

PRAWNE ORAZ ZARZĄDCZE ASPEKTY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

redakcja naukowa
Marcin Śliwka



ABC

a Wolters Kluwer business

AUTORZY

Kinga Bączyk-Rozwadowska

Kamila Cał-Całko

Szczepan Cofta

Piotr Daniluk

Anita Gałęska-Śliwka

Beata Janiszewska

Natalia Karczewska-Kamińska

Grzegorz Łosik

Krzysztof Łyskawa

Anna Ruszczak

Rafał Staszewski

Karol Śliwka

Marcin Śliwka

Barbara Świątek

Małgorzata Świdorska

Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Tamara Zimna

PRAWNE ORAZ ZARZĄDCZE ASPEKTY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

redakcja naukowa
Marcin Śliwka

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2015

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Małgorzata Jarecka

Opracowanie redakcyjne
Agnieszka Bąk

Łamanie
Andrzej Gudowski

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych
Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2015

ISBN: 978-83-264-8429-2

ISBN PDF-a: 978-83-264-9663-9

Wydane przez:
Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wykaz skrótów	9
Wstęp	11
<i>Marcin Śliwka</i>	
CZĘŚĆ PIERWSZA	
Zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej	13
Rozdział I	
Zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych	15
<i>Grzegorz Łosik, Krzysztof Łyskawka</i>	
1.1. Wprowadzenie	15
1.2. Metody zarządzania ryzykiem	17
1.3. Skuteczne zarządzanie ryzykiem	19
1.4. Podsumowanie	23
Rozdział II	
Staranne prowadzenie dokumentacji medycznej jako element zarządzania ryzykiem	24
<i>Anita Gałęska-Śliwka, Marcin Śliwka</i>	
2.1. Wprowadzenie	24
2.2. Ryzyko prawne prowadzenia działalności leczniczej	25
2.3. Dokumentacja medyczna jako element wpływający na proces zarządzania ryzykiem w działalności medycznej	31
2.4. Podsumowanie	36
Rozdział III	
Dokumentacja medyczna w świetle akredytacji szpitali	37
<i>Rafał Staszewski, Szczepan Cofta, Anna Ruszczak</i>	
3.1. Wprowadzenie	37
3.2. Jakość w medycynie - znaczenie akredytacji	38
3.3. Rola dokumentacji medycznej	38
3.4. Standardy akredytacyjne a obowiązujące przepisy prawa w zakresie dokumentacji medycznej	39
3.5. Zarządzanie dokumentacją medyczną	47
3.6. Zgoda pacjenta	48
3.7. Najczęstsze błędy popełniane przez podmioty lecznicze	49
3.8. Podsumowanie	50

Rozdział IV

Ocena ryzyka w ubezpieczeniach działalności leczniczej – znaczenie dokumentacji medycznej	51
<i>Piotr Daniluk</i>	
4.1. Wprowadzenie	51
4.2. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego	51
4.3. Znaczenie dokumentacji medycznej	52
4.4. Specyfika audytów ubezpieczeniowych w obszarach dotyczących dokumentacji medycznej	56
4.5. Podsumowanie	65

CZĘŚĆ DRUGA

Prawa pacjenta a dokumentacja medyczna	67
-----------------------------------------------------	----

Rozdział V

Prawo do prywatności w kontekście dokumentacji medycznej. Praktyka orzecznicza Europejskiego Trybunału Praw Człowieka	69
<i>Agata Wnukiewicz-Kozłowska</i>	
5.1. Wprowadzenie	69
5.2. Konstrukcja i zakres prawa do prywatności w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka	70
5.3. Prywatność pacjenta a dokumentacja medyczna	72
5.3.1. Ochrona prawna treści dokumentacji medycznej – podstawowe zasady	72
5.3.2. Poufność dokumentacji	73
5.3.3. Dostęp do dokumentacji	76
5.4. Podsumowanie	80

Rozdział VI

Udostępnianie dokumentacji medycznej zakładom ubezpieczeń	82
<i>Grzegorz Łosik</i>	
6.1. Wprowadzenie	82
6.2. Przesłanki i zakres udostępniania informacji oraz dokumentacji medycznej zakładom ubezpieczeń	83
6.3. Zakres informacji żądanych przez zakład ubezpieczeń	84
6.4. Forma zgody	85
6.5. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń	87
6.6. Odpowiedź podmiotu prowadzącego działalność leczniczą	89
6.7. Formy udostępnienia dokumentacji medycznej	91
6.8. Odpłatność za udostępnianie dokumentacji medycznej	92
6.9. Jakość dokumentacji medycznej	94
6.10. Wnioski	96

Rozdział VII

Dokumentacja medyczna po śmierci pacjenta	98
<i>Kamila Cal-Catko</i>	
7.1. Wprowadzenie	98
7.2. Ochrona informacji o stanie zdrowia	100

7.3. Tryb udostępniania dokumentacji medycznej. Forma i czas obowiązywania upoważnienia	104
7.4. Forma i czas udostępnienia dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta	107
7.5. Zakres przedmiotowy i podmiotowy prawa do dokumentacji medycznej	109
7.6. Podsumowanie	112

Rozdział VIII

Zgoda pacjenta - implikacje dowodowe	114
---------------------------------------------------	-----

Małgorzata Świdzka, Natalia Karczewska-Kamińska

8.1. Wprowadzenie	114
8.2. Ciężar dowodu	114
8.3. Wymóg formy pisemnej	119
8.4. Formularze zgody pacjenta	121

CZĘŚĆ TRZECIA

Dowód z dokumentacji medycznej w postępowaniu sądowym oraz przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	129
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Rozdział IX

Uwagi o ciężarze dowodu w procesach medycznych	131
-------------------------------------------------------------	-----

Beata Janiszewska

9.1. Pojęcie ciężaru dowodu w rozumieniu materialnym	131
9.2. Pojęcie ciężaru dowodu w rozumieniu formalnym	134
9.3. Dowód główny, dowód przeciwny i dowód przeciwieństwa	135
9.4. Trudności dowodowe w sprawach medycznych	139
9.5. Współczesne uwarunkowania dowodzenia w procesach medycznych	142
9.6. Wnioski odnoszące się do stosowania art. 6 k.c.	144
9.7. Proceduralne aspekty dowodzenia	145

Rozdział X

Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	147
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Kinga Bączyk-Rozwadowska

10.1. Wprowadzenie	147
10.2. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	151
10.3. Procedury kompensacyjne	154
10.3.1. Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	154
10.3.2. Oferta odszkodowania i konsekwencje jej złożenia	162
10.3.3. Postać i zakres odszkodowania	166
10.3.4. Podsumowanie	168

Rozdział XI

Dowód z dokumentacji medycznej w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	171
<i>Tamara Zimna</i>	
11.1. Wprowadzenie	171
11.2. Szczególna moc dowodowa dokumentacji medycznej	173
11.3. Udostępnienie dokumentacji medycznej w postępowaniu przed komisją	173
11.4. Nieczytelność dokumentacji medycznej	175
11.5. Niewłaściwa autoryzacja wpisów w dokumentacji medycznej	176
11.6. Braki w dokumentacji medycznej	177
11.7. Ograniczenia dowodowe w postępowaniu przed komisją	179
11.8. Właściwość orzecznicza komisji wojewódzkiej	180
11.9. Dopuszczalność złożenia wniosku	183
11.10. Dowód z okoliczności faktycznych przebiegu leczenia w szpitalu	183
11.11. Dowód z następstw leczenia w szpitalu	186
11.12. Podsumowanie	187

Rozdział XII

Dokumentacja medyczna a dowód z opinii biegłego	189
<i>Barbara Świątek</i>	
12.1. Wprowadzenie	189
12.2. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej	192
12.3. Metodyka wykorzystywania dokumentacji medycznej	197
12.4. Podsumowanie	198

Rozdział XIII

Wiarygodność dokumentacji medycznej – aspekty karnoprawne oraz kryminalistyczne	199
<i>Karol Śliwka</i>	
13.1. Wprowadzenie	199
13.2. Specyfika pracy specjalisty medycyny sądowej	199
13.3. Obserwacje praktyczne	202
13.4. Podsumowanie	209

Zakończenie	211
--------------------------	-----

Marcin Śliwka

Załączniki – wzorcowe fragmenty dokumentacji medycznej	215
Wzór nr 1. Wywiad i badanie przedmiotowe – część wspólna dla wszystkich oddziałów	215
Wzór nr 2. Formularz zgody na znieczulenie ogólne	218
Wzór nr 3. Karta profilaktyki przeciwzakrzepowej	223
Wzór nr 4. Karta oceny bólu	225
Wzór nr 5. Checklista weryfikująca kompletność historii choroby przekazywanej do archiwizacji	227
Wzór nr 6. Oświadczenie pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej	228

Wykaz skrótów

Akty prawne

EKPC	- europejska Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.)
k.c.	- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.)
k.k.	- ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
Konstytucja RP	- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
k.p.a.	- ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.)
k.p.c.	- ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 101 z późn. zm.)
p.p.s.a.	- ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 270 z późn. zm.)
r.m.o.n.	- rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1508)
r.m.s.w.	- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 125, poz. 712 z późn. zm.)
r.r.d.	- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 177 z późn. zm.)
u.d.l.	- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618)

- u.d.u. - ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 950 z późn. zm.)
- u.o.d.o. - ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)
- u.p.p. - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)
- u.z.l.l.d. - ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 464)

Czasopisma i publikatory

- Dz. U. - Dziennik Ustaw
- Dz. U. RP - Dziennik Ustaw (1919–1952)
- GSP - Gdańskie Studia Prawnicze
- M.P. - Monitor Polski
- M. Praw. - Monitor Prawniczy
- OSA - Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
- OSNC - Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
- OSNCK - Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna i Izba Karno
- OSNC-ZD - Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna. Zbiór Dodatkowy
- OSP - Orzecznictwo Sądów Polskich
- OSPiKA - Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
- PiM - Prawo i Medycyna
- PiP - Państwo i Prawo
- PS - Przegląd Sądowy

Inne

- BGH - Bundesgerichtshof (Niemiecki Sąd Najwyższy)
- CMJ - Centrum Monitorowania Jakości
- ETPC - Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu
- GIODO - Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
- MZ - Minister Zdrowia
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NSA - Naczelny Sąd Administracyjny
- OIOM - oddział intensywnej opieki medycznej
- OIT - oddział intensywnej terapii
- PTG - Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
- SA - Sąd Apelacyjny
- SN - Sąd Najwyższy
- SOR - szpitalny oddział ratunkowy
- SPZOZ - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- WHO - World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
- WSA - Wojewódzki Sąd Administracyjny

Wstęp

*Marcin Śliwka*¹

Niniejsze opracowanie obejmuje większość aspektów związanych z prowadzeniem oraz udostępnianiem dokumentacji medycznej. Poruszana problematyka jest wielopłaszczyznowa i pozostaje w sferze zainteresowania wielu podmiotów występujących na szeroko rozumianym rynku usług zdrowotnych. Ambicją autorów jest wyjście poza *stricte* naukowe podejście do omawianej tematyki oraz wskazanie, również w drodze kazuistycznej oraz tabelarycznej, na praktyczne implikacje związane z prowadzeniem, udostępnianiem oraz analizą dokumentacji medycznej.

Tradycyjnie dokumentacja medyczna pozostając w sferze zainteresowań osób wykonujących zawody medyczne, służyła celom diagnostyczno-terapeutycznym. Pierwotnie była ona traktowana jako prywatne zapiski lekarskie. Z biegiem lat sytuacja uległa zmianie. Poza zadaniami medycznymi pojawiają się wyzwania związane ze spełnieniem wymogów formalnoprawnych, rozliczeniowych oraz z ochroną przed roszczeniami odszkodowawczymi. Staranne prowadzenie dokumentacji medycznej umożliwi wreszcie podjęcie działań zarządczych, w tym tych z zakresu szeroko rozumianego zarządzania ryzykiem, oraz pośrednio wpływa na relacje łączące podmiot leczniczy z zakładami ubezpieczeń w ramach zawieranych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W związku z nowym systemem rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia palącą kwestią stały się wyzwania certyfikacyjne. Dokumentacja w podmiocie ubiegającym się o uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego Centrum Monitorowania Jakości musi spełniać dodatkowe, wyższe kryteria, co niewątpliwie stanowi wyzwanie dla osób przygotowujących placówkę medyczną do tego procesu, ale również dla samych wizytatorów.

Z perspektywy prawnika obsługującego szpital lub pacjenta występującego z roszczeniem odszkodowawczym dokumentacja medyczna stanowi podstawowy materiał dowodowy. Umiejętność analizy danych medycznych, łączenia ich z przesłankami odpowiedzialności cywilnej/karnej jest zadaniem niełatwym, nawet dla osób od lat specjalizujących się w tej problematyce. Zasadniczego znaczenia nabierają tematy oceny wiarygodności dokumentacji medycznej, jej czytelności, chronologii itp. Osobnym zagadnieniem pozostaje

¹ Marcin Śliwka – Zakład Prawa Medycznego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

reakcja sądu na braki w tej materii; konieczność rozważenia sięgnięcia po domniemania faktyczne czy dowody *prima facie*.

Powyższe tematy zostaną omówione w trzech częściach niniejszego opracowania poświęconych odpowiednio: zarządczym aspektom prowadzenia dokumentacji medycznej; prawom pacjenta, a także dowodom z dokumentacji medycznej w postępowaniu sądowym oraz przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.



CZĘŚĆ PIERWSZA

Zarządce aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej

Zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych

Grzegorz Łosik², Krzysztof Łyskawa³

1.1. Wprowadzenie

W chwili obecnej coraz częściej podstawowe cele przedsiębiorstw takie, jak minimalizacja kosztów działalności przy założonym poziomie przychodów z prowadzonej działalności oraz maksymalizacja przychodów przy założonym poziomie kosztów, zastępowane są innymi, np.: maksymalizacją zysku, maksymalizacją sprzedaży, przetrwaniem, osiągnięciem satysfakcjonującego poziomu zysku, osiągnięciem założonego udziału w rynku czy maksymalizacją wartości przedsiębiorstwa. Zjawisko zmienności czy raczej ewolucji celów funkcjonowania odnosi się nie tylko do podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, ale także do organizacji społecznych, samorządów lokalnych i innych instytucji czy w końcu do gospodarstw domowych.

Dla kierujących szpitalem zarządzanie ryzykiem najczęściej kojarzy się z jedną z metod finansowania skutków zdarzeń losowych albo wyrządzonych pacjentom szkód, czyli ubezpieczeniem. Kiedy rozważamy wdrożenie systemu zarządzania ryzykiem w szpitalu, to przede wszystkim zastanawiamy się nad tym, czy pozwoli to obniżyć koszty obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. W efekcie tak postawionego celu należy rozważyć, czym dla szpitala jest ryzyko, czego należy się obawiać, a w konsekwencji – jakie działania należy podjąć, aby doprowadzić do zrealizowania się tego celu.

Przyjmując definicję za standardem ISO 31000, który jest przedmiotem niniejszej analizy⁴, to właśnie cele stawiane przez kierownictwo danego przedsiębiorstwa są podstawowym elementem definicji pojęcia ryzyka i w konsekwencji zarządzania ryzykiem. Autorzy nowego standardu definiują ryzyko

² Grzegorz Łosik - Dyrektor oddziału Mentor SA w Poznaniu.

³ Krzysztof Łyskawa - Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Katedra Ubezpieczeń.

⁴ PKN-ISO Guide 73. *Zarządzanie ryzykiem. Terminologia*, Polski Komitet Normalizacji, Warszawa 2012, s. 11.

jako „wpływ niepewności na cele”, co oznacza, że inaczej będziemy postrzegać ryzyko, jeżeli skoncentrujemy się na osiągnięciu dodatniego wyniku finansowego, a inaczej jeżeli celem będzie redukcja kosztów, np. obniżenie składki za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Jednocześnie standard ISO 31000 – dość kontrowersyjnie – utożsamia niepewność ze stanem „braku informacji związanej ze zrozumieniem lub wiedzą na temat zdarzenia, jego następstw i prawdopodobieństwa”. To pokazuje, że kluczowym elementem w zrealizowaniu postawionych celów jest pozyskanie odpowiedniej ilości informacji.

W działalności każdego podmiotu, który wykorzystuje ubezpieczenie jako ewentualny sposób finansowania skutków zdarzeń losowych, dochodzi do swego rodzaju dychotomii. Z jednej strony jest to ocena ryzyka przez zakład ubezpieczeń, a z drugiej indywidualne postrzeganie zagrożeń przez zarządzających albo pracowników szpitala. Zakład ubezpieczeń dokonuje oceny ryzyka poprzez parametryzację, czyli posługiwanie się informacjami statystycznymi w zakresie, np.: wartości średniej roszczenia, dominanty, mediany, odchyień standardowych czy współczynnika zmienności. Jednak najczęściej, w sposób dość swobodny, ubezpieczyciele posługują się wskaźnikiem szkodowości losowej, szkodowości finansowej, częstości wypadków ubezpieczeniowych, rozszerzalności wypadków losowych, intensywności działania wypadków losowych czy kosztów obsługi ubezpieczenia, w szczególności kosztów likwidacji szkód.

Przykładowo, szpitale w odniesieniu do zagrożeń związanych z odpowiedzialnością cywilną za błędy medyczne analizują swoją działalność na podstawie niewielkiej liczby ewentualnych roszczeń, a w konsekwencji odszkodowań, w stosunku do ogółu zakresu i liczby podejmowanych czynności medycznych. Równie często analiza ta polega na porównywaniu w tym zakresie macierzystego szpitala z innymi jednostkami. Ubezpieczyciel z kolei wysokość założonych rezerw na wniesione roszczenia oraz wysokość wypłaconych odszkodowań odnosił będzie do wysokości zainkasowanej składki. W efekcie występuje duża różnica między subiektywną oceną zagrożeń dokonaną przez zarządzających szpitalem a oceną pracowników i menedżerów w zakładach ubezpieczeń. Ci pierwsi uważają, że występujące roszczenia z tytułu błędów medycznych są stałym elementem działalności szpitala i stanowią niewielki odsetek faktycznie podejmowanych działań leczniczych; zaś drudzy nie chcą przyjmować do ubezpieczenia szpitala, którego szkodowość pochłania znaczną część składki lub nawet jej wielokrotność. Kalkulują wtedy ryzyko jako wysokie, co daje odzwierciedlenie co najmniej w postaci wysokiej składki. Wprowadzenie zarządzania ryzykiem w szpitalu, które będzie zintegrowane z innymi działaniami, może przyczynić się do lepszej jego oceny zarówno przez krajowe, jak i przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń.

Dodatkowo jednak sprawę postrzegania ryzyka przez poszczególne strony (szpitale – zakłady ubezpieczeń) komplikuje konieczność zawarcia określonych umów ubezpieczenia, czyli występowanie ubezpieczeń obowiązkowych na warunkach ustalonych przez ustawodawcę. W takiej sytuacji pojawia się pokusa wykorzystania przymusu ubezpieczenia do stawiania wygórowanych żądań cenowych (wysoka składka ubezpieczeniowa), tym bardziej że formuła obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu lecni-

czego nie jest atrakcyjna dla rynku ubezpieczeniowego, co w konsekwencji daje bardzo ograniczoną podaż ubezpieczycieli, graniczącą wręcz z monopolem.

1.2. Metody zarządzania ryzykiem

W efekcie prac teoretycznych i wykorzystania praktycznych aplikacji w omawianym zakresie stworzono określone standardy i dokumenty, które pozwalają ujednoczyć podejmowane działania. Zastosowanie odpowiedniego standardu zarządzania ryzykiem niesie dla interesariuszy określony walor, nie tylko praktyczny, ale także ideowy. Do najpopularniejszych standardów zarządzania ryzykiem zaliczamy: a) model amerykański – COSO II (koncentracja na identyfikacji określonych działań oraz zapewnienie realizacji określonych celów – najczęściej finansowych); b) model australijsko-nowozelandzki AS/NZS 4360:2004 (działania w oparciu o istniejącą kulturę w organizacji); c) model europejski – FERMA (Federation of European Risk Management Associations), który koncentruje się na procedurze oraz d) ISO 31000, zapewniający większy uniwersalizm w podejmowanych działaniach.

Omawiany w poniższym artykule standard ISO 31000 wręcz idealnie wpisuje się w koncepcję zintegrowanego zarządzania ryzykiem. Standard ten zawiera liczne powiązania między zarządzaniem ryzykiem a zarządzaniem całą organizacją (szpitalem). To powiązanie może dotyczyć zarówno strategicznych, jak i operacyjnych obszarów działalności (np. wysokość kosztów ubezpieczenia). W literaturze podkreśla się, że zarządzanie ryzykiem ma wpływ na sprawność funkcjonowania i bezpieczeństwo organizacji oraz na podejmowanie decyzji⁵. W efekcie funkcjonujące w szpitalu zasady zarządzania jakością, prowadzenia dokumentacji medycznej czy analizy zdarzeń niepożądanych mogą stać się składową odpowiednio zdefiniowanego procesu zarządzania ryzykiem.

Skuteczne zarządzanie ryzykiem według standardu ISO 31000 powinno opierać się na zrozumieniu kilku elementarnych zasad. Przykładowo takiej, że zarządzanie ryzykiem jest częścią wszystkich procesów organizacji, ma istotny wpływ na podejmowane decyzje i powinno być ciągłym, systematycznym procesem. Należy podkreślić, że nieodzownym elementem tego procesu jest wzajemna komunikacja pomiędzy poszczególnymi grupami/częściami składowymi organizacji (szpitala), co na poniższym grafie zobrazowano jako etap „komunikacji i konsultacji”.

Ponadto standard ten pokazuje nie tylko sam proces zarządzania ryzykiem, ale także sposób tworzenia całej struktury ramowej zarządzania ryzykiem w organizacji. Może być także narzędziem znacznie ułatwiającym przedsiębiorstwom niemającym odpowiedniego doświadczenia wdrożenie systemu zarządzania. W ISO 31000 kluczowe decyzje zapadają oczywiście we władzach organizacji. Jednak przyjęta metoda kształtowania samego procesu powoduje, że komunikaty w zakresie zrozumienia kontekstu działania organizacji, ustalenia polityki zarządzania ryzykiem czy podziału odpowiedzialności za podjęte działania idą od pracowników niższego szczebla „do góry”.

⁵ R. Wróblewski, *Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwie*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Seria: Administracja i Zarządzanie, nr 90, Siedlce 2011, s. 29.

Marcin Śliwka – doktor nauk prawnych; adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu; specjalizuje się w prawie cywilnym i medycznym; współpracuje z organizacjami międzynarodowymi zajmującymi się ochroną praw pacjenta, w tym m.in. z Europejskim Stowarzyszeniem Prawa Medycznego oraz Polskim Towarzystwem Bioetycznym; autor ponad stu opracowań poświęconych problematyce prawnomedycznej.

■ W książce omówiono tematykę prowadzenia, udostępniania oraz analizy dokumentacji medycznej zarówno z perspektywy prawnej, jak i zarządczej. Autorzy zwrócili szczególną uwagę m.in. na takie zagadnienia jak:

- staranne prowadzenie dokumentacji medycznej jako element zarządzania ryzykiem,
- rola dokumentacji medycznej w świetle akredytacji szpitali,
- znaczenie dokumentacji medycznej w ocenie ryzyka w ubezpieczeniach działalności leczniczej oraz jej udostępnianie zakładom ubezpieczeń,
- prawa pacjenta a dokumentacja medyczna,
- dokumentacja medyczna po śmierci pacjenta,
- dowód z dokumentacji medycznej w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- wiarygodność dokumentacji medycznej w ujęciu karnoprawnym oraz kryminalistycznym.

■ Dla lepszego zrozumienia prezentowanych zagadnień, każdy rozdział został wzbogacony o przykłady ilustrujące omawiane kwestie. Ponadto w opracowaniu zamieszczono wybrane wzory dokumentacji medycznej.

■ Publikacja przeznaczona jest dla osób zarządzających podmiotami leczniczymi, gdyż zawiera praktyczne wskazówki pozwalające m.in. przygotować podmiot leczniczy do wyzwań akredytacyjnych oraz ubezpieczeniowych. Będzie stanowić cenną lekturę dla prawników zajmujących się sprawami dotyczącymi problematyki odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych oraz praw pacjenta, członków komisji wojewódzkich do spraw zdarzeń medycznych oraz osób dokonujących fachowej oceny podmiotów leczniczych.

ISBN 978-83-264-8429-2



9 788326 484292

Cena 79 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01

zamowienia.książki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl



9 788326 484292 W01P01