jest używane także we współczesnym polskim prawodawstwie²¹. Wyróżnić można dwie istotne cechy²²:

- obowiązuje w umowach ubezpieczenia zawieranych wyłącznie przez członków towarzystwa,
- jest nierozzerwalnie związana z „typem” składki ubezpieczeniowej – zasadniczo płatnej z góry, ale o charakterze zaliczki.

¹⁸ A. Kostecki, *O zabezpieczeniach czyli asekuracjach w ogóle, a w szczególności o zabezpieczeniach w naszym kraju*, Kraków 1862.

¹⁹ B. Chomicz, *Ubezpieczenia wzajemne od ognia w ogóle a miejskie w szczególności*, Warszawa 1911.

²⁰ W. Łuszczewski, *O początkach, naturze i przyszłości Towarzystw zabezpieczenia od losowych przypadków*, Warszawa 1841.

²¹ Art. 38 ust. 1. ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151) stanowi, że towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych jest zakładem ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności.

²² E. Kowalewski, *Istota prawna ubezpieczeniowej zasady wzajemności oraz potrzeba nowej regulacji prawnej towarzystw ubezpieczeń wzajemnych*, [w:] *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie prawnym (stan i perspektywy)*, red. T. Sangowski, Poznań 2001.

Osoba zawierająca umowę ubezpieczenia wzajemnego wstępuje jednocześnie w dwa stosunki ubezpieczenia²³:

- prawny stosunek ubezpieczenia,
- prawny stosunek członkostwa w TUW.

Oba te stosunki, poza wyjątkami przewidywanymi przez prawo krajowe lub wewnętrzne przepisy towarzystwa, są ze sobą nierozdzielnie związane. Uzyskanie członkostwa w TUW musi być związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jego utrata z wygaśnięciem stosunku ubezpieczenia. W TUW podstawową rolę odgrywają zatem członkowie, którzy jako wspólnota ubezpieczonych tworzą istotę towarzystwa.

W efekcie takiego rozumienia wzajemności zakład ubezpieczeń opierający na niej swą działalność charakteryzuje się:

- niezarobkowym celem działalności,
- wolnością członkostwa i demokracją w zarządzaniu,
- narodowym charakterem organizacji wzajemnych.

Członkowie są ze sobą powiązani nie tylko przynależnością do towarzystwa, ale także zobowiązaniem do tworzenia funduszu na pokrycie wydatków z tytułu odszkodowań oraz innych świadczeń towarzystwa oraz kosztów własnych towarzystwa. Pomimo, że ubezpieczeni członkowie nie pozostają w żadnym stosunku wobec siebie, lecz do towarzystwa jako osoby prawnej, to zgodnie z zapisami statutowymi są zobowiązani do pokrywania ewentualnych niedoborów w formie dopłaty składki lub zmniejszenia świadczenia. Nadwyżki osiągnięte przez towarzystwo wracają do członków w postaci zwrotów, obniżenia składki na przyszłe okresy lub w postaci innych świadczeń. Zatem składka, nawet jeśli posiada z góry określoną wysokość, ma charakter wyłącznie zaliczki, która wymagać będzie rozliczenia po okresie ubezpieczenia lub okresie sprawozdawczym. Szczegółowy system świadczeń członków na rzecz towarzystwa określa statut. Może on nawet określać, że dopłaty członków na rzecz towarzystwa są nieograniczone. Może przewidywać także zmniejszanie świadczeń towarzystwa na rzecz członków z tytułu odszkodowań, jednakże w tym przypadku w Polsce nie jest dopuszczalne umieszczenie w statucie zapisu o nieograniczonym udziale członków w pokryciu straty.

WADY I ZALETY UBEZPIECZENIA SZPITALI TUW

Założenie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych dla szpitali wymaga starannej analizy potencjalnych korzyści i zagrożeń, które towarzyszyć będą tej działalności (tab. 3).

Często podkreśla się, że najistotniejszym efektem finansowym stworzenia TUW jest możliwość obniżenia kosztu ubezpieczenia. Ten sposób finansowania ryzyka może być

²³ E. Kowalewski, *Ubezpieczeniowa zasada wzajemności – jej istota i konsekwencje prawne*, „Prawo Asekuracyjne” 1998, nr 1.

tańszy od klasycznego ubezpieczenia ze względu na możliwość obniżenia lub wyeliminowania części narzutów na składkę – kosztów pozyskania klienta i kosztów reklamy (nawet całkowita ich eliminacja) oraz kosztów administrowania zakładem. Ważnym elementem wyników finansowych zakładów ubezpieczeń jest zysk na działalności lokacyjnej. Chwilowo wolne środki finansowe (rezerwy, kapitały etc.) są lokowane i stanowią składową wyniku finansowego. Wszystkie zyski wypracowane przez TUW są własnością jego właścicieli, a zatem również obniżają koszt ubezpieczenia.

Możliwość obniżenia kosztu ubezpieczenia wydaje się kluczowa, gdyż jak się szacuje, udział ubezpieczenia we wszystkich kosztach szpitali może wzrosnąć z 1–2% do nawet 5%.

Tabela 3. Korzyści i zagrożenia TUW

Szanse/Korzyści	Zagrożenia/Słabości
– niższy koszt ubezpieczenia – pokrycie ubezpieczeniowe dla rodzajów ryzyka, których „nie chce” rynek – wpływ na wzrost konkurencyjności na rynku ubezpieczeniowym (obniżki cen na rynku) – elastyczność w kształtowaniu przepływów pieniężnych w ubezpieczonych podmiotach (stosunkowo swobodne kształtowanie terminów płatności składek) – stabilizacja budżetu ubezpieczeniowego (odizolowanie się od wahań cen i dostępności pokrycia na rynku ubezpieczeniowym) – brak konieczności organizowania przetargów wobec umów ubezpieczenia zawieranych z TUW przez podmioty będące członkami TUW – bezpośredni dostęp do rynku reasekuracyjnego (bezpośrednie negocjacje, niższy koszt reasekuracji, większa elastyczność programu reasekuracyjnego) – niższe wymogi kapitałowe i wypłacalnościowe	– brak rozproszenia ryzyka – wysoka lub rosnąca szkodowość – brak możliwości kontroli szkodowości i wpływu na jej obniżenie – brak wiarygodnych danych statystycznych – wysoki koszt i stosunkowo skomplikowana procedura organizacji podmiotu (słaba kondycja finansowa organizatora) – brak wyspecjalizowanej kadry (zarządzanie zakładem ubezpieczeń wymaga specjalistycznej wiedzy) – brak polityki ubezpieczeniowej państwa/KE dla wspierania działalności TUW – nowy system oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń (Solvency II) i w perspektywie prawdopodobne wymuszenie koncentracji małych TUW, upodabnianie ich działalności do spółek akcyjnych i czy wręcz przekształcanie ich w tradycyjne spółki akcyjne

Źródło: M. Janowicz-Lomott, *Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych dla szpitali – szanse i zagrożenia*, „Menedżer Zdrowia” 2012, nr 6.

Analizując korzyści należy podkreślić, że TUW umożliwia nie tylko stworzenie programu ubezpieczeniowego „szytego na miarę” – według potrzeb właścicieli, ale również umożliwia finansowanie ryzyka, które może być bardzo drogie do ubezpieczenia na tradycyjnym

rynku ubezpieczeniowym. Tworząc zaś konkurencję dla ubezpieczycieli komercyjnych może wpłynąć na obniżenie składek ubezpieczeniowych na rynku, co wydaje się szczególnie ważne na dzisiejszym niemal monopolistycznym rynku ubezpieczeń szpitalnych.

Ta metoda finansowania ryzyk posiada jednak również szereg elementów negatywnych, które uniemożliwić mogą osiągnięcie analizowanych wyżej korzyści. W przypadku obowiązkowego ubezpieczenia szpitali jest to przede wszystkim niezbyt dobrze znany dotychczas poziom szkodowości. W Polsce nie prowadzi się monitoringu błędów medycznych – nieznana jest więc skala tego zjawiska. Z szacunków wynika jednak, że liczba pozwów z tego tytułu rośnie znacząco (rys. 3), co wskazuje na rosnącą świadomość pacjentów. Rośnie też wysokość zasądzanych przez sądy odszkodowań, warto jednak podkreślić, że szacunki te są wciąż dalekie np. od danych z rynku USA, gdzie ok. 55% spraw jest wygrywanych przez poszkodowanych. Z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń wynika, że w 2009 r. szacunkowa liczba błędów medycznych oscylowała na poziomie 835 tysięcy. Jest ona zatem nieporównywalnie wyższa od faktycznie zgłoszonych do sądów. Dlaczego powstała taka sytuacja? Po pierwsze, pacjenci rezygnują z dochodzenia roszczeń z tytułu błędu lekarskiego, ponieważ obawiają się przegranej przed sądem, skutkującej obciążeniem ich wszystkimi kosztami procesu. W Polsce usługi prawnicze oraz koszty postępowania sądowego są relatywnie drogie, a możliwość przegrania sprawy i związana z tym konieczność pokrycia kosztów całego procesu odstrasza pacjentów od dochodzenia swoich praw przed sądem. Oprócz czynnika finansowego pacjentów, zniechęcają również trudności, jakie wiążą się z postępowaniem dowodowym w procesach z zakresu błędów lekarskich²⁴.

Uproszczony sposób dochodzenia roszczeń jest wciąż mało znany. Jednak zgodnie ze statystykami Biura Rzecznika Praw Pacjenta wniosków wpłynęło aż 217. Orzeczenia zapadły już w 42 sprawach, a tych, w których uznano argumenty pacjentów, było 14. Zdaniem szefów komisje powoli zaczynają spełniać swoje funkcje. Część z tych blisko 40 spraw na pewno trafiłaby do sądów²⁵.

Rosnącej świadomości pacjentów towarzyszy jednocześnie rosnąca aktywność kancelarii prawnych specjalizujących się w odszkodowaniach za błędy lekarskie²⁶. Na zwiększenie wypłacalności odszkodowań za błędy medyczne wpłynie zapewne także uproszczony sposób dochodzenia roszczeń przed komisjami wojewódzkimi.

Brak wiarygodnych danych o odszkodowaniach jest tym ważniejszy, że TUV szpitalne mają obejmować ubezpieczeniem bardzo wąski zakres ryzyka – OC szpitali i odpowiedzialność za zdarzenia medyczne. Warto, aby samorządy będące właścicielami szpitali objęły

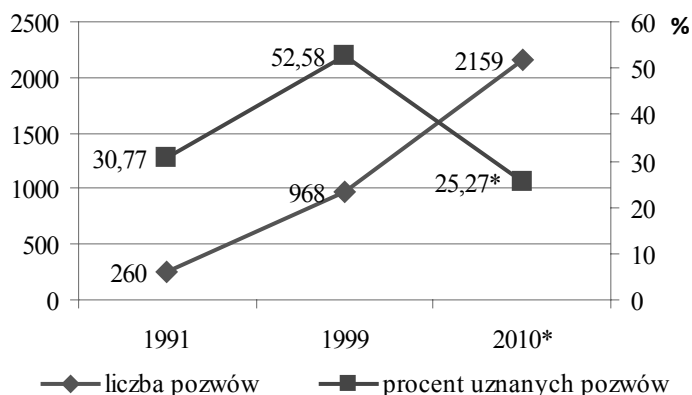
²⁴ A. Skrabucha, *Błąd lekarski w sądzie*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3.

²⁵ K. Klingier, *Pierwsze wypłaty za błędy medyczne*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 12 listopada 2012.

²⁶ Daleko Polsce do standardów USA, ale wystarczy dziś w dowolnej wyszukiwarce internetowej wpisać hasło związane z błędem lekarskim, aby pojawiło się tam odwołanie do kilkudziesięciu kancelarii prawnych, warto też wspomnieć sprzed kilku miesięcy ogromy billboard przed jednym ze szpitali, na którym swe usługi proponowała kancelaria odszkodowawcza.

ubezpieczeniem w ramach TUW także swój majątek czy własną odpowiedzialność cywilną. Wpłyne to istotnie na rozproszenie ryzyka. Warto też zastanowić się nad faktem nie tylko TUW regionalnego, ale ponadregionalnego czy wręcz ogólnokrajowego.

Rysunek 3. Liczba pozwów i procent uznanych pozwów związanych z błędami lekarskimi



*procent pozwów uznanych w 2010 r. dotyczy rozpatrzonych 740 pozwów, z czego uznano 187

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Z. Wasilewski, *Prawo odpowiedzialności szpitala i lekarza*, „Medinfo”, 17.04.2012.

W przypadku ubezpieczeń szpitalnych wpływ na wysokość odszkodowań ma też utrudniona możliwość kontroli ryzyka błędów medycznych. Szpitale ubezpieczone w TUW powinny wprowadzić system zarządzania ryzykiem i monitorowania błędów według wzorców obowiązujących w innych krajach. Warto tu dodać, że wprowadzenie takiego systemu stać się powinno również przyczyną obniżenia składki w komercyjnych zakładach ubezpieczeń. W tym momencie warto też zadać pytanie, czy ubezpieczone w TUW będą wszystkie szpitale, także te, w których pojawia się szczególnie wysoka liczba błędów, które nie stosują żadnych procedur ich ograniczania, co spowoduje, że składka ubezpieczeniowa dla wszystkich wzrośnie.

Założenie TUW wymaga również poniesienia kosztów jego organizacji i zaangażowania kapitałowego właścicieli – zgodnie z obowiązującymi dziś przepisami prawnymi – konieczne jest zaangażowanie odpowiednich kapitałów na początku i trakcie trwania działalności zakładu ubezpieczeń i pokrywanie kosztów jego istnienia. Pewną niewiadomą stanowi tu wprowadzany obecnie w Unii Europejskiej nowy system oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń, który może zaostrzyć dotychczasowe wymagania dla TUW

PODSUMOWANIE

Zarówno *captive'y*, jak i TUV w wersji krajowej, są ważnym elementem rozwiniętego rynku ubezpieczeniowego. Ich obecność czyni rynek bardziej konkurencyjnym. Warto jednak nieco ostudzić głosy pojawiające się dziś wśród zainteresowanych, które już zagospodarowują nadwyżkę z TUV czy *captive'ów*. Tak może być w rzeczywistości, jednak potencjalni właściciele muszą zaakceptować fakt, że w razie wyjątkowo niekorzystnego przebiegu szkodowości, efekty działania tego typu podmiotów obciążą właścicieli, a zatem bezpośrednio ubezpieczone szpitale, które będą zmuszone dopłacić. Aby zwiększyć szanse na uzyskanie pozytywnych efektów ze zmiany realizowanych dziś umów ubezpieczenia na inne formy finansowania, należy zastanowić się nad rozproszeniem ryzyka i skutecznym systemem zarządzania ryzykiem, które ograniczy liczbę błędów medycznych i poprawi jakość usług medycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Best A.M., *ART. Market Review 2012 Edition*.
- Capik M.M., *Zdarzenie medyczne – ryzyko OC czy NNW*, „Magazyn Ubezpieczeniowy” 2012, nr 6.
- Captive 101: Managing Cost and Risk*, Towers Perrin, www.towersperrin.com.
- Chomicz B., *Ubezpieczenia wzajemne od ognia w ogóle a miejskie w szczególności*, Drukarnia Polska (L. Straszewicza), Warszawa 1911.
- Competing Jurisdictions, as CIT Finds out*, „Captive Insurance Times”, 19.09.2012.
- Janowicz-Lomott M., *Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych dla szpitali – szanse i zagrożenia*, „Menedżer Zdrowia” 2012, nr 6.
- Kostecki A., *O zabezpieczeniach czyli asekuracjach w ogóle, a w szczególności o zabezpieczeniach w naszym kraju*, „Czas”, Kraków 1862.
- Kowalewski E., Mogilski W.W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, No. 1 (70).
- Kowalewski E., *Istota prawna ubezpieczeniowej zasady wzajemności oraz potrzeba nowej regulacji prawnej towarzystw ubezpieczeń wzajemnych*, [w:] *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie prawnym (stan i perspektywy)*, red. T. Sangowski, AE Poznań, Poznań 2001.
- Kowalewski E., *Ubezpieczeniowa zasada wzajemności – jej istota i konsekwencje prawne*, „Prawo Asekuracyjne” 1998, nr 1.
- Laveres G., *Masters of Reinsurance. Compulsory Reserving is Making Luxembourg Stand out over its*
- Liwacz A., *Captive jako metoda finansowania ekonomicznych skutków ryzyka oraz perspektywy jej rozwoju*, Fundacja „Warta”, Warszawa 2003.
- Łuszczewski W., *O początkach, naturze i przyszłości Towarzystw zabezpieczenia od losowych przypadków*, Warszawa 1841.
- Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2010*, GUS, www.stat.gov.pl.
- Ostermiller M., *Recapturing the alternative market*, „Best’s Review P&C Edition” 1998, Vol. 98 (10).
- Rutkowski A., *Captive lekarstwo na podatki i ryzyko*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, 03.11.2003.

- Product Innovation in Non-life Insurance Market. Where Little „i” Meets big „I”*, „Sigma” 2011, No. 4.
- Serwach M., *Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne*, „Gazeta Lekarska”, czerwiec 2012.
- Skrabucha A., *Błąd lekarski w sądzie*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3.
- Therriault P., *What to Consider When Establishing and Operating Captive*, www.captive.com.
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).
- Ustawa z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660).
- Ustawa z 14 czerwca 2012r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2012 r., poz. 742).
- Wasilewski Z., *Prawo odpowiedzialności szpitala i lekarza*, „Medinfo”, 17.04.2012.

¹ Dipl. Kaufmann (FH), member of the Board Ecclesia Holding GmbH, Authorised Officer, head of Competence Centrum Eastern Europe, Ecclesia-Group, managing director Ecclesia mildenberger Hospital GmbH, Detmold (Germany); member of the Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V., Bonn (Germany); member of the GQMG – Gesellschaft für Qualität in der Gesundheitsversorgung e.V., Düsseldorf (Germany)

² prawnik, prezes Zarządu GrEco Ecclesia Hospital sp. z o.o.

KLINICZNE ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ORAZ JAKOŚCIĄ. ROZWIĄZANIA REDUKUJĄCE RYZYO I PODWYŻSZAJĄCE JAKOŚĆ OFEROWANYCH USŁUG

STRESZCZENIE: Artykuł prezentuje zagadnienia dotyczące zarządzania ryzykiem w szpitalach. Wskazuje na zmieniające się środowisko prawne i ekonomiczne szpitali w Polsce, gdzie pewne czynniki zbliżają działalność szpitali do działalności przedsiębiorstw. Zaprezentowane zostało wzajemne powiązanie zarządzania jakością i zarządzania ryzykiem. Autorzy omawiają istotę zarządzania ryzykiem w szpitalu, która jest rozwinięta na przykładzie systemu hospitools® firmy Ecclesia. System ten opiera się na podejściu praktycznym, prawnym oraz medycznym. Od strony praktycznej wykorzystuje się bazę roszczeń całego rynku w celu ustalenia i klasyfikacji niepożądanych zdarzeń w procesie leczenia i identyfikacji ryzyka. Od strony prawnej ocenie podlegają szczególnie organizacja procesu wyrażania zgody przez pacjenta i jej zakres, a także wymagania dotyczące dokumentacji leczenia. W aspekcie medycznym wykorzystuje się informacje o procesie leczenia, uświadamianiu pacjenta, organizacji i dokumentacji z największej w Europie bazy informacji o zdarzeniach niepożądanych, gromadzonej przez Ecclesia i odnoszenie ich do konkretnego szpitala w celu identyfikacji i eliminacji słabych punktów w jego systemie zarządzania ryzykiem. Przedstawiono także analizę istniejącego systemu obowiązkowego ubezpieczenia OC szpitali, który także stanowi element zarządzania ryzykiem. Autorzy wskazują na istotne uregulowania prawne dotyczące tego systemu i wpływ zmian w otoczeniu odszkodowawczym prawnym, ekonomicznym i społecznym na funkcjonowanie tych ubezpieczeń. Zagadnienie to zostało także pogłębione analizą ubezpieczeń nadwyżkowych dla szpitali, w szczególności w kontekście wystarczalności sum gwarancyjnych i istnienia niezbędnej ochrony ubezpieczeniowej w czasie.

ABSTRACT: This article presents risk management issues in hospitals. It explains changing legal and economical environment of hospitals in Poland, where certain factors brings activity of the hospital close to the activity of the entrepreneur. The article presents mutual connection between quality management and risk management. Authors explains essence of risk management in hospital, which is deepened on the basis of the example of hospitools® by Ecclesia. This system rely on practical, legal and medical approach. From the practical perspective it uses claims database of the whole market in order to establish and classify adverse events in the medical treatment process and to identify risks in this process. From the legal perspective risk management system refers in particular to patient consent and its scope, as well as to the requirements regarding medical documentation. Medical aspect of the risk management system refers to information on medical treatment process, patient consent, organization and documentation from the biggest in Europe adverse events database collected by Ecclesia and applying it to the particular hospital in order to identify and eliminate critical points of its risk management system. Present article also presents analysis of the existing mandatory liability insurance of hospitals, which also constitutes element of risk management system. Authors presents key legal provisions regulating system of this insurance and impact of liability changes in legal, economical and social environment on that. This issue has been deepened by the analysis of the excess insurance, in particular sufficiency of the sum guaranteed and existence of necessary insurance coverage in time of the hospital.

WPROWADZENIE

Otoczenie prawne i ekonomiczne, w którym przyszło funkcjonować polskim szpitalom ulega w ostatnim czasie dynamicznym zmianom. Kwestie do niedawna uważane za marginalne – w tym sprawy związane z odpowiedzialnością za szkody wyrządzone w związku z leczeniem i zdarzenia medyczne – dziś stały się powszechne, znacząco wpływając na sytuację finansową szpitali. Stają się one też często przedmiotem zainteresowania mediów.

Działalność szpitali w niektórych aspektach zbliża ją do działalności przedsiębiorstw, jak chociażby w odniesieniu do szeroko pojętego zarządzania ryzykiem. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie problematyki zarządzania ryzykiem w szpitalach, zakresem możliwego transferu tego ryzyka oraz jego kosztem. Spojrzenie na zachodzące zmiany z perspektywy rozwiniętego rynku niemieckiego oraz rozwijającego się rynku polskiego daje szansę uchwycenia dynamiki i kierunku, w którym zachodzić będą zmiany. Konieczne jest spojrzenie na te zagadnienia z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów, w tym praktycznego, prawnego oraz medycznego.

Aspektem zyskującym coraz większe znaczenie w kontekście zarządzania ryzykiem w szpitalach jest ubezpieczenie, w szczególności ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej stanowi istotny element transferu ryzyka z podmiotu świadczącego usługi medyczne na zakład ubezpieczeń. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów świadczących usługi medyczne są w Polsce ubezpieczeniami obowiązkowymi, co oznacza m.in. że oprócz przepisów kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia, mają swoje zastosowanie przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Abstrahując od aktów prawnych, regulujących ubezpieczenia obowiązkowe, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty, mające istotne znaczenie z punktu widzenia zarówno poszkodowanych pacjentów, jak również ubezpieczonych szpitali. Pierwszy dotyczy wysokości sumy gwarancyjnej, drugi definicji wypadku ubezpieczeniowego, za który odpowiedzialność ponosi zakład ubezpieczeń.

Minimalna suma gwarancyjna od 2012 r. wynosi 100 tysięcy euro za zdarzenie, 500 tysięcy euro za wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, tzn. w okresie 12 miesięcy. Obserwując rozwój roszczeń związanych z błędami medycznymi na rynku europejskim można z całą pewnością stwierdzić, że wysokość obecnych sum gwarancyjnych nie zapewnia bezpieczeństwa ani placówkom medycznym, ani poszkodowanym. Około 70% szkód jest zgłaszanych w ciągu pierwszych 7 lat po dokonanych zabiegu, badaniu etc. Średnia szkoda jest likwidowana przez okres 12 lat. Oznacza to *in concreto*, że osoby zarządzające szpitalami powinny dokonać ekstrapolacji, jaka będzie średnia wysokość roszczenia za 12 lat, jaką wartość w stosunku do złotówki będzie posiadało euro, jakie będą koszty obrony przed roszczeniami, jakie będą koszty opinii biegłych etc. Dwie ostatnie pozycje posiadają dużą relewantność w kontekście sumy gwarancyjnej, gdyż pomniejszają one kwotę, jaka pozostaje na wypłatę odszkodowania. Narastającym problemem jest zwiększająca się aktywność kancelarii odszkodowawczych, które coraz częściej reprezentują poszkodowanych w wyniku błędów medycznych lub rzekomych błędów medycznych. Pobierane przez nie opłaty pomniejszają kwoty, jakie otrzymują poszkodowani pacjenci. Idąc za przykładem bardziej dojrzałych rynków zachodnioeuropejskich, zakłady ubezpieczeń będą oczekiwały od placówek medycznych stosowania coraz lepszych procedur, bardzo precyzyjnej dokumentacji etc. Pietą Achillesową polskiego rynku usług medycznych są z całą pewnością stosowane formularze zgody pacjenta, gdyż zarzutem, jaki można sformułować pod ich adresem jest ich stopień ogólności. Fakt ten powinien dziwić, gdyż linia orzecznictwa sądów polskich wskazuje od wielu lat na konieczność poinformowania pacjenta w szczególności o możliwych następstwach przeprowadzanego zabiegu/badania, ewentualnej alternatywie do planowanego zabiegu, czasie przeprowadzonej rozmowy etc. Pojęcie tzw. zgody blankietowej jest krytykowane zarówno w literaturze, jak i w orzecznictwie. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na jeden istotny aspekt, jaki wielokrotnie był podkreślany w orzecznictwie sądów niemieckich, a jaki ma również wielką praktyczną relewantę w Polsce. Chodzi mianowicie o osobę przeprowadzającą rozmowę z pacjentem, w szczególności w sytuacji, kiedy planowana jest operacja. Sądy niemieckie zwracały uwagę na to, że rozmowę z pacjentem powinien przeprowadzić lekarz, który będzie przeprowadzał operację, gdyż w przeciwnym razie może okazać się, że lekarz przeprowadzający rozmowę z pacjentem, operacji planowanej nigdy nie wykonał, wobec czego niedopuszczalnym jest, żeby informował pacjenta o ewentualnych negatywnych skutkach planowanej operacji. Ta godna naśladowania praktyka znalazła w Niemczech swoje odzwierciedlenie w nowej ustawie o prawach pacjenta, która weszła w życie 1 stycznia 2013 r.

Kolejnym istotnym aspektem, jaki w kontekście ewentualnej odpowiedzialności placówek medycznych pozostaje w Polsce niezauważony, jest czas, jaki powinien upłynąć pomiędzy pierwszą rozmową z pacjentem a kolejną, w sytuacji, kiedy chodzi o poważny zabieg. Pacjent powinien mieć przynajmniej kilka dni na zastanowienie się, czy chce się danemu zabiegowi poddać. Odnosi się nieodparte wrażenie, że obowiązującą nadal praktyką polskiego rynku usług medycznych jest wyłącznie jedna rozmowa.

ŚRODOWISKO DZIAŁANIA SZPITALI W POLSCE

Zmieniające się realia prawne i ekonomiczne, zmuszają szpitale do dostosowania się do nowych warunków, a także zdefiniowania jasnych celów, do których placówki szpitalne powinny dążyć w celu podniesienia jakości i wydajności świadczonych usług. Istnieją czynniki wspólne dla przedsiębiorstw przemysłowych oraz przedsiębiorstw leczniczych, które w perspektywie długookresowej determinują sukces przedsięwzięcia:

- efektywność kosztowa,
- szybkość,
- jakość (usług),
- potencjał innowacyjny,
- ukierunkowanie na współpracowników.

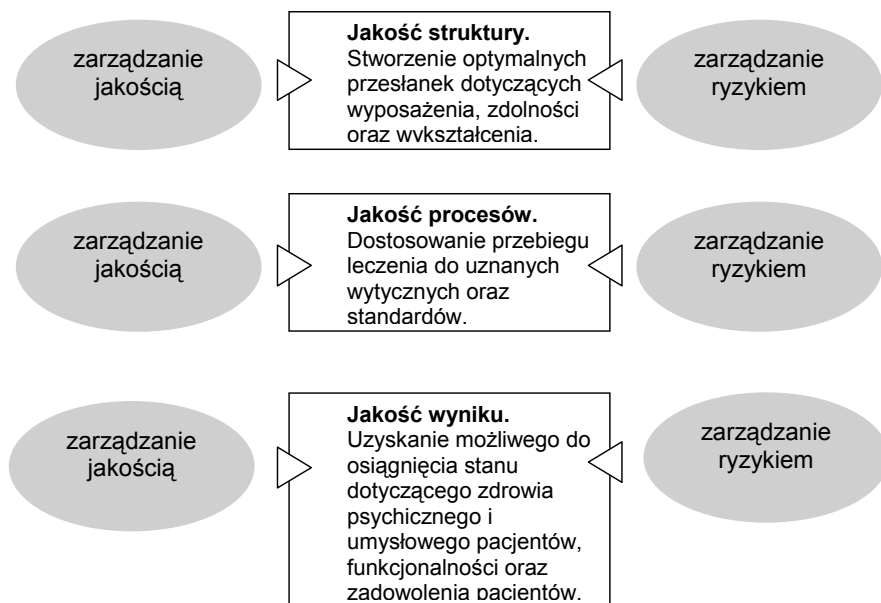
Zarządzenie ryzykiem to element zarządzania, dzięki któremu szpital może systematycznie analizować i optymalizować wydajność (efektywność kosztowa), optymalizować sposoby leczenia (szybkość), a przez to podnieść standard jakościowy świadczonych usług. Ponadto, poprzez uwzględnienie współpracowników, ożywieniu ulega zarządzanie ideowe, a potencjał innowacyjny szpitala zostaje miarodajnie podniesiony. Poprzez zarządzanie ryzykiem szpital osiąga długotrwały sukces gospodarczy oraz podnosi bezpieczeństwo pacjentów.

ZARZĄDZENIE RYZYKIEM I JAKOŚCIĄ W SZPITALU

Część wspólna zarządzania ryzykiem i jakością w szpitalu polega na tym, że zarządzanie jakością skupia się na jakości ogólnej, począwszy od jakości struktury, poprzez jakość procesów i na jakości wyniku kończąc. Zarządzanie ryzykiem zezwala natomiast na rozpoznanie, analizę, redukcję oraz uniknięcie tego ryzyka tylko do pewnego stopnia. W obu przypadkach wytyczone zostały jednak te same cele. Związek ten został objaśniony na schemacie 1.

Zarządzenie ryzykiem jest elementem procesu zwanego zarządzaniem jakością, którego celem jest minimalizacji ryzyka dla pacjenta, powierzającego swoje zdrowie w ręce szpitala lub innego podmiotu leczniczego. Nie jest to koncepcja nowa, ale warto ją przypominać, gdyż jest warunkiem sukcesu każdej organizacji w perspektywie długookresowej.

Schemat 1. Świadczenie usług w zakresie medycyny



Źródło: za H.K. Selbmann.

Kluczową kwestią w procesie zarządzania ryzykiem jest zdiagnozowanie przyczyn powstawania błędów w procesie leczenia oraz ich systematyczna eliminacja. Celem jest długookresowe zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta, optymalizacja kosztów leczenia oraz możliwość ubezpieczenia szpitala. W przypadku implementacji systemu zarządzania ryzykiem hospitalis*, nie chodzi o jednorazowy zabieg, którego początek i koniec można precyzyjnie określić, ale o systemowe działanie niezerwalnie związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM W SZPITALU

Ocena ryzyka medycznego jest także integralnym elementem badań klinicznych, podczas których ustala się jego wysokość. Ryzyko badań klinicznych występuje nawet w przypadku bezbłędnego ich przeprowadzenia, np. w przypadku badania częstotliwości powikłań oraz skutków ubocznych pewnych terapii, tym samym właśnie sterowanie i zarządzanie ryzykiem w trakcie badań klinicznych jest kluczowe dla przebiegu całego procesu.

Pojęcie sterowania ryzykiem, należy odróżnić od procesu zarządzania nim i przyjąć jako wszelkie czynności związane z leczeniem pacjenta, mające na celu wykrycie ryzykownych sytuacji o możliwie dużym potencjale zaszkodzenia zdrowiu. Oprócz tego, jest to też taka metoda zarządzania ryzykiem, która ma na celu:

- systematyczne rozpoznawanie,
- systematyczną analizę,
- systematyczną redukcję oraz/lub
- systematyczne unikanie błędów i ich następstw.

Większe bezpieczeństwo pacjentów jest możliwe do osiągnięcia dzięki zastosowaniu wyżej wymienionych elementów zarządzania ryzykiem, które pozwala także na wzrost satysfakcji współpracowników oraz obniżają gotowość pacjentów do składania skarg i roszczeń, co w konsekwencji przekłada się na koszty ubezpieczenia.

ZARZĄDZENIE RYZYKIEM W SZPITALU – SYSTEM HOSPITOOLS® FIRMY ECCLESIA

Wspomniany wcześniej system hospitools® jest wdrażany w szpitalach różnej wielkości od roku 1996. Ten wypróbowany w praktyce system ma za zadanie identyfikację i eliminację możliwych do uniknięcia błędów w procesie (sztuce) leczenia, a co za tym idzie, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, podniesienie jakości leczenia oraz trwały sukces szpitala jako placówki medycznej.

Celem tego systemu jest także zmiana kultury w szpitalach: przejście od kultury winy do kultury bezpieczeństwa. Premiowana powinna być poprawa stanu zdrowia pacjentów, aby warunki leczenia były stale polepszane. Na taki model składają się cztery założenia.

Podejście praktyczne

Pierwszym krokiem do identyfikacji procesów powodujących powstawanie roszczeń, jest ocena błędów i nieprzewidzianych zdarzeń podczas leczenia w obrębie pojedynczej placówki zdrowotnej. Nabyta tą drogą wiedza umożliwia precyzyjne ustalenie ryzyka w zakresie działania placówki zdrowotnej, ocenę jego znaczenia oraz opracowanie odpowiedniej strategii jego eliminacji. Możliwa jest więc praca na konkretnym procesie leczniczym, aby w przyszłości uniknąć powtórzenia się błędu w sztuce leczenia lub prowadzącego do niego zdarzenia/incydentu. Najważniejsze jest zatem ustalenie i klasyfikacja niepożądanych zdarzeń podczas procesu leczniczego. Analizowane powinny być zdarzenia zgłoszone w ciągu ostatnich 10 lat. Proces ten jest związany z analizą sytuacji dotyczącej świadczonych przez szpital usług oraz jego personelu, w tym takich aspektów jak: zmiany kierunku studiów, zmiany w obrębie personelu, lekarze, opieka. Znalezione w ten sposób słabe punkty systemu powinny być identyfikowane i niwelowane. Podczas ewaluacji, jakie szkody występują w poszczególnych oddziałach i z jakich powodów miały miejsce, potencjał zagrożenia nie może być jednak w pełni ukazany, ponieważ relatywnie niska ilość przypadków szkody rzadko pozwala na ocenę dotyczącą potencjału ryzyka.

Z tej przyczyny konieczna jest współpraca z wyspecjalizowanym brokerem ubezpieczeniowym dysponującym odpowiednio dużym bankiem danych dotyczących szkód medycznych oraz mogącym udzielić informacji na temat szpitali będących w podobnej sytuacji, procesów leczenia, jak też o możliwych błędach (powstałych, a nieujawnionych). Możliwość porównania niepożądanych zdarzeń mających miejsce w pojedynczym szpitalu z tymi występującymi w dużej liczbie szpitali jest zbyt nikła, aby można było z tego wyciągnąć wnioski na przyszłość.

W przypadku wystąpienia błędu w procesie leczenia lub szkody dla pacjenta konieczne jest ustalenie, gdzie, kiedy oraz na jakiej podstawie doszło do odstąpienia od standardów leczenia. Jeśli przyczyna zdarzenia nie została wykryta lub nie ma co niej całkowitej pewności, konieczne jest zidentyfikowanie przyczyny przy pomocy systematycznej analizy problemu. W tym przypadku baza danych brokera stanowi podstawę takiego przeprowadzenia identyfikacji możliwych przyczyn, aby cel mógł zostać osiągnięty.

Dzięki wcześniejszej systemowej analizie problemu możliwe jest odnalezienie słabych punktów w procesie podnoszenia wydajności. W celu podniesienia jakości tego procesu, należy poddać kontroli wszystkie czynności diagnostyczne i terapeutyczne wchodzące w zakres opieki zdrowotnej. Dzięki umieszczeniu w ramach analizy informacji o szkodzie oraz systemu zgłaszania zdarzeń nieplanowanych (*Incident Reporting*) słabe punkty mogą być wykrywane i usuwane podczas analizy procesu. Podczas analizy uwzględniane są wtedy następujące czynności/etapy pracy:

- koordynacja zarządzania,
- usługi serwisowe, np. konserwacja,
- integracja leczenia przed- i poszpitalnego,
- badanie wstępne,
- postawienie diagnozy,
- sporządzenie sprawozdania,
- przebieg diagnostyki i terapii,
- komunikacja interdyscyplinarna,
- wyjaśnienie,
- kroki mające na celu przygotowanie do zabiegu,
- przedstawienie i dokumentacja usług,
- analiza kosztów/korzyści,
- przedstawienie komplikacji,
- sporządzenie statystyki komplikacji,
- przedstawienie szkód dla pacjenta powstałych podczas leczenia,
- przedstawienie zdarzeń niepożądanych¹.

¹ V. Graf, A. Felber, R. Lichtmann-Egger, *Risk Management in Krankenhaus. Risiken begrenzen und Kosten steuern*, Köln–München 2003.

W przypadku jakości, kontrolę procesu leczenia można dokonać w oparciu o powyższe czynniki/etapy pracy oraz/lub opracować nowe standardy leczenia i opieki na wysokim poziomie, w zależności od przypadku.

Podejście prawne

Ważnym elementem klinicznego systemu zarządzania ryzykiem hospitools^{*} jest prawna analiza procesów leczenia. Zagadnienie zgody pacjenta i dokumentacji należy sprawdzić systematycznie na tle następujących aspektów: organizacja procesu wyrażania zgody przez pacjenta, zakres zgody pacjenta, informację na temat alternatywnych metod leczenia, wyjaśnienie procesu leczenia przy pomocy formularzy, zgoda pacjenta dotyczące zastrzyków i leczenia itd.

Szczególne wymagania obowiązują ponadto także w zakresie dokumentacji leczenia, a więc w tym przypadku należy naświetlić m.in. następujące aspekty: regulacja dotycząca obowiązku dokumentacji, prowadzenie dokumentacji dotyczącej historii choroby, sporządzanie sprawozdań z operacji, sporządzanie epikryz i przesyłanie ich na czas itd.

Zaleca się stosowanie w szerokim zakresie standaryzowanych formularzy objaśniających, jak np. formularze DIOmed lub proCompliance.

Podejście medyczne

Systemowa ewidencja i identyfikacja sytuacji graniczących z błędem medycznym, jest, oprócz analizy zdarzeń niepożądanych, najważniejszym narzędziem służącym ulepszeniu procesów leczenia. W przypadku modularnego współdziałania analizy zdarzeń niepożądanych i wypadków, które faktycznie miały miejsce, możliwe jest zapobiegawcze rozpoznanie problemów, a co za tym idzie, także ich przyczyn. Ponadto można podjąć działania zapobiegawcze w celu wyeliminowania bądź zneutralizowania tych przyczyn. Znaczącym czynnikiem prowadzącym do sukcesu w tym zakresie jest faktyczne wprowadzanie ulepszeń. Typowy dla takich sytuacji jest obowiązek kierownictwa szpitala polegający na wprowadzaniu rzeczywistych zmian opartych na analizach procesów. Zmiany te mają na celu ciągłą optymalizację bezpieczeństwa pacjentów, czego skutkiem ma być osiągnięcie dobrej jakości opieki medycznej przy jednoczesnej stabilizacji (obniżeniu) kosztów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Dlatego na podstawie praktycznych doświadczeń wielu szpitali Ecclesia Group opracowała specjalną metodę oceny, za pomocą której można bardzo dobrze zrozumieć faktyczną sytuację poszczególnego szpitala.

Podczas przeprowadzania audytów firmy Ecclesia, które dotyczą ryzyka i szkód, z największego w Europie banku informacji o zdarzeniach niepożądanych, pobierane są dane o: procesie leczenia, uświadomieniu pacjenta, organizacji, dokumentacji i wykorzystywane w przypadku pojedynczego szpitala. Dlatego opracowano 3 różne perspektywy oceny, których celem jest identyfikacja i eliminacja słabych punktów systemu:

- 1) perspektywa organizacyjna: subsumowanie ryzyka poprzez kompleksowe procesy leczenia;

- 2) perspektywa medyczna: naświetlenie zdarzeń niepożądanych podczas leczenia/zdarzeń towarzyszących leczeniu;
- 3) perspektywa: rozmiar zdarzeń niepożądanych podczas leczenia; analiza potencjału ryzyka: co się zdarzyło lub co mogło się zdarzyć.

W oparciu o te perspektywy dokonuje się analizy i oceny wszystkich zdarzeń niepożądanych, jak też zdarzeń prawdopodobnych. Ma to na celu optymalizację całego procesu opieki szpitalnej oraz ustalenie punktów kontroli ryzyka w poszczególnych fazach leczenia.

ZALETY WDROŻENIA SYSTEMU ZARZĄDZANIA RYZYKIEM

Dzięki klinicznemu systemowi zarządzania ryzykiem hospitools® firmy Ecclesia, możliwa jest analiza i optymalizacja konkretnych procesów świadczenia usług medycznych, a także strukturalizacja faz leczenia, a w następstwie podwyższenie jakości. Jako zalety tego systemu można wymienić:

- ogólne zmniejszenie lub uniknięcie ryzyka,
- wyższa jakość procesu leczenia,
- lepsze bezpieczeństwo pacjenta (wyższy stopień jego zadowolenia),
- możliwość wprowadzenia osiągniętych standardów jakościowych w zakresie klinicznego zarządzania ryzykiem na rynek przez osoby ponoszące koszty,
- profesjonalność a w następstwie tego przewaga konkurencyjna,
- obniżenie kosztów w zakresie świadczenia usług,
- redukcja niebezpieczeństwa niemożności ubezpieczenia, a co za tym idzie, średnio- i długoterminowe stałe oraz obniżone składki na ubezpieczenie od ponoszenia odpowiedzialności cywilnej.

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE OC SZPITALI W POLSCE

Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dla określonych podmiotów wynika z ustaw regulujących poszczególne sfery działalności zawodowej czy gospodarczej. Artykuł 11 Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych² wskazuje, że obowiązkowe ubezpieczenie, o którym mowa w art. 4 pkt 4 tej ustawy, dotyczy odpowiedzialności cywilnej podmiotów objętych ubezpieczeniem za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności, wykonywaniu zawodu albo prowadzeniu działalności lub będące następstwem wad produktu, określonej w ustawie wprowadzającej dany obowiązek lub w umowie międzynarodowej ratyfikowanej przez Rzeczpospolitą Polską.

² Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z 22 maja 2003 r., Dz.U. Nr 124, poz. 1152 z 2003 r. z późn. zm.

Ustawy określają podmioty podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, rodzaj działalności z którą wiąże się obowiązek ubezpieczenia, podmioty objęte ubezpieczeniem oraz zawierają upoważnienia dla ministra właściwego do spraw instytucji finansowych do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowego zakresu ubezpieczenia, terminu powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalnej sumy gwarancyjnej – są to wszystkie te elementy, o których mowa w art. 22 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

W poszczególnych ustawach wprowadzających obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ustawodawca zobowiązał ministra finansów do wydawania rozporządzeń w porozumieniu z innymi ministrami. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych zawiera również inne przepisy, które są istotne dla omawianej problematyki – jest to art. 14 ust. 1 i 2 – artykuł ten reguluje terminy zapłaty odszkodowania w ubezpieczeniach obowiązkowych; art. 15 ust. 1 i 2, który dotyczy zwrotu ubezpieczającemu kosztów poniesionych w celu zapobieżenia zwiększeniu szkody oraz zwrotu niezbędnych kosztów obrony w postępowaniu karnym i kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym; art. 19 ust. 1 zawierający zasadę *actio directa* (możliwość bezpośredniego dochodzenia roszczeń przez poszkodowanego od zakładu ubezpieczeń).

Istotne jest przypomnienie, że zastosowanie mają również zasady zawarte w ustawie o działalności ubezpieczeniowej³, a w szczególności treść art. 12, który w ust. 1 stanowi, że „zakład ubezpieczeń udziela ochrony na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym”; art. 12 ust. 2 „umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny, z zastrzeżeniem przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych”; art. 12 ust. 3 „ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały”; art. 12 ust. 4 „postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”. „Do umów ubezpieczenia obowiązkowego w sprawach nieuregulowanych w ustawie stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego” – art. 22 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Jak stwierdził w jednej ze swoich książek znany socjolog i filozof prof. Zygmunt Bauman „na świecie brakuje wielu rzeczy, ale z pewnością nie brakuje na nim uzasadnionych powodów do obaw”⁴. Jakie więc obawy można mieć w odniesieniu do polskiego rynku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej podmiotów rynku usług medycznych? Bardzo duża liczba ubezpieczeń obowiązkowych może stwarzać pozory zabezpieczenia zarówno interesów poszkodowanych, jak i sprawców. Konstatacja ta – o „pozorach” zabezpieczenia

³ Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 r., Dz.U. Nr 11, poz. 66 z 2010 r. (tekst jednolity), z późn. zm.

⁴ Z. Bauman, T. Kunz, *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*, Kraków 2011.

interesów – wynika z faktu, że z jednej strony jest bardzo szeroki zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej jednakże niskie sumy gwarancyjne oraz *trigger* obowiązujący w ubezpieczeniach obowiązkowych, jakim jest *act committed*, nie pozwolą w przyszłości na dokonanie korekty błędów popełnionych w przeszłości. Art. 9a Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych „Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w art. 9, będące następstwem zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia”.

Wydaje się, że obszarem, który będzie podlegał najbardziej dynamicznym zmianom są ubezpieczenia placówek służby zdrowia, co wynika z kilku powodów, z których najistotniejszymi są: napięte finanse placówek medycznych, rosnące wysokości pojawiających się roszczeń wobec szpitali i lekarzy, rosnąca aktywność kancelarii odszkodowawczych w obszarze szkód osobowych oraz linia orzecznictwa, która jest w coraz większym stopniu „sprzyjająca” poszkodowanym pacjentom. Również zmiany w otoczeniu prawnym doprowadziły do większej liczby zgłaszanych roszczeń. Rosnący dług publiczny będzie prowadził nieuchronnie do sukcesywnego przenoszenia (w obszarach, w których będzie to możliwe) ciężaru finansowego z państwa na sektor prywatny, w tym na ubezpieczycieli.

Przeniesienie tego rodzaju zobowiązań dotknie z całą pewnością służbę zdrowia, co doprowadzi do nowego spojrzenia na ryzyko odpowiedzialności cywilnej, przede wszystkim ubezpieczających, gdyż niektóre grupy zawodowe traktują konieczność zapłaty składki ubezpieczeniowej nie jako opłatę za transfer ryzyka, ale jako rodzaj kolejnej daniny, którą należy uiścić, żeby móc prowadzić działalność.

Wydaje się, że „efektem ubocznym” wypłaty 250 tys. złotych zadośćuczynienia dla bliskich osób, które zginęły w katastrofie smoleńskiej oraz pojawienia się kwoty 300 tys. złotych w ustawie o prawach pacjenta w przypadku śmierci pacjenta w wyniku tzw. zdarzenia medycznego, może być punktem odniesienia dla wysokości zadośćuczynienia w przypadku śmierci pacjenta.

Zakłady ubezpieczeń zauważają rosnący udział kancelarii odszkodowawczych w segmencie szkód osobowych. Nierozumiiałym jest akceptowanie przez niektóre placówki szpitalne obecności albo pojawiania się przedstawicieli kancelarii odszkodowawczych na oddziałach szpitalnych. Tolerowanie tego rodzaju nagannych praktyk przez szpitale będzie nieuchronnie prowadziło do systematycznego podwyższania składki dla tychże, gdyż według szacunków zakładów ubezpieczeń, obsługują one już ok. 70% roszczeń kierowanych przez poszkodowanych pacjentów do zakładów ubezpieczeń.

W odniesieniu do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zakładów opieki zdrowotnej oraz odpowiedzialności cywilnej lekarzy, na szczególną uwagę zasługuje aspekt społeczny związany z tym obszarem. Richard Cranovsky⁵ dla zilustrowania doniosłości społecznej obsza-

⁵ P. Gajewski, M. Bała, *Zdarzenia niepożądane jako element opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 11.

ru medycyny posłużył się następującym danymi: organizacja Eurobarometer przeprowadziła dwukrotnie (w 2006 oraz 2010 r.) w Unii Europejskiej sondaż dotyczący służby zdrowia – w 2006 r. 78% Europejczyków uważało, że błędy medyczne stanowią w ich kraju poważny problem; tak wypowiadało się 97% Włochów i 91% Polaków, natomiast tylko połowa Finów i Duńczyków; większość Europejczyków czytała bądź słyszała o przypadkach niepożądanego przebiegu leczenia. W 2010 r. prawie połowa zapytanych odpowiedziała, że obawiają się komplikacji w czasie leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Zdaniem Polaków, bardzo prawdopodobne są następujące wydarzenia: niewłaściwe rozpoznanie 81% respondentów, zakażenia 76%, błędy podczas operacji 74%, błędy związane z farmakoterapią 69%. Ponadto aż 75% Polaków odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy osobiście lub w rodzinie mieli jakieś niekorzystne doświadczenia związane z lecznictwem.

W świetle powyższych danych (choć są to jedynie opinie, a nie potwierdzone fakty) trzeba uznać, że zdarzenia niepożądane w opiece zdrowotnej przestały być tylko sprawą lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, placówek medycznych, instytucji odpowiedzialnych za zdrowie, a także wymiaru sprawiedliwości. Stały się problemem społecznym. Opinie te sygnalizują istnienie nieufności społeczeństw wobec lecznictwa, a więc pośrednio personelu medycznego, z lekarzami na czele.

W erze coraz większej przejrzystości we wszystkich dziedzinach życia w społeczeństwach demokratycznych szanujących prawa człowieka, utrzymywanie mitu perfekcyjności medycyny i pracowników medycznych oraz zwyczajów przemilczania błędów lub zaprzeczania jakimkolwiek błędów nie powinno mieć miejsca. W przeciwnym razie możemy się spodziewać tylko pogorszenia opinii społeczeństwa.

W lipcu 2011 r. tytułowa strona niemieckiego tygodnika „Der Spiegel” nosiła tytuł „Kiedy lekarze się mylą, ryzyko błędnej diagnozy”⁶. Tej tematyce poświęcony jest artykuł, w którym Joerg Blech pokazuje na podstawie liczb i przeprowadzonych badań, jak często niewłaściwa diagnoza prowadzi do błędów lekarskich. Według przeprowadzonych we wrześniu i październiku 2010 r. badań na terenie Nadrenii-Westfalii najczęstszą przyczyną błędów lekarskich była błędna diagnoza (39%), natomiast błędy w trakcie terapii stanowiły tylko (25%). Jednym z podstawowych problemów zaobserwowanych przez niemieckie środowisko medyczne jest zbyt krótki czas, jaki lekarze poświęcają na rozmowy z pacjentami oraz fakt, że nie przysłuchują się swoim pacjentom, gdyż średnio już po 20 sekundach przerywają pacjentowi jego wypowiedź na temat symptomów choroby. 15% wszystkich postawionych diagnoz w klinikach i prywatnych praktykach okazała się błędna. Te alarmujące fakty pokazują, jak wielki problem zaczyna pojawiać się w Europie. Polskie szpitale są regularnie odwiedzane przez zagranicznych pacjentów w celu przeprowadzenia zabiegu, leczenia etc. Zagraniczni pacjenci stanowią doskonale źródło generowania dodatkowych dochodów dla polskich szpitali i lekarzy, ale są jednocześnie dużym potencjalnym zagrożeniem w przypadku wystąpienia szkód osobowych.

⁶ Wenn Ärzte Iren. Risiko Fehldiagnose, „Der Spiegel” 2011, nr 7.

Czy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych i lekarzy w obecnej formie stanowią należyte zabezpieczenie dla pacjentów? Pozornie wydawać by się mogło, że odpowiedź na to pytanie może/powinna być twierdząca. Wydaje się jednak, że obecna suma gwarancyjna w wysokości 100 tys. euro na zdarzenie w tzw. 5-krotnym agregacie, tzn. 500 tys. euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, mogą okazać się zabezpieczeniem iluzorycznym.

Zakres reguluje Rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej (par. 2 w zw. par. 1 rozporządzenia):

Par. 2.1. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

3. Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

4. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

§ 3.1. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych:

- 1) 100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwanej dalej „ustawą”, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy;

⁷ Rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. Nr 293, poz. 1729.

2) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt 1 lit. b i pkt 2 ustawy;

3) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentysty wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

4) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentysty wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;

5) 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarstwa lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarstwa lub położnej, indywidualna praktyka pielęgniarstwa lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarstwa lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

6) 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarstwa lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych.

2. Jeżeli dany podmiot wykonujący działalność leczniczą wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej albo wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie, wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej.

3. Kwoty, o których mowa w ust. 1, są ustalane przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

§ 4. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC została zawarta na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, a okres, na który została zawarta, upływa po dniu wejścia w życie rozporządzenia, nową umowę ubezpieczenia OC zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

UBEZPIECZENIE NADWYŻKOWE

Coraz częstszą praktyką polskiego rynku jest zawieranie przez świadczeniodawców wymienionych w poprzednich punktach dodatkowej umowy ubezpieczenia, nazywanej „nadwyżką” na warunkach innych niż OWU „poziomu pierwszego”. Suma gwarancyjna poziom nadwyżkowego ustalana jest na poziomie kilkuset tysięcy złotych na zdarzenie w 2- lub 3-krotnym agregacie, np. 500 tysięcy złotych dodatkowo po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z ubezpieczenia obowiązkowego, jednak nie więcej niż 1 mln w okresie ubezpieczenia. Wydaje się, że wybór drogi ubezpieczenia nadwyżkowego za właściwy i pod warunkiem, że kolejny poziom oferowanego ubezpieczenia zawiera ten sam *trigger* (*act committed*) oraz katalog wyłączeń identyczny z poziomem pierwszym. Nie będzie tu odniesienia do wysokości sum gwarancyjnych, gdyż tego rodzaju analiza powinna być dokonywana *ad casum*.

Trudno więc będzie dowodzić, że szerszy katalog wyłączeń lub inny *trigger* stanowią ubezpieczenie nadwyżkowe, w którym ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody, które nie zostały zaspokojone po wyczerpaniu sumy gwarancyjnej z umowy ubezpieczenia obowiązkowego.

Wobec braku klauzuli szkód seryjnych i jednocześnie używanym w Rozporządzeniu MF zwrocie „na jedno zdarzenie”, może okazać się, że w razie wystąpienia szkody polegającej na zatruciu pokarmowym kilkunastu pacjentów podczas pobytu w szpitalu, poszkodowani pacjenci będą zainteresowani wykazaniem, że każde pojedyncze zatrucie to „jedno zdarzenie”, szpital natomiast mając świadomość tego, że takie „zdarzenie” wyczerpie sumę gwarancyjną na cały okres ubezpieczenia będzie stał na stanowisku, że chodzi o jedno zdarzenie. W takiej sytuacji znajdzie zastosowanie art. 12 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który m.in. stanowi w pkt. 3: „Ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały”; w pkt. 4 „Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”.

Na czyją korzyść mają być interpretowane warunki w sytuacji, kiedy ubezpieczający (placówka medyczna) ma inny interes prawny niż uprawniony z umowy ubezpieczenia? W związku z faktem, że również ustawa o działalności ubezpieczeniowej nie daje odpowiedzi na pytanie – o jakie zdarzenie chodzi, gdyż odnosi się ona w art. 2 jedynie do „zdarzenia losowego”, które w omawianym kontekście nie jest w żadnym stopniu przydatne. Czy ubezpieczyciel może

doprecyzować zwrot „zdarzenie” poprzez wprowadzenie klauzuli szkody seryjnej? W sytuacji, kiedy doprecyzowanie nie ograniczy w żadnym stopniu zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jest jak najbardziej wskazane. Niezrozumiały jest fakt, że polski rynek ubezpieczeniowy nie doczekał się potraktowania kwestii związanych z klauzulą szkód seryjnych z taką powagą, jak uczynił to rynek niemiecki. Wobec niskich sum gwarancyjnych, jakie są w odniesieniu do prawie wszystkich obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, wydaje się to nakazem rozsądku, aby uniknąć w przyszłości sporów interpretacyjnych.

Czy naświetlanie kilku pacjentów wadliwym urządzeniem to jedno zdarzenie, czy też kilka zdarzeń? Czy w omawianej sytuacji zacznie się odpowiedzialność ubezpieczyciela z polisy nadwyżkowej? Odpowiedzi na tak postawione pytania posiadają dużą relewantność praktyczną, gdyż pozwoliłyby na przykład na podniesienie sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie. Największą wadą przyjętego w ubezpieczeniach obowiązkowych *triggera act committed* jest niemożność dokonania w przyszłości jakiegokolwiek korekty sumy gwarancyjnej na określony rok lub na jedno zdarzenie. W praktyce oznacza to, że jeżeli lekarz w roku 2011 popełnił błąd, w wyniku którego doszło do szkody osobowej, to bez względu na to, w którym roku dojdzie do zawarcia ugody lub zapadnie prawomocne orzeczenie sądu, miarodajna będzie suma gwarancyjna z roku, w którym lekarz popełnił błąd skutkujący szkodą osobową. W sytuacji zmieniającej się linii orzecznictwa sądów polskich, aktywności kancelarii odszkodowawczych i nakładającej się na to niejasności przepisów może się okazać, że sumy gwarancyjne są niewystarczające.

Inny możliwy scenariusz to ten, że w odniesieniu do definicji *triggera* sądy polskie staną na stanowisku, że dla ustalenia, która suma gwarancyjna jest miarodajna dla odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń stwierdzą, że nie suma z roku popełnienia uchybienia, ale ujawnienia się szkody, co byłoby interpretacją korzystną dla poszkodowanego pacjenta (przy założeniu, że suma ta jest wyższa, niż z roku popełnienia uchybienia). Teza ta może mieć swoje uzasadnienie w dyspersji pojęciowej, jaka występuje pomiędzy ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych, która w art. 9 mówi, że „umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w art. 9, będące następstwem zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia”.

Jak słusznie zauważa E. Kowalewski⁸, w omawianej koncepcji istnieje rozgraniczenie zdarzenia, z którego wynikła szkoda (wypadek) od szkody jako następstwa zdarzenia. Ma się tu do czynienia z dwoma różnymi momentami czasowymi. Zdaniem reasekuratorów, jest się w odniesieniu do szkód osobowych na krzywej wznoszącej, więc należy zadać kolejne pytanie: w którym momencie można stwierdzić, że minimalna suma gwarancyjna na zdarzenie jest niewystarczająca? Dla porównania, średnie sumy gwarancyjne dla szpitali na rynku niemieckim wynoszą 8–10 milionów euro p.a.

⁸ E. Kowalewski, *Umowa ubezpieczenia w kodeksie cywilnym po nowelizacji*, „Prawo Asekuracyjne” 2004, nr 1 (38).

Ostatnim przykładem ekspozycji na ryzyko pociągnięcia do odpowiedzialności w związku ze szkodą osobową jest rynek angielski i tzw. Corby Group Litigation⁹. W 2008 r. z roszczeniem wystąpiły osoby urodzone między rokiem 1986 a 1999, które postawiły zarzut firmie Corby Borough Council spowodowania szkody osobowej w związku z przeprowadzonym na terenie miasteczka Corby w latach 80. i 90. ubiegłego wieku prac polegających na rewitalizacji byłej huty. Z roszczeniem wystąpiło 18 osób, które miały wady wrodzone o nieznanym pochodzeniu, np. niedorozwój kończyn. Był to największy proces od czasu thalidomidu w latach 60. Pozwany zawarł z poszkodowanym ugodę w kwietniu 2010 r., której szczegóły nie zostały ujawnione. Przykład ten ilustruje najlepiej czas, jaki może upłynąć między działaniem/zaniechaniem a pojawieniem się roszczenia – w przypadku najstarszego uczestnika minęły 24 lata. Czy za kilkanaście lat kwota 100 tys. euro będzie uważana za wystarczającą na pokrycie roszczeń w związku ze szkodą osobową będącą wynikiem błędu medycznego?

Nieznana jest teraz odpowiedź na tak sformułowane pytanie, co nie oznacza, że nie istnieją fakty, które powinno się już dzisiaj poddać analizie w kontekście „wyczerpywania” sum gwarancyjnych. Jednym z takich istotnych faktów jest orzecznictwo Sądu Najwyższego, który jeszcze w 2000 r. zasądził zadośćuczynienie za wirusowe zapalenie wątroby typu C – 10 tys. złotych, a już 6 lat później za ten sam uszczerbek zasądził 150 tys. złotych. Przyznawanie zadośćuczynień w kwotach 300–600 tys. złotych przestały już dziwić. W orzecznictwie Sądu Najwyższego pojawiają się nowe rodzaje szkód, jak np. szkoda powstała na skutek naruszenia praw pacjenta, polegająca na wykonaniu zabiegu bez zgody pacjenta¹⁰.

PODSUMOWANIE

W Polsce zaczyna się obserwować narastającą zmianę postawy poszkodowanych pacjentów, którzy są coraz lepiej poinformowani na temat swoich praw, których przestrzegania czy też respektowania, dochodzą bardzo często na drodze sądowej. Zachodzącą zmianę przyjęto nazywać w literaturze prawniczej *compensation culture*, której jednym z przejawów jest rosnąca liczba kancelarii odszkodowawczych oraz coraz większe koszty, ponoszone przez zakłady ubezpieczeń na obronę przed roszczeniami (czasami niezasadnymi). Również rosnąca liczba prawników jest zjawiskiem sprzyjającym liczbie roszczeń, pojawiających się w odniesieniu do szpitali. Zmieniająca się wzajemna relacja lekarz–pacjent czyni konieczne podejmowanie ze strony lekarzy/szpitali działań, zmierzających do ciągłego podnoszenia jakości obsługi pacjenta, lepszej dokumentacji wszelkich podejmowanych działań, poprawie komunikacji z pacjentem.

⁹ www.environmentlaw.org.uk/rte.asp?id=266.

¹⁰ Wyrok SN z 16 maja 2012 r., sygn. III CSK 227/11, Lex 1211885.

