

ORGANIZACYJNY BŁĄD MEDYCZNY

ORGANISATIONAL MEDICAL MALPRACTIC

Nagłośnione przez media przypadki zasądzenia na rzecz ofiar błędów medycznych zadośćuczynień i odszkodowań powodują, że sprawy medyczne są coraz częstszym przedmiotem postępowań zarówno cywilnych jak i karnych. Z roku na rok rośnie świadomość pacjentów w zakresie ich praw w wypadku doznania szkody bądź krzywdy w wyniku błędu medycznego. Co więcej, w ciągu ostatniej dekady wzrosła nie tylko liczba spraw dotyczących odpowiedzialności za błąd medyczny, ale także kilkakrotnie wzrosła wysokość zasądzanych przez sądy odszkodowań w tychże sprawach. Według szacunków do sądów trafia rocznie 1,5 tys. takich spraw, a liczba błędów lekarskich może dochodzić do 20–30 tys. każdego roku¹.

Eksperti z Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego szacują, że co roku przez pomyłki lekarzy umiera od 7 do 23 tys. osób².

Z danych zawartych w sprawozdaniu Rzecznika Praw Pacjenta dotyczącym przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującym okres od 1 stycznia 2012 do 31 grudnia 2012 roku wynika, iż do sądów rejonowych i okręgowych w latach 2011 i 2012 wpłynęło 1833 spraw dotyczących błędów medycznych, z których w 391 powództwo zostało uwzględnione w całości lub części a w 30 sprawach doszło do zawarcia ugody. W sprawozdaniu Rzecznika Praw Pacjenta zawarto także dane dotyczące wysokości prawomocnie zasądzonych kwot odszkodowań i zadośćuczynień w sprawach przeciwko placówkom medycznym, z których wynika, iż w 140 zakończonych w latach 2011–2012 postępowaniach sądy rejonowe i okręgowe zasądziły na rzecz pacjentów lub ich bliskich łącznie kwotę 4 210 252 zł tytułem odszkodowania, a tytułem zadośćuczynienia łączną kwotę 8 199 307 zł.

* mgr, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży.

¹ Z roku na rok przybywa spraw o odszkodowanie za błędy medyczne, Dziennik Gazeta Prawna, KR/Rynek Zdrowia, 13-07-2010, <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Z-roku-na-rok-przybywa-spraw-o-odszkodowania-za-bledy-medyczne,19655,2.htm>.

² E. Hołdyńska, *Błędy, które kosztują życie*, Rzeczpospolita 28–29 września 2013, s. A8.

Pojęcie błędu medycznego

Błąd medyczny, z uwagi na brak definicji legalnej, przez przedstawicieli doktryny i praktyków prawa definiowany jest na wiele sposobów. Chcąc krótko i rzeczowo wskazać na istotę pojęcia błędu medycznego, należy stwierdzić, iż błędem medycznym jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, niedołożenie odpowiedniej staranności lub przekroczenie swoich kompetencji³. Z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty; tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 wynika obowiązek wykonywania przez lekarza swego zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością. Błąd medyczny jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie medycyny, co znajduje potwierdzenie od lat w ugruntowanej linii orzeczniczej Sądu Najwyższego. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 roku; sygn. akt I KR 116/72, OSNKW 1974/2/26 wskazano, iż *Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej*. Podobne stanowisko Sądu Najwyższego zostało wyrażone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1960 roku; sygn. akt II K 675/60, OSNPG 1961/1/1, w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku; sygn. akt IV CR 39/54, a także w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 roku, II KK 124/12, LEX nr 1277697, gdzie powtórzono tezę cytowanego wyżej orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 roku, II KR 116/72.

W praktyce najważniejsze jest to, że przez wzgląd na takie definiowanie pojęć błędu medycznego lub lekarskiego stwierdzenie tegoż błędu wymaga odwołania się do opinii biegłego. Co więcej, odpowiedzialność z tytułu błędu medycznego lub lekarskiego nieodzownie związana jest z winą lekarza, bądź placówki medycznej, o czym szerzej w dalszej części artykułu.

1 stycznia 2012 roku weszły w życie przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. nr 113, poz. 660, na mocy której został dodany do zmienionej ustawy Rozdział 13a dotyczący zasad i trybu ustalania odszkodowania oraz zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. Nowelizacja ma umożliwić uzyskanie odszkodowania lub zadośćuczynienia przez pacjenta bez konieczności wstępowania na drogę sądową. Możliwe jest to dzięki wprowadzeniu nowego pojęcia zdarzenia medycznego,

³ M. Boratyńska, *Błąd w sztuce lekarskiej jako podstawa odpowiedzialności*, „ABC”, nr 99709, Z. Marek, *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 76.

pod którym, zgodnie z art. 67a. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417, rozumie się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego; 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Warto zwrócić uwagę, że przepisy powyższej ustawy stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. O zdarzeniach medycznych orzekają powołane na mocy ww. ustawy wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Pojęcia błędu i zdarzenia medycznego różnicuje kwestia konieczności wykazania, kto doprowadził do powstania szkody. W przypadku błędu medycznego należy wskazać konkretną osobę, jak lekarz, pielęgniarka czy inny członek personelu medycznego. W tym celu powołuje się biegłych sądowych, którzy mają rozstrzygnąć czy dana osoba dopuściła się błędu medycznego, czy też nie. Podejście wykorzystujące zdarzenia medyczne skupione jest jedynie na samym fakcie zaistnienia zdarzenia, a w razie stwierdzenia jego zaistnienia odpowiedzialność za nie bierze całkowicie szpital⁴.

Definiowanie błędu organizacyjnego

Ujęcie błędu organizacyjnego jako błędu medycznego budzi wśród przedstawicieli doktryny pewne wątpliwości, bowiem z przytoczonych wyżej definicji błędu medycznego wynika, że z błędem tym mamy do czynienia wówczas, gdy stwierdzenie naruszenia norm medycznych będzie wymagało odwołania się do wiedzy i praktyki medycznej, a nie do elementarnych, powszechnie znanych zasad postępowania, w tym również zasad właściwej organizacji działalności medycznej. Stwierdzenie naruszenia obowiązku ostrożności stanowiące błąd medyczny będzie wymagało specjalistycznej wiedzy z zakresu medycyny, czyli odwołania się do opinii biegłych lekarzy, a także procedur i rekomendacji zdefiniowanych przez właściwe gremia ekspertów medycznych, co nie jest koniecznością w wypadku każdej innej nieostrożności lekarza. Dlatego też użycie w przypadku niedoskonałości organizacyjnych terminu „błąd medyczny” musi mieć charakter czysto umowny. W tym przypadku nie może być mowy o żadnym błędzie medycznym, jako że błąd ten może być popełniony wyłącznie w związku z wykonywaniem czynności lekarskich, a nie organizacyjno – administracyjnych⁵. Na nieprawidłowe

⁴ D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Oeconomica 2012, nr 274, s. 69.

⁵ L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia” 2009, t. 2, z. 4, s. 288–292; M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 152.; M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008,

umiejscowienie błędu organizacyjnego w kategorii błędów medycznych wskazuje także A. Liszewska, podnosząc, iż błąd organizacyjny nie jest przypadkiem błędu w sztuce medycznej, gdyż ustalenie naruszenia reguł ostrożności odbywa się tutaj bez udziału biegłych i nie wymaga odwoływania się do specjalistycznej wiedzy⁶.

W tej sytuacji, ciekawe jest, iż od pewnego czasu autorzy posługują się także pojęciem „zdarzenie niepożądane”. Termin ten kryje w sobie także błąd medyczny, za wystąpienie którego odpowiedzialność ponoszą nie tylko świadczeniodawcy, ale również zalecane procedury, sprzęt oraz placówka funkcjonująca w określonym systemie ochrony zdrowia. Definicja „zdarzenia niepożądanego” wskazuje, że może ono wynikać nie tylko z winy człowieka czy zespołu ludzi, ale także z ergonomicznej niedoskonałości poszczególnych ogniw systemu⁷. Może właściwym z punktu widzenia odpowiedniej systematyki byłoby rozumienie błędu organizacyjnego jako zdarzenia niepożądanego, tym bardziej, że o błędzie medycznym łatwiej było orzekać w czasach, gdy to lekarz był głównym świadczeniodawcą usług medycznych. Obecnie tworzenie ścisłych ram dla pojęcia błędu medycznego jest pewnym zagrożeniem, gdyż system opieki medycznej rozszerzył się znacznie, wciągając do współpracy przedstawicieli innych dyscyplin i służb, i to zasadniczo niezależnie od typu i rozległości działań medycznych. W tej sytuacji trudno jest wskazać jednego winnego⁸.

Poprawny system organizacyjny jest podstawowym warunkiem należytego funkcjonowania służby zdrowia. Wadliwa organizacja opieki medycznej może powodować ciężkie w skutkach szkody ponoszone przez pacjentów, niwecząc tym samym wysiłki lekarzy i innego personelu medycznego. Dlatego też wyodrębnienie kategorii błędu organizacyjnego jest koniecznością, również z uwagi na potrzebę ułatwienia dochodzenia przez pacjenta roszczeń związanych ze szkodą powstałą w wyniku takiegoż błędu⁹.

Pojęcie błędu organizacyjnego

Pod pojęciem błędu organizacyjnego rozumie się wadliwą organizację pomocy lekarskiej, która nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia pacjenta. Chodzi tutaj jednak nie tylko o organizację działania całej placówki medycznej, ale także o nadzór nad poszczególnymi zespołowo wykonywanymi czynnościami leczniczymi, czego przykładem może być nadzór chirurga nad personelem pomocniczym w trakcie przeprowadzania operacji¹⁰. Do kategorii błędu organizacyjnego

s. 59; W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność prawna lekarza*, Warszawa, 1998, s. 26–27.

⁶ A. Liszewska, *Błąd w sztuce medycznej, przypadki szczególne*, „ABC”, nr 71986.

⁷ L. Kyrst, *Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej*, „Bezpieczeństwo pracy” 2011, nr 11, s. 22.

⁸ J. Pokorski, *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych*. Ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Karków 2008, http://www.kergon.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=53 (dostęp: 07.11.2013).

⁹ A. Liszewska, op. cit.

¹⁰ Ibidem, Z. Marek, *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna le-*

zaliczane są wszelkiego rodzaju niepoprawne decyzje kierowników zespołów tj. ordynatorów, kierowników zespołów operacyjnych, szefów laboratoriów i pracowni diagnostycznych, wadliwe decyzje osób kierujących szpitalami, specjalistycznymi szpitalami czy nawet osób odpowiadających za organizację opieki zdrowotnej na szczeblu regionu i kraju – kierowników wojewódzkich wydziałów zdrowia i kierowników resortu.

Wyodrębnienie kategorii błędu organizacyjnego rodzi możliwość dochodzenia przez poszkodowanego pacjenta roszczeń od instytucji – szpitala, innego podmiotu medycznego czy też Skarbu Państwa w wypadkach, gdy szkody powstałe wskutek wadliwej opieki medycznej nie zależały od niepoprawnych działań lekarzy, a były wynikiem czynników niezależnych od personelu medycznego¹¹.

Ciekawe spojrzenie na problematykę błędu organizacyjnego prezentuje M. Nesterowicz, który przyjmuje, iż szpitale ponoszą odpowiedzialność za tzw. „*winę organizacyjną*” w każdym przypadku, gdy pacjentowi wyrządzono szkodę lub krzywdę wskutek niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego, braku odpowiedniego personelu medycznego, braku odpowiednich kwalifikacji u personelu medycznego, nieodpowiednich warunków zabiegu, leczenia i innych przypadków wadliwej organizacji procesu leczenia. Zatem wina organizacyjna to wina, której nie można przypisać konkretnemu lekarzowi czy innemu członkowi personelu medycznego, ale zakładowi leczniczemu, jako winę własną osoby prawnej, za którą ta jednostka ponosi odpowiedzialność¹². Kategorie winy organizacyjnej można utożsamiać z koncepcją winy anonimowej, której założeniem jest, że w procesie hospitalizacji pacjent ma styczność z wieloma różnymi pracownikami szpitala, personelem pomocniczym, a skomplikowane zabiegi i operacje często wymagają współpracy licznych zespołów, co czyni niemożliwym wskazanie jednej osoby, która doprowadziła do powstania szkody i tym samym uzasadnia, by odpowiedzialność za wyrządzoną wskutek działań medycznych szkodę ponosił Skarb Państwa, zakład leczniczy¹³.

Podstawy odpowiedzialności szpitala za błąd organizacyjny zostały wskazane w wyroku Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I ACa 377/06, PiM 2009/3/145–151, gdzie wskazano, iż *zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta.*

Oblicza błędu organizacyjnego

Błąd organizacyjny może mieć różne oblicza, a wszelkie próby klasyfikacji zdarzeń stanowiących błąd organizacyjny opierają się na kazuistycznym ujęciu. Najbardziej

karza, Kraków 2007, s. 76.

¹¹ Ibidem.

¹² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 338–343; L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, op. cit., s. 288–292.

¹³ M. Nesterowicz, op. cit., s. 338–343; K. Bończyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007, s. 84 i n.

obrazowym przykładem błędu organizacyjnego jest przykład, na jaki powołuje się A. Zoll, opisując stan faktyczny będący przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego w Świdnicy. Rodzice przywieźli w nocy do szpitala dziecko z niedowładem kończyn. Dyżurująca lekarka wezwała na konsultację neurologa i podjęli wspólną decyzję, że dziecko musi być odwiezione do kliniki. Neurolog ustalił telefonicznie przyjęcie dziecka, ale zlecił wykonanie dodatkowych badań w czasie, gdy lekarka została poproszona do innego przypadku. Po powrocie do izby przyjęć lekarka była przekonana, że dziecko zostało już odwiezione do kliniki i dlatego udała się następnie na oddział. Tymczasem neurolog był przekonany, że dziecko pozostawił pod opieką lekarki. Rodzice zabrali dziecko do domu, gdzie nastąpił zgon¹⁴.

Ponadto, z analizy orzecznictwa i literatury wynika, iż do błędu organizacyjnego dochodzi na skutek:

a) niepoprawnej pracy zespołu medycznego wadliwie zorganizowanej przez kierownika tegoż zespołu, np. zła praca oddziału szpitalnego, nieprawidłowe wykonywanie zaleceń przełożonych, niedopatrzenia przy tworzeniu dokumentacji medycznej skutkujące brakiem bieżącej kontroli nad leczeniem, a także uniemożliwiający podjęcie właściwej decyzji w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Sztandarowym przykładem wadliwej organizacji pracy oddziału jest dopuszczenie przez ordynatora szpitala do pełnienia samodzielnych dyżurów na oddziale chirurgicznym przez lekarza stomatologa, który w nagłym wypadku podjął się przeprowadzenia operacji, czego następstwem był ciężki uszczerbek na zdrowiu pacjenta¹⁵. Cytowane już wyżej orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I ACa 377/06 zapadło w sprawie młodej 25 letniej kobiety, u której w następstwie zastosowania w trakcie porodu znieczulenia zewnątrz- oponowego doszło do zatrzymania akcji serca, ustania oddechu i mimo podjętej akcji ratowniczej pacjentka nie odzyskała przytomności. Orzekając w sprawie sąd doszedł do przekonania, iż zaistniałe zdarzenie było następstwem błędów organizacyjnych i zaniedbań zatrudnionego personelu, jako, że doszło do zaginięcia karty obserwacyjnej pacjentki, niewłaściwego prowadzenia dokumentacji anestezyjologicznej, niezastosowania specjalistycznego sprzętu. Stwierdzono, że druga dawka środka znieczulającego w stosunku do potrzeb była za duża, co mogło doprowadzić do porażenia mięśni oddechowych, w tym międzybrownych i w efekcie zatrzymania oddechu. Dodatkowo uznano, iż błędem było pozostawienie pacjentki bez fachowego nadzoru po zakończonym porodzie, zwłaszcza wobec zastosowanego niedawno znieczulenia. W fazie ratowania pacjentki nie podjęto jednocześnie czynności sztucznej wentylacji płuc i masażu serca, akcję prowadził chirurg, a nie anestezjolog, zaś w momencie rozpoczęcia reanimacji zespół nie dysponował odpowiednim sprzętem, zamiast centralnego podania adrenaliny zastosowano dożylnie, przez co nie uzyskano szybkiego, efektywnego działania, względnie nastąpiło ono z opóźnieniem.

b) nieprawidłowego przechowywania leków, wadliwego ich oznaczenia, braku dbałości o sterylność narzędzi, na co wskazuje treść wyroku Sądu Najwyższego

¹⁴ M. Nesterowicz, op. cit., s. 338–343.

¹⁵ A. Zoll, *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 72–73.

z dnia 27 października 1983 r., II KR 219/83, OSNKW 1984/5-6/54, gdzie stwierdzono, że *przechowywanie silnie działającego trującego środka na oddziale szpitalnym w szafce obok leków stwarza bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjentów tego oddziału, gdyż w każdej chwili może być on pomyłkowo użyty do celów leczniczych. Fakt zaistnienia takiej pomyłki jest wysoce prawdopodobny i realnie możliwy w każdym czasie.*

c) pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym. Samo pozostawienie ciała obcego w ciele pacjenta po wykonanej operacji nie stanowi błędu medycznego, rozpatrywane jest raczej w kategorii zaniedbania, zaś do błędu organizacyjnego dochodzi wówczas, gdy po policzeniu i sprawdzeniu narzędzi nie dostrzeżono braku jednej z chust czy też narzędzia. Za błąd organizacyjny w tym przypadku odpowiedzialność może ponieść ordynator oddziału, który odpowiedzialnymi za liczenie narzędzi uczynił lekarza, pielęgniarkę instrumentariuszkę i salową, co w konsekwencji doprowadziło do sytuacji, w jakiej nikt nie czuł się w pełni odpowiedzialny za rzetelne policzenie i sprawdzenie stanu narzędzi. Potwierdzeniem powyższego jest Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 16 grudnia 2003 r. I ACa 573/03, PiM 2005/1/119, w którego treści wskazano, iż *zaniedbanie polegające na pozostawieniu po operacji w zaszytej ranie ciała obcego stanowi niedopełnienie ze strony chirurga zachowania należytej staranności. Szpital ponosi odpowiedzialność za cierpienia pacjenta na skutek zakażenia spowodowanego zwinionym pozostawieniem gazika w stawie łokciowym, przeprowadzenia powtórnej operacji i za wydłużenie procesu leczenia.* M. Nesterowicz w głosie do przytoczonego orzeczenia podkreśla, iż słusznie przyjęto, że pozostawienie gazika w polu operacyjnym pacjenta nie jest błędem medycznym, a zaniedbaniem lekarza¹⁶. Powyższe zostało podkreślone przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSN 197, poz.177, gdzie wskazano, że *pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych nie może być traktowane jako błąd sztuki lekarskiej. Zaniedbanie takie należy oceniać jako niedopełnienie ze strony ordynatora i lekarza dokonującego operacji zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swych funkcji.* Podobnie Sąd Najwyższy orzekł w Wyroku z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSNC 1967/10/177, przyjmując, iż *zaniechanie polegające na niezapewnieniu pacjentowi opieki wykwalifikowanego lekarza i pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych nie może być potraktowane jako błąd w sztuce lekarskiej. Zaniedbanie takie należy ocenić jako niedopełnienie ze strony ordynatora i lekarza dokonującego operacji obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swych funkcji, które uzasadnia odpowiedzialność państwowego zakładu leczniczego na podstawie art. 417 kodeksu cywilnego.* Obciążenie odpowiedzialnością szpitala, a nie lekarza czy innego członka personelu medycznego wskazuje, że sądy w wymienionych sprawach przyjęły, iż uchybienia, jakich się dopuszczono, nosiły znamiona błędu organizacyjnego.

d) działań lub zaniechań kierowników dużych zespołów, dyrektorów szpitali, osób kierujących resortem zdrowia. Błędy organizacyjne w tym wypadku

¹⁶ M. Nesterowicz, *Głos do wyroku Sadu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 16 grudnia 2003 r.*, I ACa 573/03, *Prawo i Medycyna* 1/2005 (18 vol. 7), s. 123 i n.

mogą przyjąć postać wadliwego zorganizowania pomocy ofiarom katastrof, klęsk żywiołowych czy epidemii. Działania dyrektora szpitala mogą skutkować odpowiedzialnością za błąd medyczny, gdy wskutek braku dbałości o zapewnienie sprawności agregatu prądotwórczego podczas awarii miejskiej sieci prądu dojdzie do narażenia zdrowia i życia noworodków leżących w inkubatorach czy też pacjentów będących na stole operacyjnym¹⁷.

e) zaniedbań w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym. M. Nesterowicz podkreśla, iż zakres obowiązku dbałości o bezpieczeństwo pacjenta zależy od rodzaju kliniki, szersze obowiązki w ww. zakresie dotyczą szpitali psychiatrycznych, w których muszą znajdować się odpowiednie zabezpieczenia, tj. kraty na oknach, do tych szpitali należy także dbałość o usunięcie przedmiotów niebezpiecznych z sali pacjenta, niezależnie od obecnego stanu jego zdrowia. Pozostałe szpitale obciążone są obowiązkiem dbałości o bezpieczeństwo pacjenta w takim zakresie, w jakim wymaga tego stan pacjenta, a szczególną opieką należy otaczać chorych, którzy nie zachowują się normalnie, wykazują tendencje samobójcze bądź są nieprzytomni. Niezorganizowanie stałego nadzoru nad takim pacjentem rodzi odpowiedzialność z tytułu błędu organizacyjnego także wtedy, gdy on sam targnie się na swe życie, na co wskazuje treść wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 listopada 1969 r. II CR 294/69, OSP 1970/12/249, gdzie stwierdzono, iż *szpital jest obowiązany zapewnić choremu nieprzytomnemu całkowitą opiekę, wyłączającą wyrządzenie sobie krzywdy, i nie może powoływać się na fakt, że chory sam wyskoczył oknem, jako na jego przyczynienie się do powstania szkody*¹⁸.

f) braku odpowiedniej dla działania szpitala liczby doświadczonych lekarzy i specjalistów, co naraża pacjenta na ryzyko pogorszenia stanu zdrowia bądź śmierć. Szpital ponosi odpowiedzialność za winę organizacyjną w wypadku braku anestezjologa przy porodzie, gdy lekarze powinni liczyć się z możliwością podjęcia interwencji chirurgicznej, a zbytne jej opóźnienie skutkowało śmiercią. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 kwietnia 2002 r., I ACa 214/02, publ.).

g) zwłoki w udzieleniu pomocy lekarskiej, gdy wyłącznie natychmiastowa pomoc byłaby skuteczna, a w wyniku wadliwej organizacji szpitala pacjent zbyt długo czeka w izbie przyjęć lub na oddziale¹⁹.

h) posługiwania się wadliwym sprzętem medycznym. Błędem organizacyjnym polegającym na niewłaściwym skontrolowaniu sprzętu medycznego będzie poparzenie noworodka wodą z nieszczelnego termofora, który został użyty do ogrzewania dziecka (wyrok Sadu Najwyższego z dnia 22 lipca 1980 r. IV CR 299/80, LEX nr 8262). Podobnie Sąd Najwyższy orzekł w wyroku z dnia 11 maja 1983 r., IV CR 118/83, OSNC 1983/12/201, gdzie przyjęto, iż *dopuszczenie do użycia sprzętu medycznego (operacyjnego) niesprawnego, narażającego pacjentów na możliwość uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, musi być uważane za*

¹⁷ Z. Marek, op. cit., s. 91

¹⁸ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 338–343.

¹⁹ Ibidem, s. 338–343.

zawinione zaniedbanie funkcjonariuszy zakładu leczniczego, w którym dokonano zabiegu. To zaś powoduje odpowiedzialność Skarbu Państwa za powstałą szkodę z mocy art. 417 k.c.

i) wadliwej identyfikacji pacjenta i dokonanie zabiegu na innym pacjencie lub dokonanie innego zabiegu, w wyniku nieodpowiedniego przyporządkowania zdjęć rentgenowskich lub innej dokumentacji medycznej.

j) ograniczenia lekarzy w wyborze środków lekarskich lub technicznych.

k) wadliwego, np. z uwagi na ryzyko zakażeń, rozmieszczenia chorych w salach szpitalnych²⁰.

Dochodzenie roszczeń z tytułu błędu medycznego

Pacjent będący ofiarą błędu medycznego ma możliwość dochodzenia swoich roszczeń finansowych związanych z powstałą szkodą zarówno na drodze prawa karnego jak i cywilnego.

Odpowiedzialność za błąd organizacyjny ponosi lekarz, szpital lub inna jednostka świadcząca usługi medyczne lub Skarb Państwa, zatem w głównej mierze dochodzenie roszczeń wyrządzonych działaniem lub zaniechaniem noszącym znamiona błędu organizacyjnego odbywa się w drodze postępowania cywilnego. Wówczas inicjatywa dowodowa należy do pacjenta. Postępowanie cywilne prowadzi do zaspokojenia roszczeń majątkowych – naprawienia szkody, jakiej pacjent doznał wskutek zaistnienia błędu medycznego, a także naprawienia krzywdy wyrządzonej wadliwą organizacją procesu leczenia, tym samym, na drodze postępowania cywilnego pacjent, w myśl art. 444 § 1, 2, 3 Kodeksu cywilnego (k.c.), może żądać odszkodowania, zadośćuczynienia, renty, kosztów przygotowania do innego zawodu. Podstawą odpowiedzialności wobec pacjenta w tym wypadku będą stanowiły przepisy o czynach niedozwolonych, tj. art. 415–417 k.c.

Od stycznia 2012 r., na mocy wspomnianej wyżej nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych powstały wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W przypadku niepożądanego zdarzenia medycznego, którym bez wątpienia jest zaistnienie błędu organizacyjnego, pacjenci lub w wypadku śmierci pacjenta, jego spadkobiercy mogą dochodzić przed odpowiednią komisją zadośćuczynienia i odszkodowania. Komisje orzekają w przedmiocie zdarzeń, które miały miejsce po 1 stycznia 2012 r. i są skutkiem świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu. Jak już wspomniano, komisja orzeka wyłącznie o tym czy zdarzenie, w wyniku którego została wyrządzona szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne, komisja nie pochyła się nad winą lekarza, zaś orzeczenie komisji ma zapaść w terminie czterech miesięcy od wpłynięcia wniosku. Postępowanie przed komisją wojewódzką jest znacznie tańsze od postępowania przed sądem, bo złożenie wniosku wiąże się z opłatą w kwocie 200 zł.

²⁰ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, op. cit., s. 338–343.

Jednakże komisja, w przeciwieństwie do sądów, ma przez ustawodawcę wskazane maksymalne kwoty, jakie mogą zostać przyznane wnioskodawcom. Z art. 67k pkt 7 ww. ustawy wynika, iż maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł, zaś w wypadku śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł. Postępowanie przed wojewódzką komisją nie zamyka drogi do dochodzenia roszczeń przed sądem; pacjent, który nie zgadza się z orzeczeniem komisji może skierować sprawę na drogę postępowania sądowego.

W wypadku, gdy ustalenie winnego błędu nie wiąże się trudnościami, a wadliwa interwencja medyczna była dziełem wskazanej osoby, a pacjent dojdzie do przekonania, iż doszło do popełnienia przestępstwa, istnieje możliwość wstąpienia na drogę postępowania karnego, poprzez złożenie w odpowiednim organie ścigania zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Lekarskie prawo karne skupia się głównie wokół następujących przestępstw: nieudzielnie pomocy pacjentowi znajdującemu się w położeniu grożącym niebezpieczeństwem utraty życia albo doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, stanowiące czyn zabroniony art. 162 § 1 Kodeksu karnego (k.k.); narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia jako czyn zabroniony art. 160 § 1 k.k.; spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jako przestępstwo z art. 156 § 1 k.k.; spowodowanie średniego lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta jako czyn z art. 157 § 1 i 2 k.k.; nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta, jako czyn zabroniony art. 155 k.k.; zabójstwo pacjenta – przestępstwo określone w art. 148 § 1 k.k. Przykładem poniesienia przez lekarza odpowiedzialności karnej za błąd organizacyjny może być przytoczony wyżej wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 1983 r., II KR 219/83, OSPi KA 11/1984, poz. 228. Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujący stan faktyczny: na oddziale ginekologiczno – położniczym przechowywano w szafce obok leków silnie trujący środek do dezynfekcji narzędzi lekarskich. Położna podała czterem pacjentkom tę substancję, myśląc, iż zgodnie z zaleceniem lekarza podaje kobietom sól gorzką. Omyłkowe podanie trującego azotynu sodu w miejsce soli gorzkiej po kilku minutach spowodowało śmierć wszystkich czterech pacjentek. Sąd orzekł o odpowiedzialności karnej ordynatora oddziału, jako osoby zobowiązanej do organizacji pracy i bezpieczeństwa pacjentek na oddziale, wskazując, iż jego zachowanie wyczerpało znamiona przestępstwa z art. 160 k.k.

Skala problemu błędów medycznych i minimalizowanie organizacyjnych błędów medycznych

Błędy medyczne nie są zjawiskiem rzadkim zarówno w Polsce jak i na świecie. Wprawdzie w Polsce nie prowadzi się rejestru błędów medycznych, a jedynym rzeczowym źródłem danych dotyczących błędów organizacyjnych są raporty Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, które mogą wskazywać na skalę problemu. Wynika z nich, iż w polskich szpitalach zaraża się rocznie prawdopo-

dobnie pół miliona osób, a umiera z powodu zakażeń szpitalnych 10-15 tysięcy osób. Eksperci szacują, że rocznie ofiar błędów medycznych jest więcej niż ofiar wypadków drogowych. Stosownie do wyników sondażu CBIOS (cyt. za „Zdrowie i Zarządzanie” 2001) w Polsce około jednej trzeciej respondentów spotkało się osobiście z przypadkami poważnych błędów w leczeniu lub brakiem staranności ze strony personelu medycznego. Natomiast dane uzyskane przez stowarzyszenie „Primum Non Nocere” mówią, że 18% polskiego społeczeństwa ucierpiało w efekcie błędów medycznych²¹. Znamienne jest to, że, jak wynika z opublikowanego w maju 2013 r. raportu ekspertów Health Grades, w najlepszych szpitalach, gdzie monitoruje się błędy medyczne, błędów jest mniej o połowę. Co więcej, w krajach, gdzie wprowadzony został system monitorowania błędów medycznych, błędów jest mniej. Przykładem jest Dania, gdzie w 2004 roku wprowadzono ustawę, zgodnie z którą lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do raportowania zdarzeń niepożądanych. Dyrekcja i właściciel szpitala mają obowiązek przeprowadzić ich analizę i wdrożyć działania naprawcze, a zadaniem Board of Health jest upowszechnienie informacji i wiedzy wynikających z analiz.

Monograficznym opracowaniem poświęconym problematyce błędów medycznych przygotowanym przez badaczy zrzeszonych w Komitecie Ergonomicznym przy Prezydium PAN jest ekspertyza pt. „Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne” wydana pod redakcją J. Pokorskiego (Kraków, wyd. PAN, 2010), Redaktorzy podkreślają wzajemną współzależność czynników medycznych i niemedycznych, które warunkują występowanie zdarzeń niepożądanych oraz wskazują na fakt, iż w ich prewencji pierwszoplanową rolę odgrywa ergonomia Przytaczają szacunkowe opracowane w USA i Danii oceny, z których wynika, że ergonomiczne podejście do zdarzeń niepożądanych w medycynie pozwoliłoby zmniejszyć liczbę zgonów związanych z błędami medycznymi o ok. 40–60%. W Polsce, jak dotąd, podejście ergonomiczne w ocenie błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych traktowane jest powierzchownie, wręcz ogólnikowo i w zasadzie ogranicza się do problemu zakażeń szpitalnych, niepożądanego działania leków, z kolei w odniesieniu do sprzętu i aparatury – do wąskiego pojmowania roli personelu medycznego i znaczenia problematyki bhp w szpitalach i instytucjach medycznych. W ekspertyzie wskazano, że pracownicy ochrony zdrowia wykazują niewystarczającą znajomość podstaw ergonomii. Działania zmierzające do redukcji liczby błędów medycznych muszą być oparte na dokładnej ocenie przyczyn, okoliczności i warunków, w których wystąpiły. Wszystkie błędy medyczne powinny być rejestrowane, raportowane i analizowane. Przykładem właściwego działania o charakterze prewencyjnym wobec błędów medycznych może być wprowadzenie w 2011 r. dla wszystkich placówek zabiegowych w całej Polsce, zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, tzw. Kart Kontroli Systemowej, m.in. okołooperacyjnych kart kontrolnych, których stosowanie ma pomagać w zapobieganiu zdarzeniom

²¹ J. Pokorski, *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych*. Ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Karków 2008, http://www.kergon.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=53 (dostęp: 07.11.2013)..

niepożądanym podczas zabiegów chirurgicznych, np. przeprowadzaniu operacji u niewłaściwego pacjenta bądź, operowaniu zdrowej części ciała w przypadku narządów parzystych. Ważne jest także tworzenie w szpitalach i innych jednostkach takiej atmosfery i warunków, by osoby zgłaszające niedociągnięcia lub zaniedbania i błędy miały poczucie zrozumienia i bezpieczeństwa. Ponadto, co z punktu widzenia niniejszego artykułu najbardziej istotne, w powyższym opracowaniu dowiedziono, że do 90% zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych dochodzi w wyniku błędnego planowania i złej organizacji lub wad trybu świadczenia usług medycznych. A zatem, to systemy należy korygować i ulepszać, a nie wyłącznie karać i eliminować z nich źle działających pracowników²². Dodatkowo powyższy wniosek wskazuje na doniosłość problematyki błędu organizacyjnego jako głównego źródła niepowodzeń w ochronie zdrowia.

Podobne wnioski sformułowane zostały przez Ewę Zawlińską – wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa – w opracowaniu „Monitorowanie zdarzeń medycznych”, gdzie stwierdzono, że przyczyny zdarzeń niepożądanych, na jakie najczęściej wskazywali ankietowani, to: zbytne obciążenie pracą (83 proc.), brak motywacji (pielęgniarki 55 proc., lekarze 41 proc.), przestarzałe bądź niekompletne procedury (53 proc.), brak szkoleń (39 proc.), brak nawyku zwracania sobie nawzajem uwagi (40 proc.) oraz brak wsparcia ze strony doświadczonych kolegów (40 proc.). Co ważne z punktu widzenia niniejszego opracowania, wszystkie wymienione wyżej czynniki, w swej istocie, stanowią przyczyny powstawania błędów organizacyjnych. W rzeczonym opracowaniu powołano się na przykład zdarzenia w jednym ze szpitali, w którym dziecku zoperowano niewłaściwe biodro. Po tym zdarzeniu szpital (akredytowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia) wprowadził nowe standardy postępowania przedoperacyjnego: pacjenta przed zabiegiem poddaje się wielokrotnej weryfikacji dotyczącej tożsamości, rodzaju zabiegu, miejsca czy operowanej strony ciała. Informacja potwierdzana jest wielokrotnie przez członków zespołu operacyjnego²³.

Potrzeba monitorowania błędów medycznych we wszystkich analizach dotyczących problematyki błędów medycznych jawi się jako oczywista, a nadto, wskazywana jest jako jedno z głównych narzędzi do minimalizowania ilości błędów. Skandynawskie badania wykazały, że najmniej błędów jest popełnianych w szpitalach, które przyznają się do pomyłek. W Danii, Niemczech, Austrii i Szwajcarii wprowadzono system monitorowania błędów, który dziesięć lat wcześniej zastosowano w lotnictwie, przemyśle kosmicznym, nuklearnym oraz chemicznym. Jak twierdzi Barbara Kutryba z Europejskiego Towarzystwa Jakości w Opiece Medycznej (ESQH), mimo iż liczba różnego rodzaju skarg związanych z negatywnymi skutkami błędów medycznych w ostatnich latach znacznie wzrosła, to jest to, niestety, tylko wierzchołek góry lodowej, bo ukrywanych jest od 50 proc. do 96

²² J. Pokorski, J. Pokorska, M. Złowodzki, *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Kraków 2010.

²³ E. Zawlińska, *Monitorowanie Zdarzeń niepożądanych*, http://smp.org.pl/upload/konf1/Zdarzenia_niepozadane.pdf (dostęp: 12.11.2013).

proc. pomyłek i zaniedbań. Pierwszy anonimowy sondaż Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce przeprowadzony wśród 1200 pracowników służby zdrowia ujawnił, że 78,5 proc. lekarzy i pielęgniarek uczestniczyło w „zdarzeniu niepożądanym”, co wskazuje na skalę problemu²⁴.

Podsumowanie

Podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych powinno w większym stopniu uwzględniać dążenie do eliminacji błędów medycznych uwarunkowanych niedoskonałością ergonomiczną systemu, do czego konieczne jest stworzenie skutecznego, poprzez zapewnienie poufności, anonimowości, bezpieczeństwa, systemu zgłaszania błędów także potencjalnych oraz szersze wykorzystanie metod i zasad ergonomii. Dobra organizacja może zmniejszyć ilość ewentualnych błędów popełnianych w czasie profilaktyki, diagnozowania i leczenia pacjenta. Bez wątpienia nie tylko monitorowanie błędów, ale także właściwa organizacja i odpowiednie zarządzanie placówkami medycznymi ma ogromny wpływ na jakość usług medycznych, jako że nawet największe wysiłki lekarzy mogą zostać zniweczone przez wadliwą organizację. Nie należy więc marginalizować znaczenia problematyki organizacyjnego błędu medycznego, bo w praktyce to właśnie uchybienia organizacyjne mogą mieć wielki wpływ na jakość usług medycznych i bezpieczeństwo pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

Pozycje książkowe:

- Bończyk-Rozwadowska K. 2007.** *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń.
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P. 2004.** *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa.
- Marek Z. 2007.** *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków.
- Nesterowicz M. 2007.** *Prawo medyczne*, Toruń.
- Śliwka M. 2008.** *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawno-porównawczym*, Toruń.
- Zoll A. 1988.** *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa.
- Podciechowski L., Królikowska A., Hincz P., Wilczyński J. 2009.** *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia” 2009, t. 2, z. 4.
- Pokorski J., Pokorska J., Złowodzki M. 2010.** *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Kraków.

²⁴ Z. Wojtasik, M. Florek-Moskhal, *Plaga błędów medycznych*, „Wprost” 2013, nr 41, <http://www.wprost.pl/ar/77336/Plaga-bledow-medycznych/?pg=1> (dostęp: 06.11.2013).

Czasopisma:

- Boratyńska M.** *Błąd w sztuce lekarskiej jako podstawa odpowiedzialności*, „ABC”, nr 99709.
- Hołdyńska E.**, *Błędy, które kosztują życie*, Rzeczpospolita, 28–29 września 2013, s. A8.
- Korytkowska D.** 2012. *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Oeconomica 274.
- Liszewska A.**, *Błąd w sztuce medycznej, przypadki szczególne*, „ABC”, nr 71986.
- Kyrst L.** 2011. *Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej*, „Bezpieczeństwo Pracy”, nr 11.
- Nesterowicz M.** 2005. *Glosa do wyroku Sadu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 16 grudnia 2003 r.*, I ACa 573/03, „Prawo i Medycyna”, nr 1(18), vol. 7.

Strony internetowe:

- Pokorski J.** 2008. *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych. Ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk*, Karków. http://www.kergon.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=53 (dostęp: 07.11.2013).
- Wojtasik Z., Florek-Moskhal M.** 2013. *Plaga błędów medycznych*, Wprost 41/13, <http://www.wprost.pl/ar/77336/Plaga-bledow-medycznych/?pg=1> (dostęp: 06.11.2013).
- Zwalińska E.**, *Monitorowanie zdarzeń niepożądanych*, http://smp.org.pl/upload/konf1/Zdarzenia_niepozadane.pdf 04.11.2013 r.
- <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Z-roku-na-rok-przybywa-spraw-o-odszkodowania-za-bledy-medyczne,19655,2.html> (dostęp: 12.11.2013).

Akty prawne:

- Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta dot. przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmujące okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. 1964, nr 16, poz. 93 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 1997, nr 88, poz. 553 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009, nr 52 poz. 417.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry; tekst jedn.: Dz. U. 2011, nr 277, poz. 1634.
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U., nr 113, poz. 660.

STRESZCZENIE:

Błędy medyczne popełniane były zawsze, jednakże w ostatnich dekadach problematyka błędów medycznych stała się często omawianym tematem medialnym, przez co liczba wszelkiego rodzaju skarg dotyczących błędów medycznych znacznie wzrosła. Szczególnym rodzajem błędu medycznego jest błąd organizacyjny, spowodowany nie tyle niewiedzą czy nierzetelnością personelu medycznego, lecz wadliwą organizacją pracy, złym zarządzaniem, brakiem dbałości o bezpieczeństwo pacjentów. Oblicza organizacyjnego błędu medycznego są bardzo różne i ujęte w sposób kazuistyczny, w oparciu o konkretne zdarzenia będące podstawą rozstrzygnięć sądów. Minimalizowanie błędów medycznych należy zacząć od wprowadzenia bezpiecznego systemu monitorowania błędów medycznych, podnoszenia poziomu ich zgłaszalności, a przede wszystkim przez wprowadzenie zasad ergonomii w codzienne życie szpitali i placówek medycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: błąd medyczny, organizacyjny błąd medyczny, odpowiedzialność, dochodzenie roszczeń.

SUMMARY

Medical malpractice has been committed ever since ancient times, yet in the last decades it has become a very emotive issue widely discussed in media, thus leading to growing amount of claims caused by medical negligence of all kinds. One particular type of medical error would be the lack of proper organization, caused not by lacking knowledge or robustness of medical staff, but defective work management, disorganization and lack of care of patient safety. There are many types of organizational medical malpractice described casuistically, basing on individual cases that were the ground to judicial decisions. To lower the number of medical malpractice one ought to start with introducing safety model of monitoring medical malpractice, increasing level of malpractice reports and applying ergonomics into hospitals and medical facilities everyday performance.

KEYWORDS: medical malpractice, organizational medical malpractice, liability, to pursue a claim.