



Rzecznik Praw Pacjenta

**GROMADZENIE I ANALIZA
ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
W SZPITALACH W POLSCE**
II edycja badania ankietowego

REDAKCJA:

Marta Puścion

Katarzyna Majkowska

Magdalena Kuśmierska-Bucoń

Maria Jessa-Jabłońska

SPIS TREŚCI

Streszczenie	4
I. WSTĘP	5
II. PRAKTYKA ZBIERANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH W POLSCE	8
1. Cel badania	8
2. Materiały i metody	8
3. Zdarzenia niepożądane w szpitalach w Polsce	9
4. Informacje podstawowe o zdarzeniach niepożądanych	16
5. Zakres zbieranych danych na temat zdarzeń niepożądanych	17
6. Analizowanie informacji o zdarzeniach niepożądanych	19
7. Systemy obsługujące zdarzenia niepożądane	21
8. Problemy, wyzwania i oczekiwania	23
9. Charakterystyka szpitali biorących udział w ankiecie RPP	28
III. WNIOSKI	33

SKRÓTY:

CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia

GIS – Główny Inspektorat Sanitarny

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

RPP – Rzecznik Praw Pacjenta

STRESZCZENIE

Cel badania: Celem badania było zgromadzenie informacji, analiza i ocena obecnego stanu rejestrowania i zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w szpitalach w Polsce. Istotnym było również przedstawienie wniosków systemowych dotyczących zagadnienia.

Metody: Raport powstał na podstawie badania przeprowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta (RPP). Rzecznik zaprosił na początku 2026 r. do uczestniczenia w badaniu ankietowym wszystkie szpitale w Polsce. Wykorzystano autorski kwestionariusz.

Rezultat: Ankietę wypełniło 327 podmiotów leczniczych. Ankieta była anonimowa, ale dobrowolnie swoimi danymi kontaktowymi podzieliło się 65 szpitali. 229 podmiotów podzieliło się informacjami o tym, co pomogłoby w rozwoju systemu zdarzeń niepożądanych.

Najważniejsze wnioski:

- ▶ Najwięcej szpitali zebrało w 2024 r. do 50 zdarzeń niepożądanych, co oznacza, że zdarzenia nie są raportowane i zbierane w podmiotach.
- ▶ Problemem dla szpitali jest brak jednoznacznego określenia, które zdarzenia należy klasyfikować jako zdarzenia niepożądane.
- ▶ 70% badanych szpitali wskazało, że powinien powstać centralny system zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych w Polsce. Prawie 60% z nich wskazało RPP jako podmiot, który powinien taki rejestr prowadzić.
- ▶ W połowie szpitali dostępna jest więcej niż jedna forma zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych. Forma papierowa coraz rzadziej występuje jako jedyny sposób zgłaszania zdarzeń, aktualnie zgłosiło taki stan rzeczy 25 % podmiotów.
- ▶ Odnotowano rozwój wewnętrznych systemów elektronicznych w szpitalach.
- ▶ Tylko w 13% podmiotów leczniczych zbierane i przechowywane są informacje identyfikujące zgłaszającego zdarzenia niepożądane.

I. WSTĘP

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnych systemów ochrony zdrowia na świecie. Szkody związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w warunkach niezapewniających odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pozostają istotnym problemem. Każdego roku liczni pacjenci doznają uszczerbku na zdrowiu lub umierają w następstwie zdarzeń, których można byłoby uniknąć.

Dostępne dane wskazują, że w krajach o wysokich dochodach zdarzenia niepożądane występują średnio u 10% pacjentów korzystających z opieki szpitalnej.¹ Z kolei w państwach o średnich i niskich dochodach szacuje się, że każdego roku dochodzi do nawet 134 milionów zdarzeń niepożądanych, które przyczyniają się do około 2,6 miliona zgonów.²

Konsekwencje tych zdarzeń mają nie tylko wymiar zdrowotny, lecz także społeczny i ekonomiczny. Szacuje się, że społeczne koszty szkód ponoszonych przez pacjentów wynoszą od jednego do dwóch bilionów dolarów amerykańskich rocznie. Jednocześnie podkreśla się, że znacznej części tych szkód można skutecznie zapobiec poprzez wdrażanie działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

Jednym z podstawowych elementów budowania bezpiecznego systemu ochrony zdrowia jest gromadzenie, analiza i wykorzystywanie informacji o zdarzeniach niepożądanych. Zdarzenia te mogą wystąpić na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i stanowią nieodłączny element funkcjonowania każdego systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta³, zdarzenie niepożądane to zdarzenie, które wystąpiło podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, w następstwie ich udzielenia lub zaniechania ich udzielenia i spowodowało albo mogło spowodować negatywne konsekwencje dla zdrowia lub życia pacjenta. Obejmuje ono w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu, rozstrój zdrowia, chorobę, stan zagrożenia życia, konieczność hospitalizacji lub jej wydłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu.

Systematyczne raportowanie oraz analiza zdarzeń niepożądanych stanowią jeden z ważniejszych mechanizmów doskonalenia jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej. Każde zgłoszenie dostarcza informacji pozwalających lepiej zrozumieć przyczyny i okoliczności występowania zdarzeń niepożądanych, identyfikować obszary wymagające poprawy, oceniać skuteczność obowiązujących procedur oraz planować działania naprawcze. Współczesne podejście do zarządzania bezpieczeństwem pacjenta opiera się na analizie funkcjonowania systemu, a nie na poszukiwaniu osób odpowiedzialnych za popełnione błędy. Celem jest identyfikacja słabych punktów organizacji oraz wdrażanie rozwiązań ograniczających ryzyko ponownego wystąpienia podobnych zdarzeń.

Warunkiem skutecznego funkcjonowania systemu raportowania jest rozwój kultury bezpieczeństwa opartej na zaufaniu, otwartości i uczeniu się na doświadczeniach. System zgłaszania powinien zachęcać personel medyczny do raportowania zarówno zdarzeń, które spowodowały szkodę u pacjenta, jak i sytuacji potencjalnie nie-

¹ Sławomirski L, Auraan A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers No. 96. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017

² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington (DC): National Academies Press; 2018

³ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692) Washington (DC): National Academies Press; 2018

bezpiecznych („near miss”). Analiza takich informacji umożliwia poznanie zagrożeń jeszcze przed wystąpieniem poważnych konsekwencji zdrowotnych oraz wdrażanie działań profilaktycznych zwiększających bezpieczeństwo pacjentów.

Znaczenie rozwoju skutecznych systemów raportowania podkreślają również międzynarodowe analizy. Raport The Global State of Patient Safety 2025, opracowany przez Institute of Global Health Innovation przy Imperial College London oraz organizację Patient Safety Watch, wskazuje, że w porównaniu z 2023 r. Polska spadła z 22. na 28. miejsce w rankingu bezpieczeństwa pacjentów obejmującym 38 krajów OECD.⁴ Wynik ten wskazuje na potrzebę dalszego wzmacniania działań służących budowaniu kultury bezpieczeństwa oraz doskonaleniu systemów monitorowania i analizowania zdarzeń niepożądanych.

Niniejszy raport stanowi drugą edycję opracowania poświęconego gromadzeniu informacji o zdarzeniach niepożądanych w Polsce. Jego celem jest przedstawienie aktualnego stanu funkcjonowania systemu raportowania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach, identyfikacja barier utrudniających skuteczne zbieranie i analizowanie danych. Wyniki badania mają stanowić podstawę do wypracowania rozwiązań wspierających podmioty lecznicze w doskonaleniu systemów raportowania oraz efektywniejszym wykorzystywaniu informacji o zdarzeniach niepożądanych w procesie poprawy jakości opieki zdrowotnej.

Skuteczny system zgłaszania zdarzeń niepożądanych wymaga nie tylko odpowiednich narzędzi i jednolitych standardów postępowania, lecz także rozwoju kultury bezpieczeństwa opartej na zaufaniu, otwartości i uczeniu się na doświadczeniach. Wdrożenie wystandaryzowanych zasad gromadzenia i analizy informacji o zdarzeniach niepożądanych może przyczynić się do zwiększenia efektywności systemu raportowania, lepszej identyfikacji zagrożeń oraz podejmowania działań zapobiegawczych, a w konsekwencji do poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w Polsce.

Przedstawione w niniejszym raporcie wnioski i rekomendacje będą stanowić wsparcie w dalszym doskonaleniu systemu raportowania zdarzeń niepożądanych oraz budowaniu kultury bezpieczeństwa pacjenta, której nadrzędnym celem jest ograniczenie liczby zdarzeń możliwych do uniknięcia oraz systematyczna poprawa jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

⁴Global State of Patient Safety 2025, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London NIHR North West London Patient Safety Research Collaboration Patient Safety Watch, <https://www.imperial.ac.uk/Stories/global-state-patient-safety-2025/>

GROMADZENIE I ANALIZA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

II. PRAKTYKA ZBIERANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH W POLSCE

II. PRAKTYKA ZBIERANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH W POLSCE

1. CEL BADANIA

Celem opracowania jest zebranie i przedstawienie informacji na temat obecnego stanu gromadzenia i analizowania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach, po wejściu w życie obowiązku utworzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Jest to druga edycja badania, toteż jego celem jest również ocena jak zmieniła się sytuacja w szpitalach pomiędzy rokiem 2023 i 2024. Rzetelne przedstawienie aktualnej sytuacji oraz wyzwań posłuży również odpowiedzi na pytanie o potrzebę wdrożenia centralnego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych. Raport podsumowuje zbiorczo informacje na temat przygotowanych i zastosowanych procesów zgłaszania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach, ich jakości oraz funkcjonowania, a także służy określeniu czynników wpływających na przygotowanie i zaawansowanie procesu wdrożenia.

2. MATERIAŁY I METODY

Na początku 2026 r. RPP wysłał za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) II edycję ankiety do wszystkich szpitali w Polsce na temat gromadzenia i analizy zdarzeń niepożądanych. Pytania ankietowe dotyczyły głównie 2024 roku, czyli okresu, w którym wszedł obowiązek utworzenia wewnętrznych systemów zarządzania jakością i bezpieczeństwem wynikającym z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.⁵ Niektóre pytania odnosiły się również do 2023 r.

Podmioty lecznicze zostały poproszone o wypełnienie autorskiego kwestionariusza. Udział w badaniu był dobrowolny. Ankiety wypełniło 327 podmiotów leczniczych z 967⁶. Ankieta była anonimowa (dla zapewnienia jak największej liczby udzielonych odpowiedzi), jednakże szpitale mogły dobrowolnie podać swoje dane identyfikujące. 65 podmiotów podzieliło się swoimi danymi.

Kwestionariusz zawierał 38 pytań podzielonych na 8 części:

- Informacje wstępne o zdarzeniach niepożądanych
- Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych
- Zakres zbieranych danych na temat zdarzeń niepożądanych
- Analizowanie informacji o zdarzeniach niepożądanych
- Raportowanie zdarzeń niepożądanych
- Zdarzenia niepożądane w podmiocie
- System obsługujący zdarzenia niepożądane
- Informacje o szpitalu

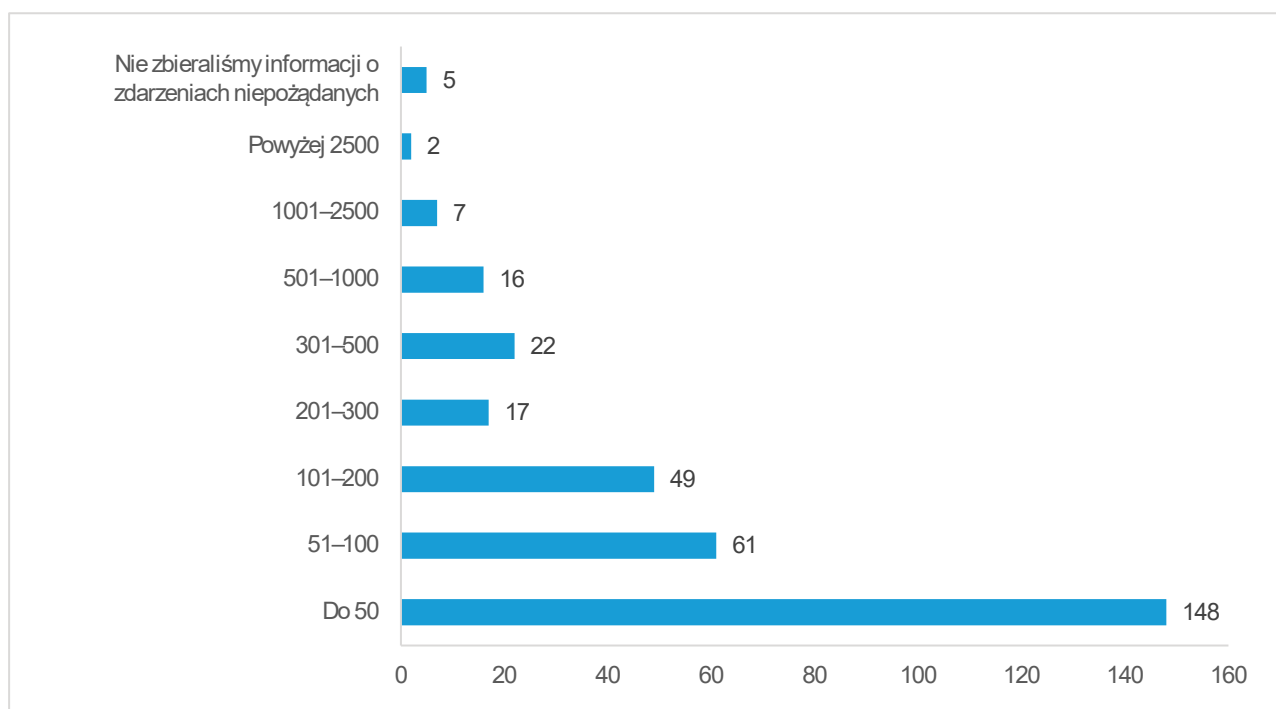
⁵ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)

⁶ Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 42) w 2025 r. w Polsce było 967 szpitali.

3. ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W SZPITALACH W POLSCE

Kluczowy wgląd w funkcjonowanie wewnętrznych systemów raportowania zdarzeń niepożądanych daje przekazana przez podmioty informacja o liczbie raportowanych zdarzeń niepożądanych, dlatego też podobnie jak w poprzedniej edycji ankiety szpitale zostały o to zapytane.

WYKRES 1 LICZBA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH W 2024 R.



W 2024 r. wszedł w życie obowiązek wprowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, od tego momentu każdy szpital, który ma podpisaną umowę z NFZ ma obowiązek zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych. Szacunkowo można wskazać, że w 967 szpitalach w Polsce w 2024 r. zebrano około 170 000 zdarzeń niepożądanych.⁷

W innym badaniu z 2025 r. szacunkowa liczba zdarzeń medycznych i zdarzeń niepożądanych u pacjentów hospitalizowanych w trybie stacjonarnym w Polsce w 2022 r. została określona pomiędzy 214 600 a 273 800.⁸

W 327 szpitalach, które wzięły udział w omawianej ankiecie, w 2024 r. zebrano informacje o około 58 000 zdarzeniach niepożądanych.⁹ Jest to wzrost w porównaniu do roku poprzedniego o około 14 000 zgłoszonych zdarzeń, czyli 20%. Wynika to m.in. z faktu, że 28 placówek zaczęło zbieranie informacji o zdarzeniach niepożądanych w 2024 r.

Uzyskane wyniki wskazują, że podobnie jak w roku poprzednim, największa grupa placówek zgromadziła do 50 zgłoszeń w ciągu roku. Szpitale te stanowiły 45,3% przebadanych podmiotów. Oznacza to, że niemal połowa badanych placówek odnotowała stosunkowo niewielką liczbę zgłoszeń.

⁷ Liczba została określona w następujący sposób: 178 (średnia liczba zdarzeń niepożądanych w szpitalu) x 967 (liczba szpitali).

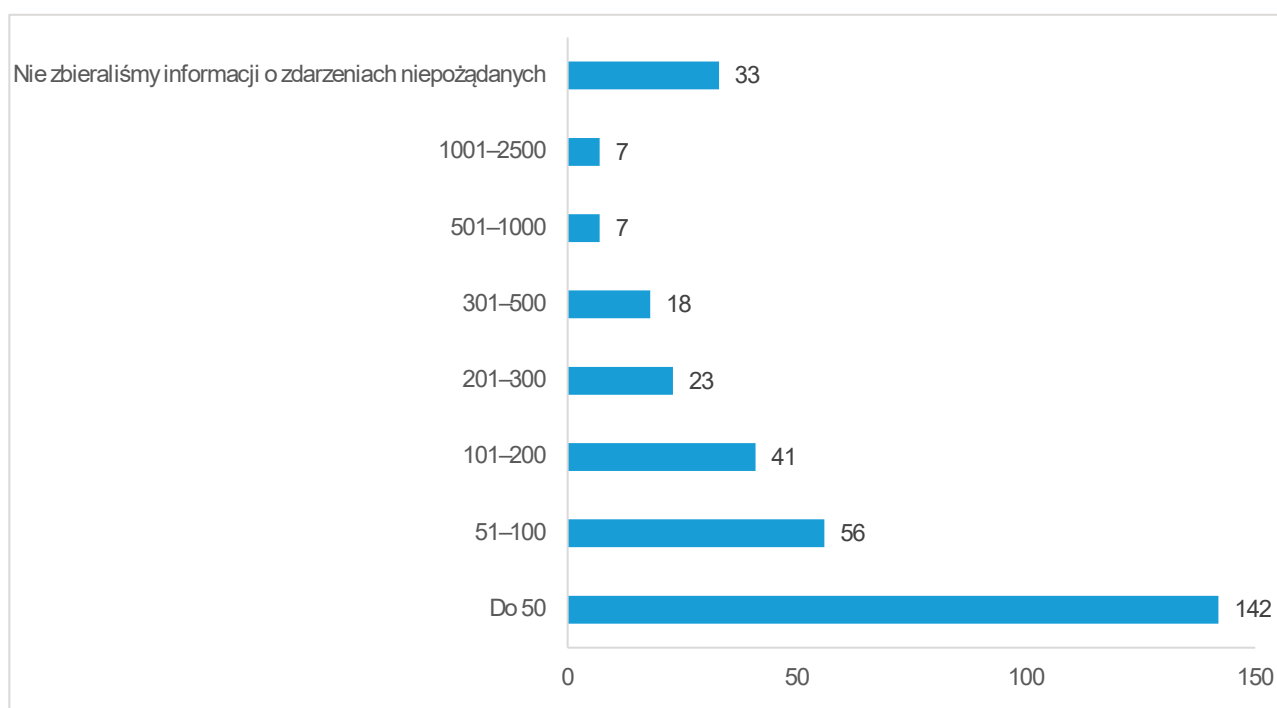
⁸ Waśniewski J., i Podlewski J., Zdarzenia medyczne w opiece zdrowotnej. Szacunek ilościowy dla Polski, „Journal of Modern Science”, 2025, t.63,

⁹ Szpitale mogły zaznaczyć liczbę zdarzeń niepożądanych zebranych w ciągu roku w 7 przedziałach. Do policzenia średniej liczby zdarzeń niepożądanych uwzględniono wartość połowy przedziału np. przedział 51 – 100 – średnia 75. Na tej podstawie została wyliczona średnia liczba zdarzeń niepożądanych zebrana w 327 szpitalach, które wzięły udział w badaniu.

Drugą pod względem liczebności kategorię stanowiły szpitale, w których zgromadzono od 51 do 100 zdarzeń (18,7%). Kolejne 15% podmiotów zadeklarowało liczbę 101–200 zdarzeń, natomiast 5% podmiotów wskazało przedział 201–300 zdarzeń.

Szpitale, które odnotowały powyżej 300 zdarzeń niepożądanych były w zdecydowanej mniejszości. Od 301 do 500 zdarzeń zgłosiło 22 szpitale, a od 501 do 1000 zdarzeń – 16 podmiotów. Przedział 1001–2500 zdarzeń wskazało jedynie 7 szpitali, natomiast powyżej 2500 zdarzeń niepożądanych odnotowały 2 podmioty, co świadczy o tym, że intensywne raportowanie zdarzeń niepożądanych jest prowadzone w pojedynczych placówkach. Pięć szpitali przyznało w ankiecie, że pomimo istnienia obowiązku, nie zbierało informacji o zdarzeniach niepożądanych.

WYKRES 2 LICZBA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH W 2023 R.



W sumie w 2023 r. zebrano w 327 szpitalach w Polsce informacje o około 44 000 zdarzeń niepożądanych.¹⁰ Wyniki wskazują, że w większości placówek liczba zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych była niewielka. Największą grupę stanowiły szpitale, które wskazały, że w ciągu roku zebrano do 50 zdarzeń niepożądanych, co stanowi 43,4% badanej próby. Kolejną grupę stanowiły szpitale, w których zgromadzono od 51 do 100 zdarzeń (17,1%) oraz od 101 do 200 zdarzeń niepożądanych w ciągu roku (12,5%).

Większą liczbę zgłoszeń odnotowano w stosunkowo niewielkiej liczbie placówek. Od 301 do 500 zdarzeń zgłosiło 18 podmiotów, natomiast zarówno przedział 501–1000, jak i 1001–2500 zdarzeń wskazało po 7 respondentów. Wyniki te świadczą o tym, że tylko nieliczne szpitale prowadzą intensywne raportowanie zdarzeń niepożądanych.

¹⁰ Szpitale mogły zaznaczyć liczbę zdarzeń niepożądanych zebranych w ciągu roku w 7 przedziałach. Do policzenia średniej liczby zdarzeń niepożądanych uwzględniono wartość połowy przedziału np. przedział 51 – 100 – średnia 75. Na tej podstawie została wyliczona średnia liczba zdarzeń niepożądanych zebrana w 327 szpitalach, które wzięły udział w badaniu.

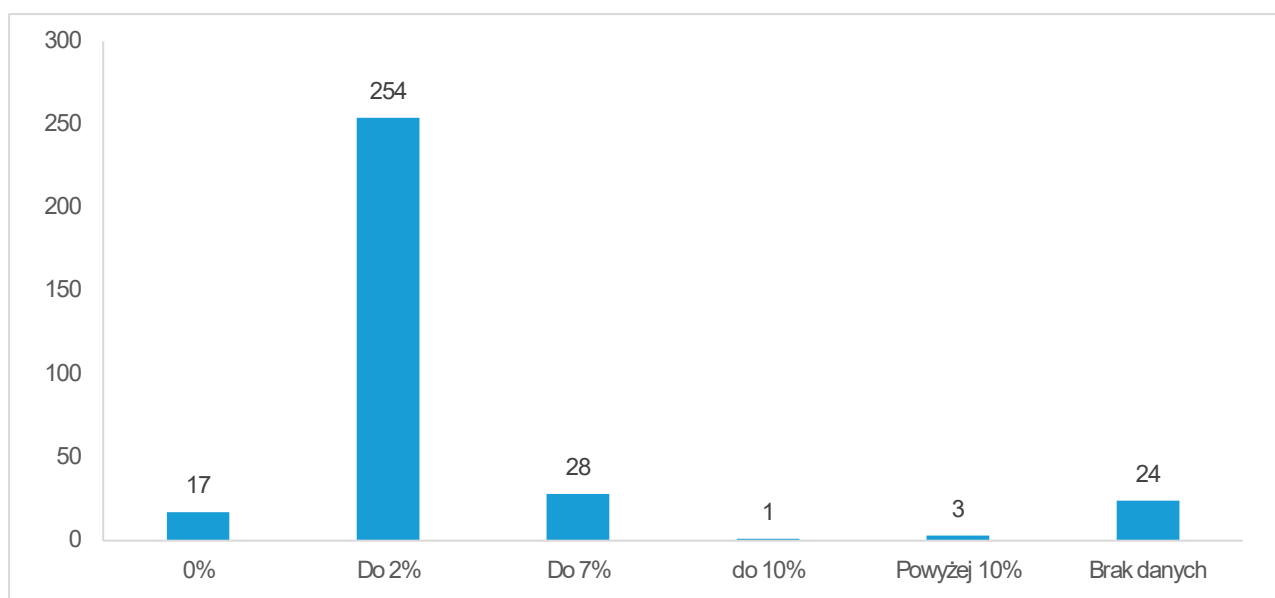
10% zadeklarowało, iż w ich placówce nie zbierano informacji o zdarzeniach niepożądanych w 2023 roku. Warto jednak zauważyć, że nie istniał jeszcze wtedy obowiązek dotyczący wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, wynikający z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta¹¹.

BADANIE TRENDU ZGŁASZANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH W POLSCE

Na podstawie danych zebranych przez szpitale w latach 2023 oraz 2024 porównano liczbę raportowanych zdarzeń niepożądanych w poszczególnych placówkach, co umożliwiło analizę trendów dotyczących zgłaszalności. Z uzyskanych informacji wynika, że w prawie 60% szpitali liczba corocznie zgłaszanych zdarzeń niepożądanych pozostała w takim samym przedziale wartości jak rok wcześniej, co świadczy o braku rozwoju systemu. W przypadku 36% podmiotów, które wzięły udział w ankiecie, nastąpił wzrost dynamiki raportowania zdarzeń niepożądanych. Tylko w 4% podmiotów odnotowano spadek zgłoszeń.

Porównanie wyników z lat 2023 i 2024 r. wskazuje na podobny rozkład zgłaszalności, przy jednoczesnym wzroście liczby placówek prowadzących rejestrację zdarzeń. Jednakże nadal liczba szpitali, które zbierają śladowe ilości zdarzeń niepożądanych jest bardzo duża. Niezależnie od wielkości szpitala tzn. liczby posiadanych łóżek i hospitalizacji, zareportowana liczba zdarzeń niepożądanych do 50 w ciągu roku nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji. Można powiedzieć, że mała liczba podmiotów leczniczych w Polsce posiada poprawnie działający rejestr zdarzeń niepożądanych. Jednakże co należy podkreślić, z zareportowanych danych wynika, że impuls do zmiany na lepsze został odnotowany.

WYKRES 3 LICZBA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH DO LICZBY HOSPITALIZACJI



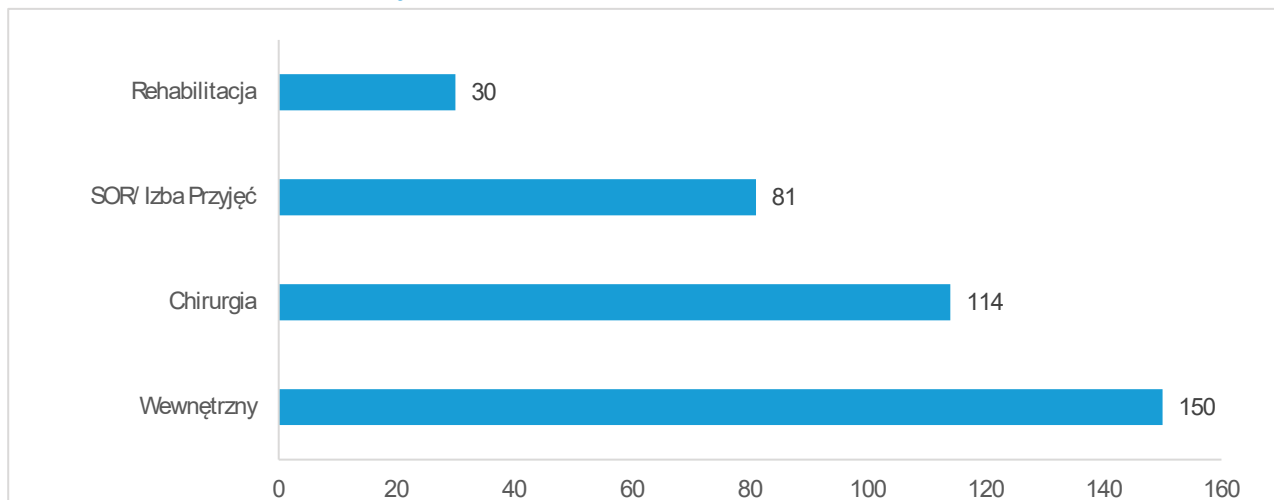
Wyniki dużych międzynarodowych badań wskazują, że nawet w 10% przypadków hospitalizacja wiąże się z wystąpieniem zdarzenia niepożądanego.¹² Dlatego też, by ocenić efektywność systemu gromadzącego informacje o zdarzeniach niepożądanych, szpitale zostały zapytane, ile wyniósł wskaźnik liczby zdarzeń niepożądanych w zestawieniu do liczby hospitalizacji w 2024 r. W większości placówek, jeśli zdarzenia te są raportowane, obejmuje to jedynie niewielką część wszystkich przypadków. 83% szpitali, które postanowiło podzielić się tą informa-

¹¹ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)

¹² Patient safety, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>; de Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & safety in health care*, 17(3), 216–223.

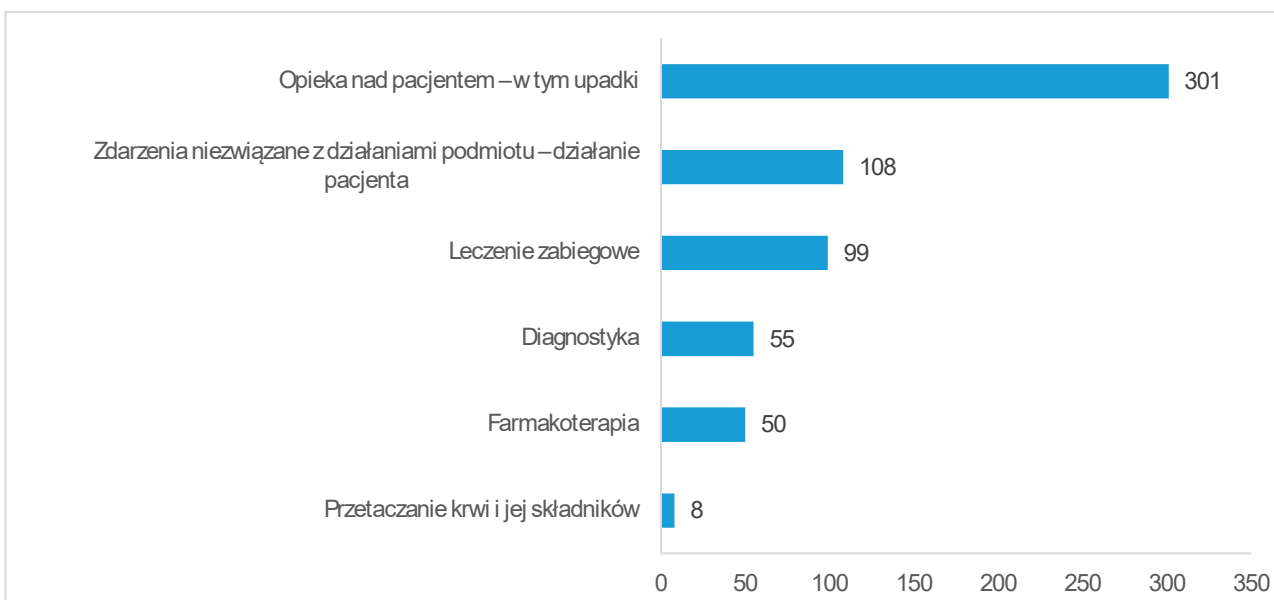
cją wskazało, że ich odsetek liczby zdarzeń niepożądanych do liczby hospitalizacji wyniósł do 2%. Jedynie 4 placówki wskazały, że w co najmniej 10% hospitalizacji odnotowano zdarzenie niepożądane. Średni odsetek liczby zdarzeń niepożądanych w stosunku do liczby hospitalizacji wyniósł 0,013%.

WYKRES 4 ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH



Szpitalne zostały poproszone o podanie 2 oddziałów szpitalnych, na których najczęściej identyfikowane są zdarzenia niepożądane. Respondenci wskazali, że najwięcej zdarzeń niepożądanych odnotowuje się na oddziałach wewnętrznych, wskazało tak 45% podmiotów. Na drugim miejscu znalazły się oddziały chirurgii (ogólnej, neurochirurgii, urazowo-ortopedycznej etc.), które wskazało 34% placówek. Na trzecim miejscu były Szpitalny Oddział Ratunkowy lub Izba Przyjęć (25%). Dla porównania z poprzedniej edycji ankiety wynikało, że najwięcej zgłoszeń zdarzeń niepożądanych jest na oddziałach chirurgii, a następnie na oddziałach wewnętrznych.

WYKRES 5 NAJCZĘŚCIEJ ZGŁASZANE KATEGORIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



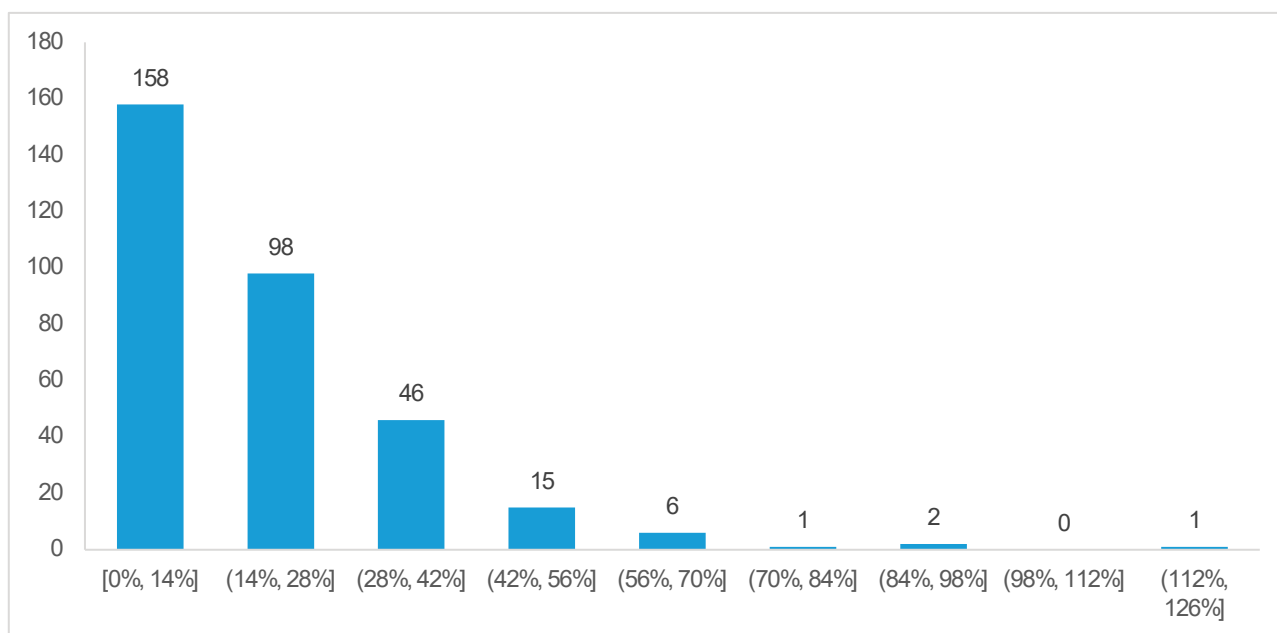
W ankiecie szpitale wskazały 2 najczęściej zgłaszane kategorie zdarzeń niepożądanych w podmiocie.¹³ Ponad 90% placówek zaznaczyło, że najwięcej zdarzeń niepożądanych odnotowuje się w opiece nad pacjentem, w tym w zakresie upadków. Na drugim miejscu (30%) znalazły się zdarzenia związane z działaniem pacjenta, czyli wszelka aktywność podejmowana przez pacjenta niezwiązana bezpośrednio z leczeniem podczas udzielania świadczeń. Na trzecim miejscu znalazło się leczenie zabiegowe jako często zgłaszaną kategorię zdarzeń niepożądanych w podmiocie. Dane z międzynarodowych badań pokazują, że najwięcej zdarzeń niepożądanych w szpitalach związanych jest z operacjami (39,6%) oraz z produktami leczniczymi (15,1%).¹⁴

Dla porównania w poprzedniej edycji badania podmioty lecznicze zgłosiły, że najczęstszą kategorią zdarzeń niepożądanych były te związane z działalnością kliniczną. Prawie 17% podmiotów wskazało zdarzenia związane z diagnostyką jako często odnotowywane, podobnie jak w przypadku farmakoterapii.

UPADKI JAKO ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W SZPITALACH

Z badania wynika, że w szpitalach najczęściej zgłaszane są zdarzenia niepożądane niezwiązane bezpośrednio z działalnością kliniczną. Raportowane są kwestie związane z opieką i działaniami pacjenta. W badaniu pytano, ile upadków odnotowano w placówce w 2024 r., gdyż upadki stanowią istotną część raportowanych zdarzeń niepożądanych przez szpitale.

WYKRES 6 PODMIOTY W PODZIALE ZE WZGLĘDU NA UDZIAŁ UPADKÓW W LICZBIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



¹³ UKategorie zdarzeń niepożądanych wynikają z przygotowanej przez Rzecznika Praw Pacjenta wraz z ekspertami klasyfikacji zdarzeń niepożądanych: <https://www.gov.pl/web/rpp/klasyfikacja-zdarzen-niepozadanych>

¹⁴ de Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & safety in health care*, 17(3), 216–223.

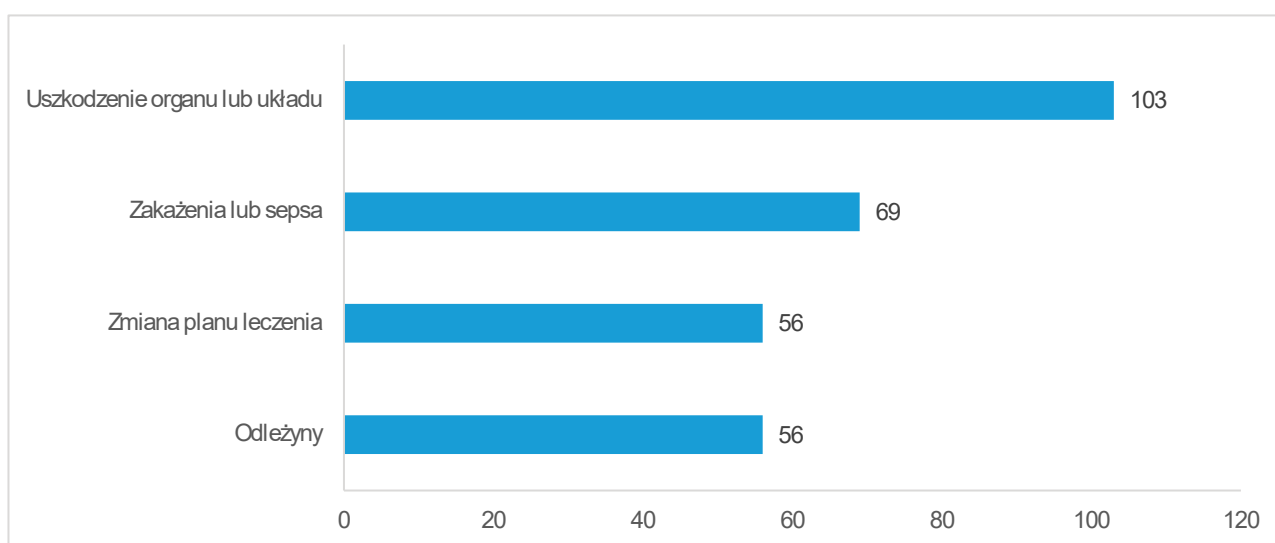
Szpitala, odpowiadając na pytanie dotyczące liczby zdarzeń niepożądanych, mogły wskazać jeden z 7 zaproponowanych przedziałów liczbowych. Na potrzeby analizy przyjęto maksymalną wartość przedziału zadeklarowanego przez dany podmiot i zestawiono ją z liczbą zgłoszonych upadków w 2024 r. Uzyskane wyniki wskazują, że w blisko 50% badanych podmiotów udział upadków w ogólnej liczbie zdarzeń niepożądanych wynosił od 0% do 14%. W kolejnych 30% szpitali udział ten mieścił się w przedziale od 14% do 28%. Natomiast w 9 placówkach upadki stanowiły od 56% do 100% wszystkich zgłoszonych zdarzeń niepożądanych.

W 1 przypadku udział liczby upadków przekroczył 100% liczby zgłoszonych zdarzeń niepożądanych. Taki wynik najprawdopodobniej świadczy o różnicach w sposobie klasyfikowania i raportowania zdarzeń, ponieważ część podmiotów może ewidencjonować upadki odrębnie i nie zaliczać ich do ogólnej kategorii zdarzeń niepożądanych. Wskazuje to na brak pełnej standaryzacji systemu raportowania, co utrudnia bezpośrednie porównywanie wyników pomiędzy szpitalami.

Istotnym zagadnieniem pozostaje wyjaśnienie, dlaczego zdarzenia związane z opieką nad pacjentem, w tym upadki oraz działania pacjenta, stanowią tak znaczący odsetek wszystkich zdarzeń niepożądanych. Jednym z możliwych wyjaśnień jest specyfika działalności poszczególnych szpitali. Profil kliniczny niektórych placówek wiąże się z większym ryzykiem występowania upadków, zwłaszcza w szpitalach prowadzących oddziały neurologiczne, geriatryczne lub hospitalizujących dużą liczbę pacjentów w podeszłym wieku. W takich przypadkach wysoki odsetek upadków może odzwierciedlać przede wszystkim charakterystykę populacji pacjentów.

Drugą możliwą przyczyną jest sposób funkcjonowania systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz kultura bezpieczeństwa w organizacji. Personel może częściej zgłaszać zdarzenia, których wystąpienie było w znacznym stopniu niezależne od działań pracowników lub organizacji szpitala, takie jak upadki pacjenta. Zdarzenia te mogą być postrzegane jako mniej obciążające dla personelu niż incydenty będące konsekwencją błędów organizacyjnych lub medycznych, co może prowadzić do selektywnego raportowania poszczególnych kategorii zdarzeń niepożądanych.

WYKRES 7 SKUTKI ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



Najczęściej raportowanym skutkiem zdarzeń niepożądanych w szpitalach w 2024 r. było uszkodzenie organu lub układu, na drugim miejscu znalazło się zakażenie lub sepsa. Dalej znalazły się skutki w postaci odleżyn oraz zmiana planu leczenia. Zgon nie należy do kategorii skutków zdarzeń niepożądanych najczęściej odnotowywanych. Co zaskakujące, 60% szpitali nie odnotowuje zgonów pacjentów w ogóle jako skutku zdarzenia niepożądanego.

Dla porównania z danych międzynarodowych wynika, że najczęściej skutki zdarzeń niepożądanych w większości są przejściowe i minimalne lub nie powodują szkód dla pacjentów. U 21,2% osób dotkniętych zdarzeniami wystąpiło umiarkowane upośledzenie. 7,3% zdarzeń niepożądanych skutkowało trwałym upośledzeniem. Zgon wystąpił u 7,3% pacjentów dotkniętych co najmniej jednym zdarzeniem niepożądanym.¹⁵

ZAKAŻENIA W SZPITALACH

Zakażenia w klasyfikacji zdarzeń niepożądanych przygotowanej przez RPP wraz z ekspertami¹⁶ zostały zaklasyfikowane jako skutki zdarzeń niepożądanych. Z odpowiedzi szpitali wynika, że zakażenia nie są traktowane przez część podmiotów jako zdarzenia niepożądane, ale są raportowane i analizowane oddzielnie.

Zgodnie z przepisami¹⁷, na kierowników szpitali został nałożony obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach oraz prowadzenia rejestru. Kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani m.in. do: monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych, sporządzania i przekazywania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych.¹⁸ Z danych GIS wynika, że w 2024 r. zgłoszono 1959 szpitalnych ognisk epidemicznych.¹⁹

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W STATYSTYCZNYM SZPITALU W POLSCE

W statystycznym szpitalu w Polsce w 2024 r. zebrano 178 zdarzeń niepożądanych. Najczęściej zdarzenia niepożądane dotyczą opieki nad pacjentem na oddziale wewnętrznym. Jeżeli dochodzi do zdarzenia niepożądanego najczęstszym skutkiem jest uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. Zdarzenia niepożądane raportowane są w małym odsetku hospitalizacji. Dane o zdarzeniach niepożądanych zbierane są w różny sposób – zarówno przez wewnętrzny system, jaki i papierowo. Na pewnym etapie zapewniana jest anonimowość zgłaszanych zdarzeń niepożądanych. Analizą zdarzeń niepożądanych zajmują się gremia kolegialne, czyli zespoły i komisje.

¹⁵ Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. BMC Health Serv Res 18, 521 (2018).

¹⁶ <https://www.gov.pl/web/rpp/klasyfikacja-zdarzen-niepozadanych>

¹⁷ Art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U. 2025 poz. 1675)

¹⁸ art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U. 2025 poz. 1675)

¹⁹ Raport z działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zdrowia publicznego za 2024 rok, <https://www.gov.pl/web/gis/raport---stan-sanitarny-kraju>

4. INFORMACJE PODSTAWOWE O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

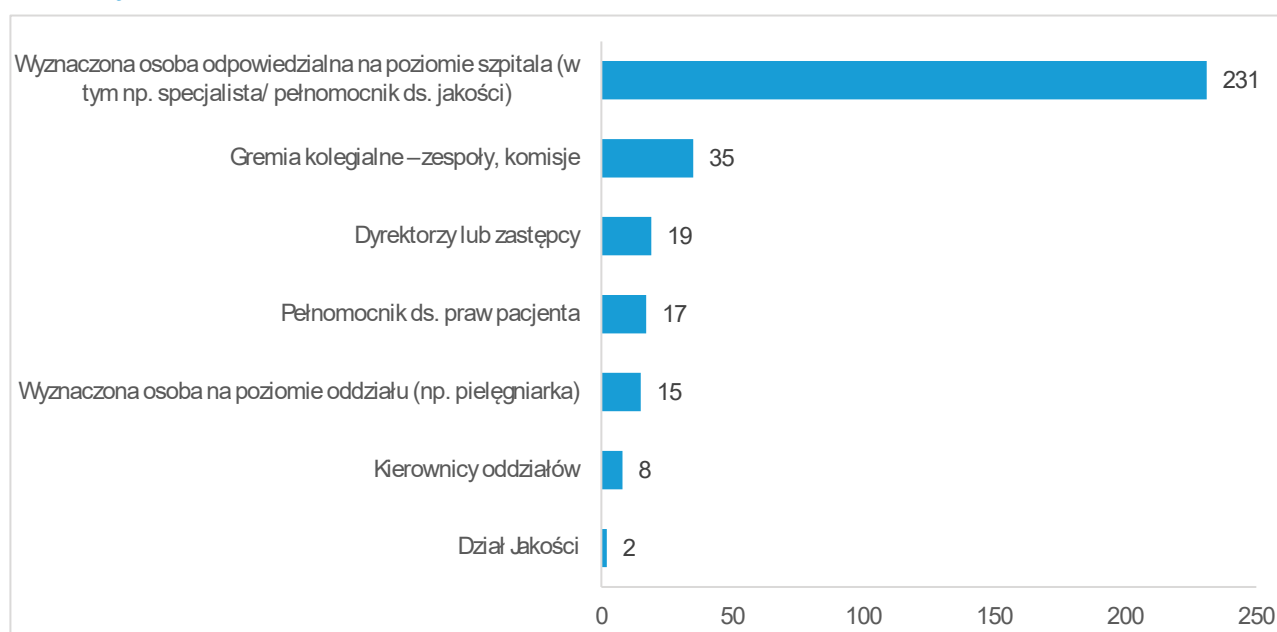
UMOCOWANIE WEWNĘTRZNEGO SYSTEMU RAPORTOWANIA O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

Od 30 czerwca 2024 r. szpitale zostały zobowiązane do wdrożenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w ramach którego podmioty lecznicze powinny zbierać informacje na temat zdarzeń niepożądanych.²⁰ W prawie wszystkich badanych szpitalach system raportowania o zdarzeniach niepożądanych jest umocowany w procedurze wewnętrznej dla całego szpitala.

DOKUMENTY TWORZĄCE SYSTEM RAPORTOWANIA O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

Prawie wszystkie ankietowane szpitale określiły w dokumentach wewnętrznych ustandaryzowany system zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz stosowaną w danym podmiocie leczniczym klasyfikację/katalog zdarzeń niepożądanych. Ponad 90% podmiotów posiada ustandaryzowaną metodykę przeprowadzania analizy zdarzeń niepożądanych. Około 80% szpitali określiło w dokumentach monitorowanie wdrażania zaleceń po analizie zdarzenia niepożądanego oraz schemat komunikowania personelowi wniosków z analizy.

WYKRES 8 OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA GROMADZENIE INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH W PODMIOCIE



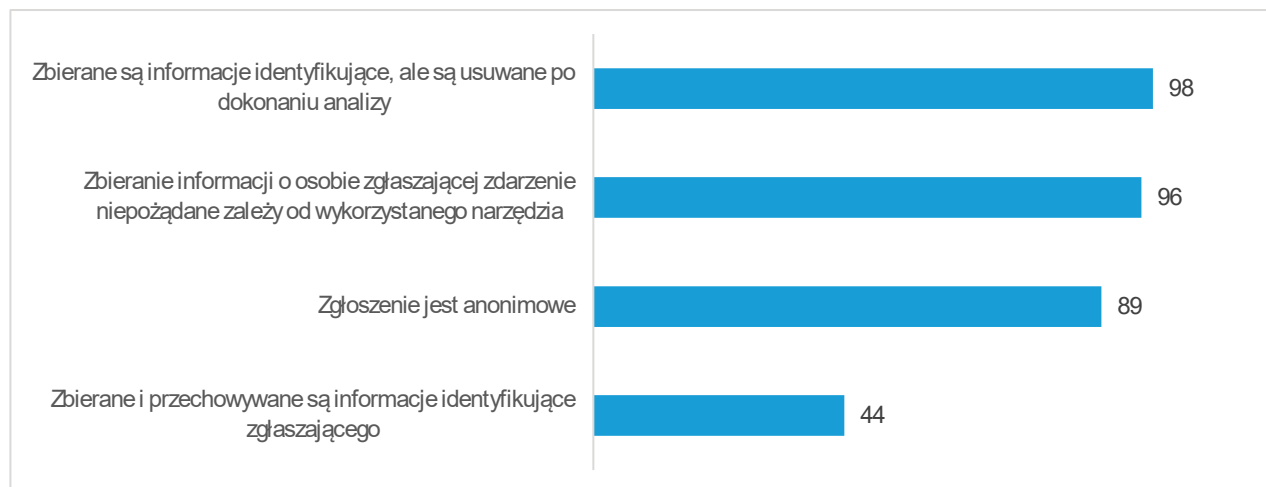
W prawie 70% szpitali osobą odpowiedzialną za gromadzenie informacji o zdarzeniach niepożądanych jest wyznaczony pracownik szpitala – np. specjalista/pełnomocnik ds. jakości. W prawie 10% podmiotów leczniczych zajmują się tym gremia kolegialne, czyli zespoły i komisje.

ŹRÓDŁA ZBIERANIA INFORMACJI NA TEMAT ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALACH

We wszystkich szpitalach personel medyczny może zgłaszać zdarzenia niepożądane. W prawie 95% podmiotów również personel administracyjny może zgłaszać te zdarzenia. Oprócz bezpośrednich zgłoszeń o zdarzeniach niepożądanych w ponad 86% szpitali informacje pochodzą z indywidualnych skarg i wniosków od pacjentów. W prawie 80% podmiotów leczniczych dane zbierane są również z badań opinii pacjentów, a także spraw rozpatrywanych przez RPP. W prawie 80% szpitali źródłem informacji o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego jest przegląd dokumentacji. Znacznie mniej szpitali wykorzystuje dane z postępowań sądowych (60%) i informacje od ubezpieczyciela szpitala (prawie 50%) do wychwytywania zdarzeń niepożądanych w podmiocie leczniczym.

²⁰ Art. 18 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692)

WYKRES 9 ANONIMOWOŚĆ ZGŁOSZEŃ O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH



W ponad 87% szpitali anonimowość osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane jest zapewniona w pełnym zakresie, na określonym etapie procesu lub zależy od wykorzystywanego narzędzia do zgłaszania. W 30% szpitali zbierane są informacje identyfikujące, ale są usuwane po dokonaniu analizy. W porównywalnej liczbie podmiotów zbieranie informacji o osobie zgłaszającej zdarzenie niepożądane zależy od wykorzystanego narzędzia. 27% szpitali umożliwia całkowicie anonimowe zgłaszanie zdarzeń niepożądanych. Tylko w 13% podmiotów leczniczych zbierane i przechowywane są informacje identyfikujące zgłaszającego zdarzenia niepożądane. Zapewnienie anonimowości osobom zgłaszającym jest bardzo korzystne, ponieważ zwiększa zgłaszalność zdarzeń niepożądanych, a także poczucie bezpieczeństwa osób zgłaszających.

5. ZAKRES ZBIERANYCH DANYCH NA TEMAT ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

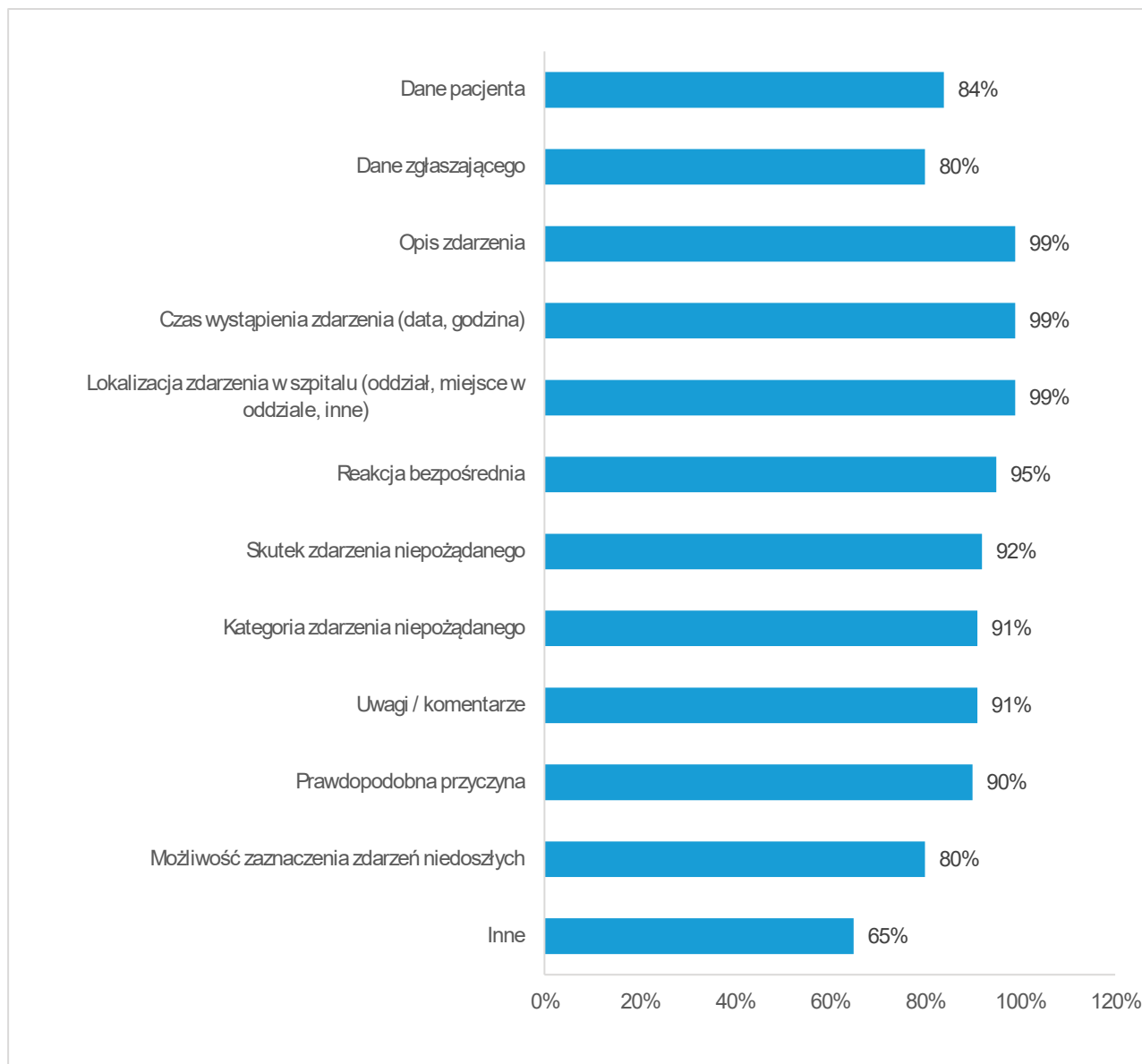
JAKIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE SĄ ZBIERANE?

Zdarzenia niepożądane można podzielić na:

- Zdarzenia niepożądane, których konsekwencje osiągnęły pacjenta (spowodowały szkodę);
- Zdarzenia niepożądane, które osiągnęły pacjenta, ale nie wywołały szkody;
- Zdarzenia niepożądane, które potencjalnie mogły się wydarzyć (niedoszło, które nie spowodowały szkody).

Ponad 92% szpitali zbiera informacje o wszystkich rodzajach zdarzeń niepożądanych. Tylko niecałe 10% zbiera informacje wyłącznie o zdarzeniach, których konsekwencje osiągnęły pacjenta.

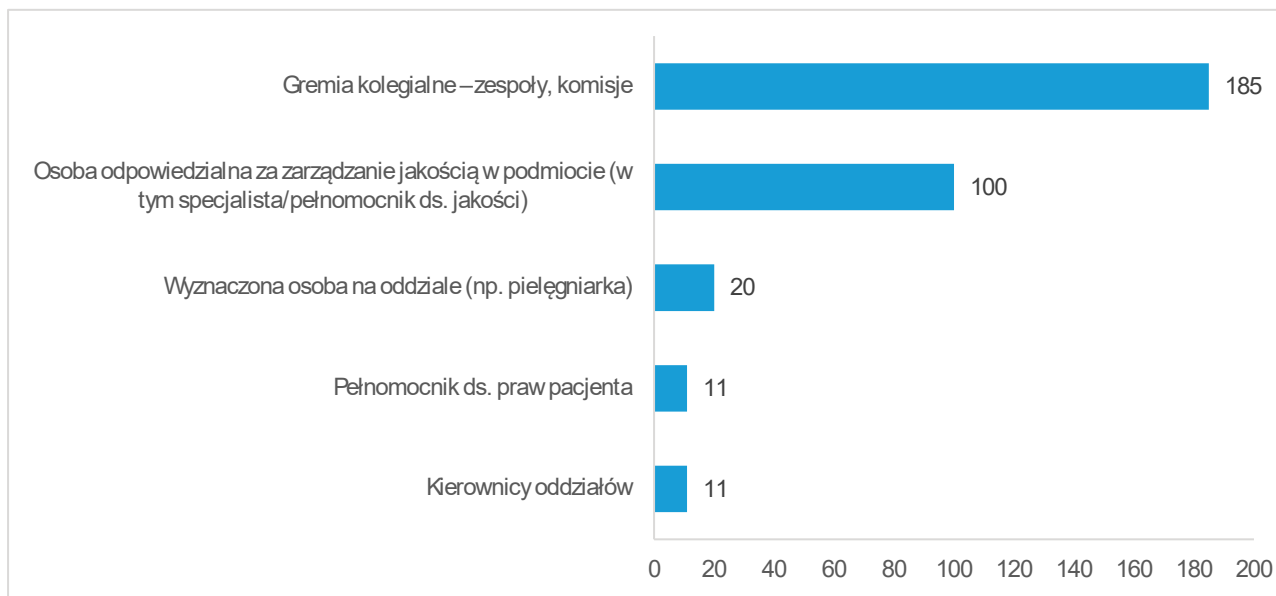
WYKRES 10 FORMULARZ DO ZGŁASZANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



W prawie wszystkich szpitalach, formularz do zgłaszania zdarzeń niepożądanych zawiera miejsce, gdzie można wpisać opis zdarzenia, czas i miejsce jego wystąpienia oraz lokalizację. W ponad 90% podmiotów leczniczych osoba zgłaszająca może podać w formularzu informacje dotyczące reakcji bezpośredniej, skutków zdarzenia niepożądanego, kategorii i jego prawdopodobnej przyczyny.

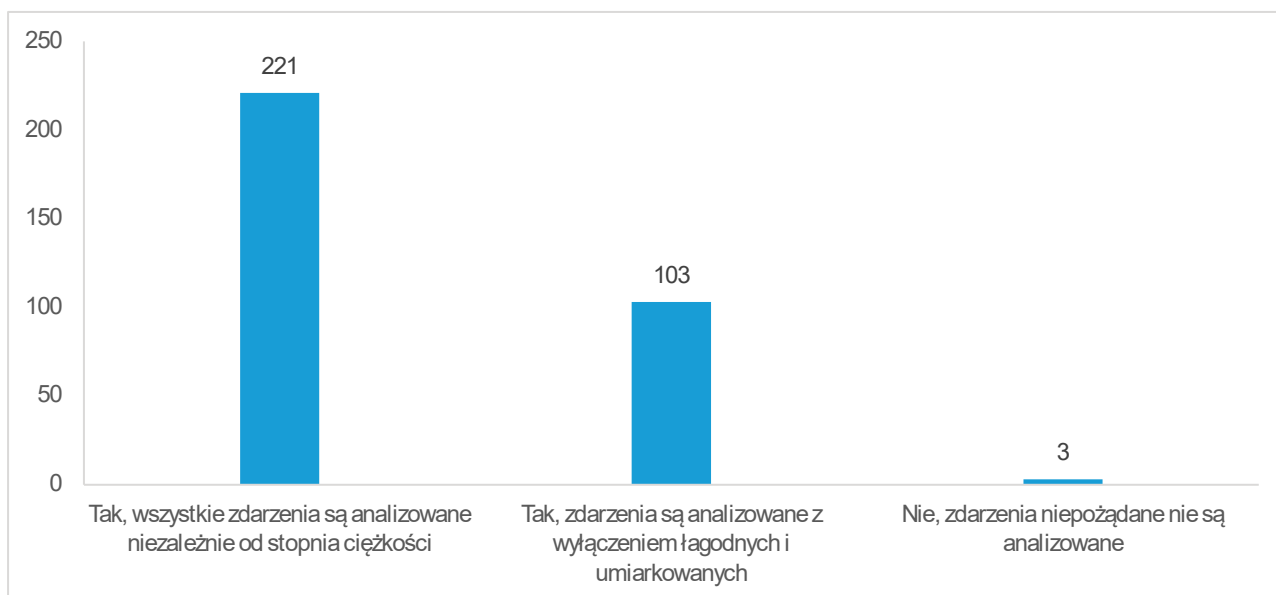
6. ANALIZOWANIE INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

WYKRES 11 KTO ODPOWIADA ZA ANALIZĘ ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



Za analizę zdarzeń niepożądanych w prawie 60% szpitali odpowiadają gremia kolegialne, czyli zespoły i komisje. W ponad 30% podmiotów obowiązek ten spoczywa na osobie odpowiedzialnej za zarządzanie jakością, w tym specjalista/pełnomocnik ds. jakości. W ponad 60% szpitali analiza zdarzeń niepożądanych przebiega przy wykorzystaniu specjalistycznych narzędzi, co jest dobrym kierunkiem ze względu na możliwość poprawnego identyfikowania ryzyk i przyczyn zdarzeń niepożądanych.

WYKRES 12 RODZAJ ANALIZOWANYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



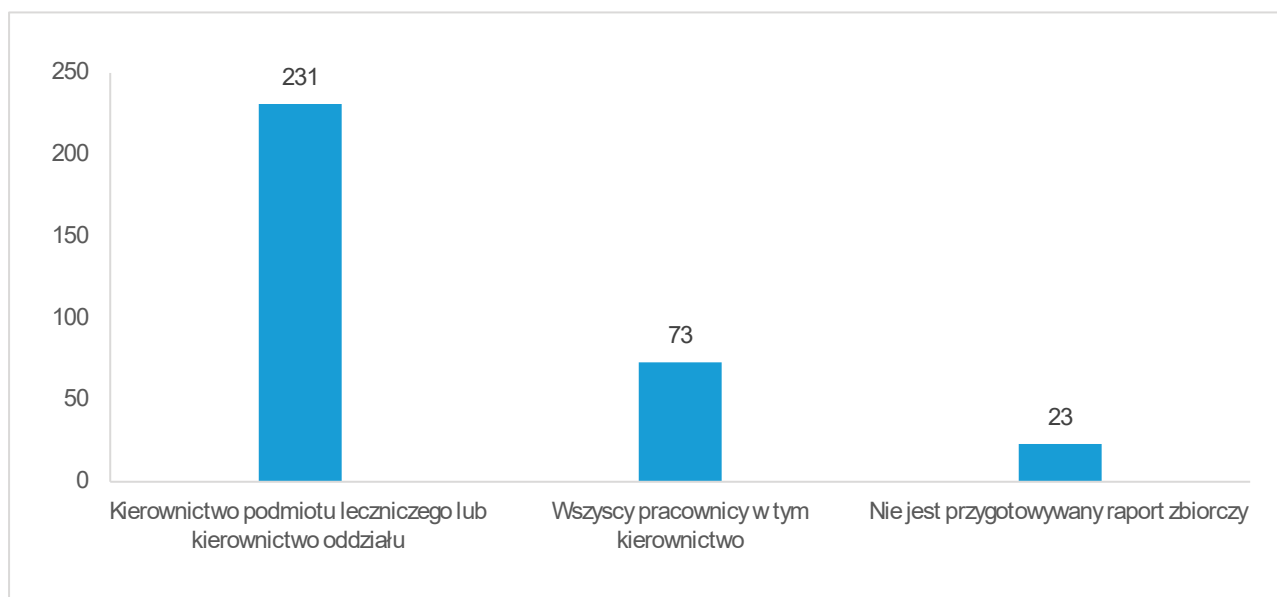
W ponad 66% szpitali wszystkie zdarzenia niepożądane są poddawane analizie. W ponad 30% analizuje się jedynie ciężkie zdarzenia niepożądane. W 3 podmiotach zdarzenia niepożądane nie są analizowane.

DALSZE KROKI PO ANALIZIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

W 85% podmiotów monitorowana jest skuteczność wdrażanych zaleceń. W 80% szpitali przygotowywany jest raport zbiorczy po analizie zdarzeń niepożądanych. W 75% szpitali po analizie zdarzenia niepożądanego wydawane są indywidualne zalecenia, a później te zalecenia są wdrażane. W 3 podmiotach nie są wydawane żadne zalecenia i nie są przygotowywane raporty zbiorcze.

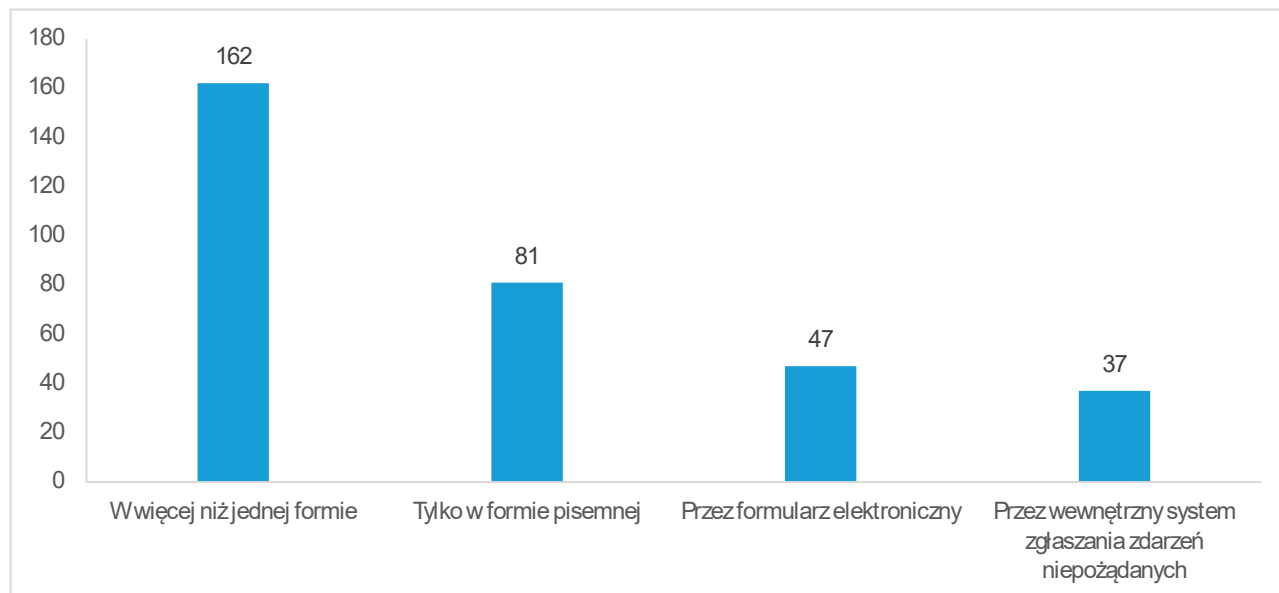
Warto podkreślić, że celem zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych jest wyciąganie wniosków oraz zapobieganie podobnym zdarzeniom w przyszłości, co wymaga formułowania zaleceń stanowiących podstawę do wdrożenia niezbędnych zmian w podmiocie leczniczym.

WYKRES 13 ODBIORCY RAPORTU ZBIORCZEGO



W ponad 90% szpitali jest przygotowywany raport zbiorczy i w ponad 70% podmiotów otrzymuje go kierownictwo podmiotu leczniczego lub kierownictwo oddziałów. W 22% szpitali taki dokument otrzymują wszyscy pracownicy. Niestety w prawie 10% szpitali nie jest tworzony raport zbiorczy na temat zdarzeń niepożądanych. Brak takiego dokumentu uniemożliwia identyfikację obszarów do poprawy w danej placówce i wyciąganie wniosków systemowych, dotyczących niezbędnych zmian w kontekście zdarzeń niepożądanych.

7. SYSTEMY OBSŁUGUJĄCE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

WYKRES 14 FORMA ZGŁASZANIA INFORMACJI O ZDARZENIACH NIEPOŻĄDANYCH

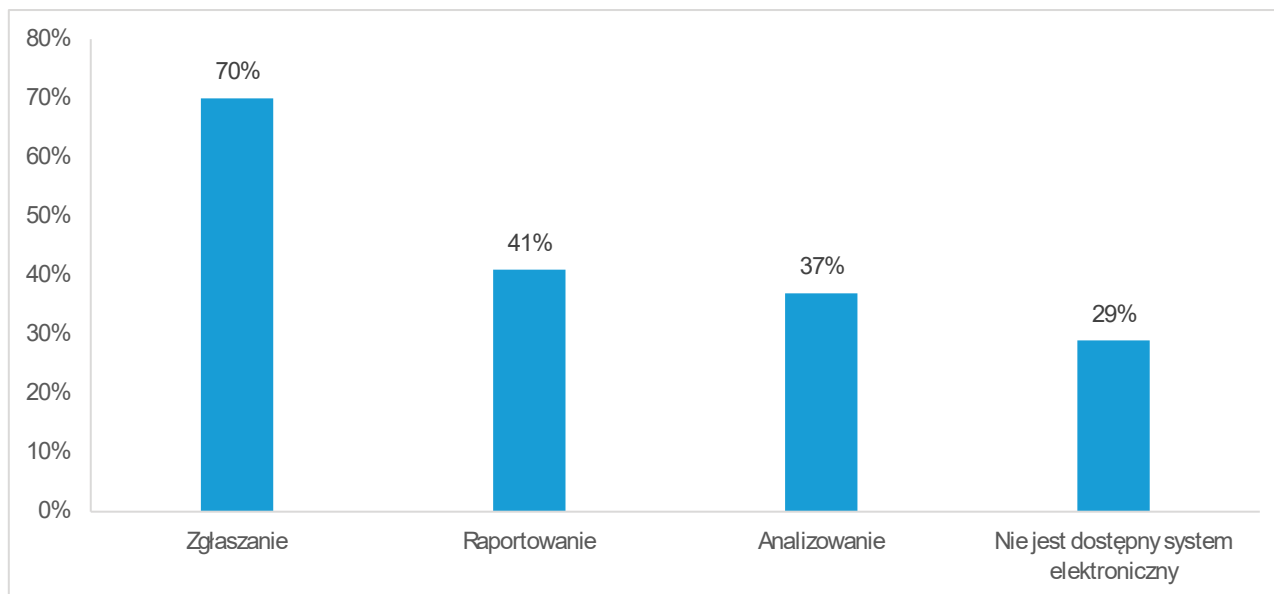
Największa grupa szpitali (50%) wskazała, że w ich miejscu pracy zgłoszenia zdarzeń niepożądanych odbywają się w więcej niż jednej formie, czyli w modelu mieszanym. Oznacza to, że placówki równolegle wykorzystują rozwiązania papierowe i elektroniczne, dostosowując sposób zgłaszania do osoby, która zgłasza informację lub do dostępnych narzędzi informatycznych.

Stosowanie formularza elektronicznego jako jedynej formy zgłaszania zadeklarowało 14% szpitali, natomiast wewnętrzny system zgłaszania zdarzeń niepożądanych wskazało 11% podmiotów. Wyniki te pokazują, że wyłącznie elektroniczne sposoby zgłaszania są nadal stosunkowo rzadkie i obejmują jedynie około 25% badanych.

Aż 25% szpitali zbiera informacje o zdarzeniach niepożądanych wyłącznie w formie papierowej. W porównaniu do poprzedniej edycji (40%), oznacza to znaczący spadek takich podmiotów, co jest pożądanym trendem. Wciąż jednak zbieranie informacji o zdarzeniach jedynie w takiej formie świadczy to o ograniczonym stopniu informatyzacji szpitali w tym zakresie, a także niesie ze sobą duże ryzyka związane z dostępem do narzędzi umożliwiających zgłaszanie, a także ograniczonymi możliwościami analizy zgłoszeń.

Odpowiedzi szpitali świadczą o stopniowej cyfryzacji procesów raportowania zdarzeń niepożądanych, jednak bez całkowitego odejścia od tradycyjnej dokumentacji.

WYKRES 15 WEWNĘTRZNY SYSTEM ELEKTRONICZNY



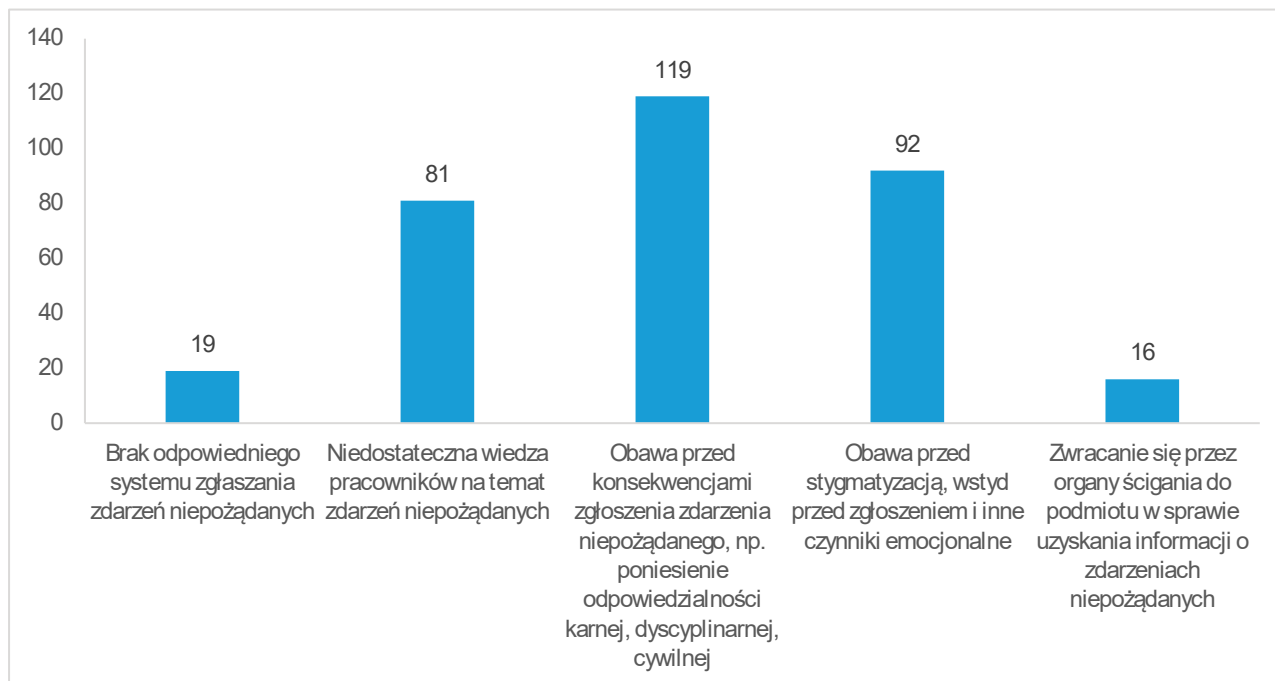
Wewnętrzny system elektroniczny najczęściej służy do zgłaszania zdarzeń (70%), natomiast znacznie rzadziej wspiera kolejne etapy zarządzania zdarzeniami, takie jak analiza czy raportowanie. Świadczy to o tym, że podstawową funkcją systemów informatycznych w badanych jednostkach jest umożliwienie personelowi rejestracji incydentów. Kolejną najczęściej wskazywaną funkcjonalnością jest raportowanie, które zadeklarowało ponad 40% respondentów. Jeszcze rzadziej systemy elektroniczne wykorzystywane są do analizowania zgłoszonych zdarzeń, co wskazało prawie 40% respondentów. Wynik ten sugeruje, że w wielu placówkach analiza zdarzeń odbywa się poza systemem elektronicznym lub z wykorzystaniem innych narzędzi.

Na uwagę zasługuje również fakt, że niespełna 30% respondentów zadeklarowało brak elektronicznego systemu obsługi zdarzeń niepożądanych w miejscu pracy. Oznacza to, że niemal co trzecia placówka nadal opiera proces zgłaszania i zarządzania zdarzeniami na rozwiązaniach tradycyjnych lub nie posiada dedykowanego narzędzia informatycznego.

W porównaniu do poprzedniego badania zauważono rozwój wewnętrznych systemów elektronicznych. O 13 punktów procentowych (p.p.) spadła liczba szpitali, w których nie funkcjonuje wewnętrzny system. O 25 p.p. wzrosła liczba szpitali, w których można zgłaszać zdarzenia niepożądane poprzez wewnętrzny system. Największą zmianę zaobserwowano w zakresie wykorzystania systemu do raportowania zdarzeń niepożądanych, gdzie liczba szpitali wzrosła o 31 p.p. W poprzednim badaniu tylko 7 podmiotów wykorzystywało wewnętrzny system do analizy zdarzeń niepożądanych. Obecnie odnotowano wzrost o prawie 37 p.p.

8. PROBLEMY, WYZWANIA I OCZEKIWANIA

WYKRES 16 PRZYCZYNY TRUDNOŚCI W ZGŁASZANIU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



Podobnie jak w poprzedniej edycji badania, wyniki wskazują, że trudności szpitali w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych mają przede wszystkim charakter psychospołeczny i są związane z obawą przed konsekwencjami zgłoszenia oraz niewystarczającą kulturą bezpieczeństwa w placówkach, a także kwestiami związanymi z edukacją personelu.

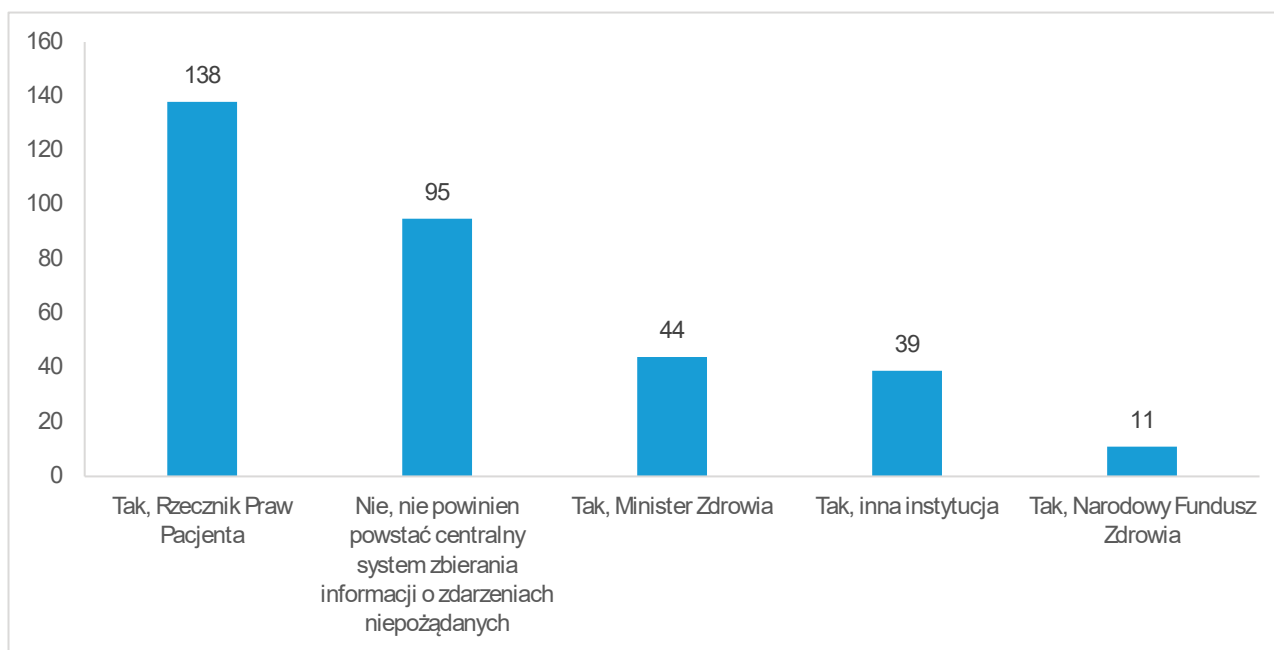
Najczęściej wskazywaną przyczyną była obawa przed konsekwencjami zgłoszenia zdarzenia niepożądanego, takimi jak możliwość poniesienia odpowiedzialności karnej, dyscyplinarnej czy cywilnej.²¹ Czynnikiem ten wskazało 36% szpitali, co czyni go najistotniejszą barierą w procesie raportowania. Wynik ten świadczy o utrzymującym się przekonaniu personelu, że zgłoszenie zdarzenia może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami osobistymi, co może ograniczać gotowość do otwartego raportowania.

Drugą najczęstszą przyczyną trudności w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych była obawa przed stygmatyzacją, wstyd przed zgłoszeniem, które zostały wskazane przez 28% podmiotów. Otrzymany wynik podkreśla znaczenie czynników psychologicznych i kultury organizacyjnej, w której zgłaszanie błędów nadal może być postrzegane jako przyznanie się do winy, a nie element procesu doskonalenia jakości opieki. Może wynikać to również z faktu, że kultura organizacyjna wymusza na pracowniku brak raportowania np. kadra zarządzająca nie widzi korzyści związanych z procesem zgłaszania i analizy zdarzeń niepożądanych. Kolejną istotną barierą okazała się niedostateczna wiedza pracowników na temat zdarzeń niepożądanych, wskazana przez 25% szpitali.

²¹ Podmioty mogły zaznaczyć więcej niż jedną przyczynę trudności.

Zwracanie się przez organy ścigania do podmiotów w sprawie uzyskania informacji o zdarzeniach niepożądanych podobnie jak w poprzedniej edycji badania, nie było wskazywane przez szpitale jako trudność w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych, ponieważ zgłosiło ją niecałe 5% podmiotów. Oznacza to, że aspekt ten ma stosunkowo niewielkie znaczenie w porównaniu z obawami dotyczącymi odpowiedzialności i reakcji środowiska zawodowego.

WYKRES 17 CENTRALNY SYSTEM ZBIERAJĄCY DANE NA TEMAT ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



Centralny system gromadzenia informacji o zdarzeniach niepożądanych odgrywa kluczową rolę w poprawie bezpieczeństwa pacjentów, ponieważ pozwala na identyfikację powtarzających się błędów oraz czynników ryzyka występujących w różnych podmiotach leczniczych.²² Scentralizowane gromadzenie danych o zdarzeniach daje systemom ochrony zdrowia istotne możliwości wyciągania wniosków ze zdarzeń związanych z bezpieczeństwem oraz poprawy wyników leczenia.²³ Analiza danych pochodzących z wielu placówek umożliwia formułowanie wniosków o charakterze systemowym oraz wdrażanie działań profilaktycznych, które przyczyniają się do zwiększenia poziomu bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w skali całego kraju.²⁴ Centralizacja procesu gromadzenia danych wspiera również rozwój kultury bezpieczeństwa opartej na otwartości i uczeniu się na doświadczeniach. Podejście to koncentruje się na analizie przyczyn i mechanizmów prowadzących do wystąpienia zdarzeń, zamiast przypisywania winy poszczególnym pracownikom, co sprzyja doskonaleniu praktyk klinicznych i organizacyjnych.²⁵ Ponadto zgromadzone dane umożliwiają porównywanie wyników pomiędzy placówkami ochrony zdrowia oraz monitorowanie skuteczności działań podejmowanych na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki.

²² PWHO. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance. Geneva: World Health Organization; 2020

²³ Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Milbank Quarterly*. 2015;93(4).

²⁴ WHO. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems, op. cit.

²⁵ Mahmoud HA, Thavorn K, Mulpuru S, Mclsaac D, Abdelrazek MA, Mahmoud AA, Forster AJ. Barriers and facilitators to improving patient safety learning systems: a systematic review of qualitative studies and meta-synthesis. *BMJ Open Qual*. 2023.

70% badanych szpitali wskazało, że w Polsce powinien powstać centralny system zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych. Prawie 60% z nich wskazało RPP jako podmiot, który powinien taki rejestr prowadzić. Prawie 30% podmiotów leczniczych nie chce, aby powstał centralny system zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych.

Wprowadzenie wspólnego rejestru zdarzeń niepożądanych mogłoby pomóc oceniać ryzyko w danym obszarze działalności klinicznej oraz prowadzić do wypracowania wspólnej procedury analizy przyczyn źródłowych zdarzeń (RCA - Root Cause Analysis) co w dalszej kolejności pomogłoby wypracować środki zapobiegawcze. Jak wskazali respondenci centralny system rejestrowania zdarzeń niepożądanych mógłby mieć formę programu elektronicznego/aplikacji akredytowanej przez MZ/RPP.

ROZWÓJ SYSTEMU ZBIERAJĄCEGO ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

W ankiecie szpitale otrzymały możliwość opisowego przedstawienia uwag na temat problemów zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, a także mogły wskazać co pomogłoby im w rozwoju zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Podmioty lecznicze wskazały kilka głównych obszarów.

- **Ujednolicenie definicji i standardów klasyfikacji zdarzeń niepożądanych**

Analiza przekazanych przez szpitale odpowiedzi wskazuje, że jednym z najistotniejszych problemów związanych z raportowaniem zdarzeń niepożądanych jest brak jednolitych definicji oraz standardów kwalifikowania poszczególnych zdarzeń. Wiele podmiotów zwracało uwagę na niejednoznaczność obowiązujących wytycznych, co utrudnia porównywalność danych oraz wpływa na wiarygodność prowadzonych analiz.

Często zgłaszanym problemem był brak jednoznacznego określenia, które zdarzenia należy klasyfikować jako zdarzenia niepożądane. Szpitale wskazywały na rozbieżności interpretacyjne dotyczące między innymi upadków pacjentów, reoperacji, rehospitalizacji, błędów przedlaboratoryjnych, zgonów, przedłużonych hospitalizacji czy niezrealizowanych planowych zabiegów operacyjnych. Część respondentów podkreślała, że wiele z tych kategorii jest monitorowanych i analizowanych w odrębnych rejestrach, dlatego nie są one uwzględniane w ogólnej liczbie zgłaszanych zdarzeń niepożądanych. Szczególne wątpliwości dotyczyły kwalifikowania upadków pacjentów, ponieważ w niektórych podmiotach funkcjonuje przekonanie, że nie stanowią one zdarzeń niepożądanych.

Respondenci podkreślali potrzebę opracowania jednoznacznych wytycznych określających zakres raportowanych zdarzeń. Istnieje potrzeba stworzenia ujednoliconego, szczegółowego katalogu zdarzeń niepożądanych z opisami tych zdarzeń dla wszystkich podmiotów leczniczych zgodnego z obowiązującymi standardami akredytacyjnymi. Wskazano też potrzebę rozszerzenia katalogu zdarzeń o obszary dostosowane do konkretnych specjalizacji (np. psychiatrii). Zgłaszano trudności związane z funkcjonowaniem mylących pojęć związanych z ochroną zdrowia tj. zdarzenie niepożądane, zdarzenie medyczne, działania niepożądane leków, niepożądana reakcja, błąd medyczny.

- **Ustandaryzowanie procesu raportowania zdarzeń niepożądanych**

Wypowiedzi respondentów wskazują również, że brak standaryzacji procesu raportowania może prowadzić do zniekształconego postrzegania bezpieczeństwa pacjentów. Część szpitali wyrażała opinię, że raportowane dane nie odzwierciedlają rzeczywistej liczby zdarzeń niepożądanych, ponieważ personel chętniej zgłasza zdarzenia postrzegane jako mniej obciążające lub niezależne od jego działań. W konsekwencji system raportowania może

być obciążony zjawiskiem selektywnego zgłaszania, co ogranicza możliwość rzetelnej oceny bezpieczeństwa opieki oraz porównywania wyników pomiędzy podmiotami.

- **Wprowadzenie systemu informatycznego pozwalającego na zgłaszanie i analizowanie zdarzeń niepożądanych**

Pomimo rosnącej świadomości istoty problemu zdarzeń niepożądanych nadal w wielu miejscach dużym wyzwaniem jest pozyskanie odpowiednich narzędzi informatycznych zaprojektowanych do raportowania, monitorowania i analizy zdarzeń. System elektroniczny powinien umożliwiać usuwanie danych zgłaszającego i pacjenta po określonym czasie wskazanym obligatoryjnie.

- **Szkolenia**

Potrzeba szerzenia wiedzy na temat zdarzeń niepożądanych była kwestią najczęściej wskazywaną przez respondentów ankiety. Szkolenia są potrzebne zarówno dla kadry kierowniczej szpitali, jak i personelu medycznego, a także niemedycznego zatrudnionego na oddziałach oraz osób tworzących zespoły ds. analizy zdarzeń niepożądanych. Zakres tematyczny powinien dotyczyć problematyki zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz ich analizowania, a forma szkoleń powinna przewidywać możliwość wymiany doświadczeń, ćwiczenia warsztatowe. Potrzebne są zarówno szkolenia wewnętrzne w obrębie środowiska szpitala jak i w ramach izb lekarskich/pielęgniarskich, a także szkolenia prowadzone przez RPP/ CMJ /MZ. Podkreślano również potrzebę popularyzacji kultury bezpieczeństwa w ramach działalności instytucji państwowych.

Szpitalom potrzebują więcej szkoleń i materiałów edukacyjnych, w których zawarte byłyby wzory procedur monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz prawidłowo przeprowadzonych analiz.

Proces szkoleń pozwoliłby ukształtować świadomy personel, który postrzega zgłaszanie zdarzeń nie jako instrument odpowiedzialności indywidualnej, lecz jako element kultury bezpieczeństwa, służący rozpoznawaniu ryzyk systemowych i zapobieganiu ich powtarzalności.

- **Dofinansowanie**

Zgłaszano potrzebę dodatkowych środków finansowych na następujące cele: powołanie centralnego systemu raportowania zdarzeń, zorganizowanie szkoleń dla pracowników w szpitalach, prowadzenie wewnętrznego systemu obsługującego zdarzenia niepożądane, zakup odpowiedniego programu, pokrycie kosztów działań zapobiegających wystąpieniu zdarzenia niepożądanego, zapewnienie takiego finansowania świadczeń medycznych, które pozwoli podnosić jakość.

- **Rozwiązania legislacyjne chroniące przed konsekwencjami zgłoszenia zdarzenia niepożądanego**

Wśród ankietowanych pojawiały się głosy popierające wprowadzenie systemu no-fault, którego istotą jest brak obwiniania personelu medycznego za niezamierzone zdarzenia niepożądane z wyłączeniem zdarzeń, które niosą znamiona umyślności lub rażącej niestaranności.

Przy tworzeniu ustawodawstwa konieczne jest uwzględnienie istotności zapobiegania zdarzeniom niepożądanym (tym, którym można zapobiec), a nie karania tych, którzy byli uczestnikami i jednocześnie second victim (pracownik ochrony zdrowia, który w wyniku zdarzenia niepożądanego doświadcza traumy psychicznej) zdarzenia niepożądanego. Wskazane jest korzystanie z rozwiązań z krajów o większym doświadczeniu w zakresie bezpieczeństwa opieki zdrowotnej niż Polska.²⁶

Podkreślano potrzebę zapewnienia anonimowości dla osób zgłaszających zdarzenia niepożądane, a także precyzyjnego określenia zasad przekazywania organom ścigania informacji o zdarzeniach niepożądanych. Z badania wynika, że zdarza się, że organy ścigania, w tym prokuratura żądają wglądu do analizy zdarzeń niepożądanych, jaką przeprowadził sam podmiot leczniczy i wydanych zaleceń. Ponadto, personel medyczny nadal ma dużą obawę przed ponoszeniem konsekwencji za zaistniałe zdarzenia niepożądane.

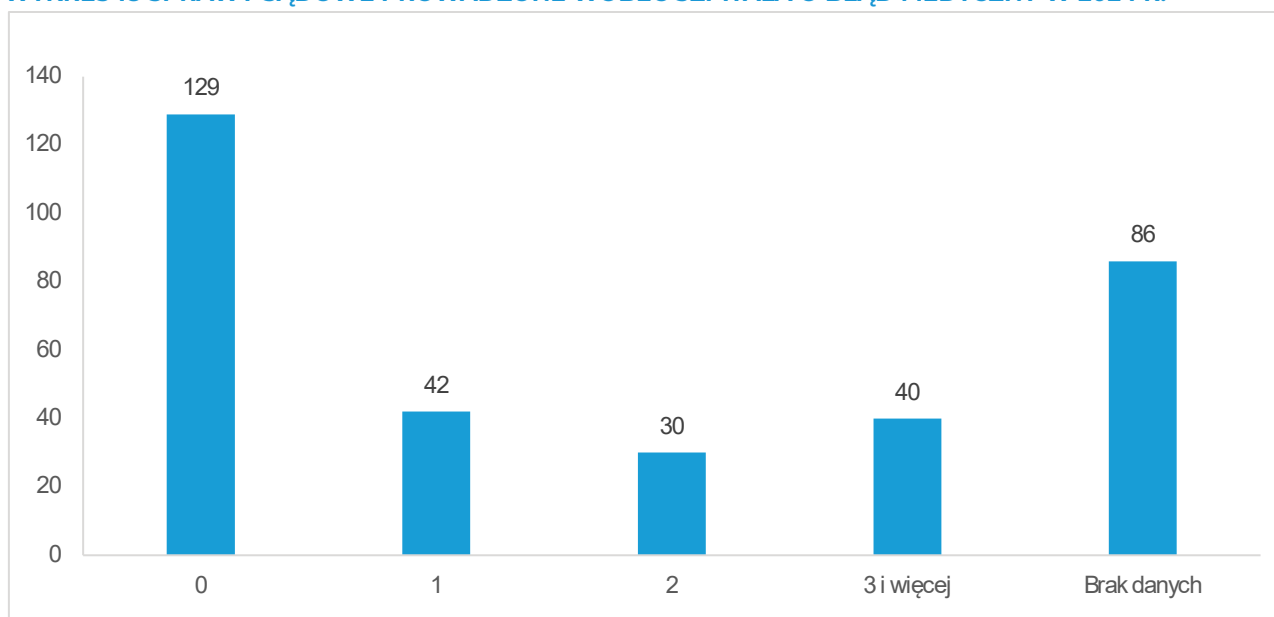
- Inne istotne problemy/potrzeby**

Szpitala wskazywały na konieczność jasnego sformułowania wytycznych, co do zakresu danych, które mają być przekazywane w zbiorczym raporcie do RPP - czy mają to być tylko zdarzenia niepożądane zarejestrowane w wewnętrznym dedykowanym systemie lub w wersji papierowej, czy również pochodzące z odrębnych rejestrów zakażeń szpitalnych, reoperacji, odleżyn (pojawia się ryzyko podwójnego raportowania).

Respondenci wskazali również, na potrzebę ujęcia w programie kształcenia zawodowego na kierunku lekarskim tematyki obowiązkowych analiz powikłań i zdarzeń niepożądanych, które mogą się wydarzyć.

Wyniki wskazują, że w większości badanych szpitali w 2024 r. nie prowadzono postępowań sądowych lub osoby wypełniające ankietę nie posiadały wiedzy na ten temat. W 40% podmiotów nie prowadzono żadnej sprawy sądowej w 2024 r.

WYKRES 18 SPRAWY SĄDOWE PROWADZONE WOBEC SZPITALA O BŁĄD MEDYCZNY W 2024 R.



²⁶ Przykładowo: Portugalia: <https://notifica.dgs.min-saude.pt/>; Dania: <https://www.sundk.dk/uth/>; Anglia: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/>

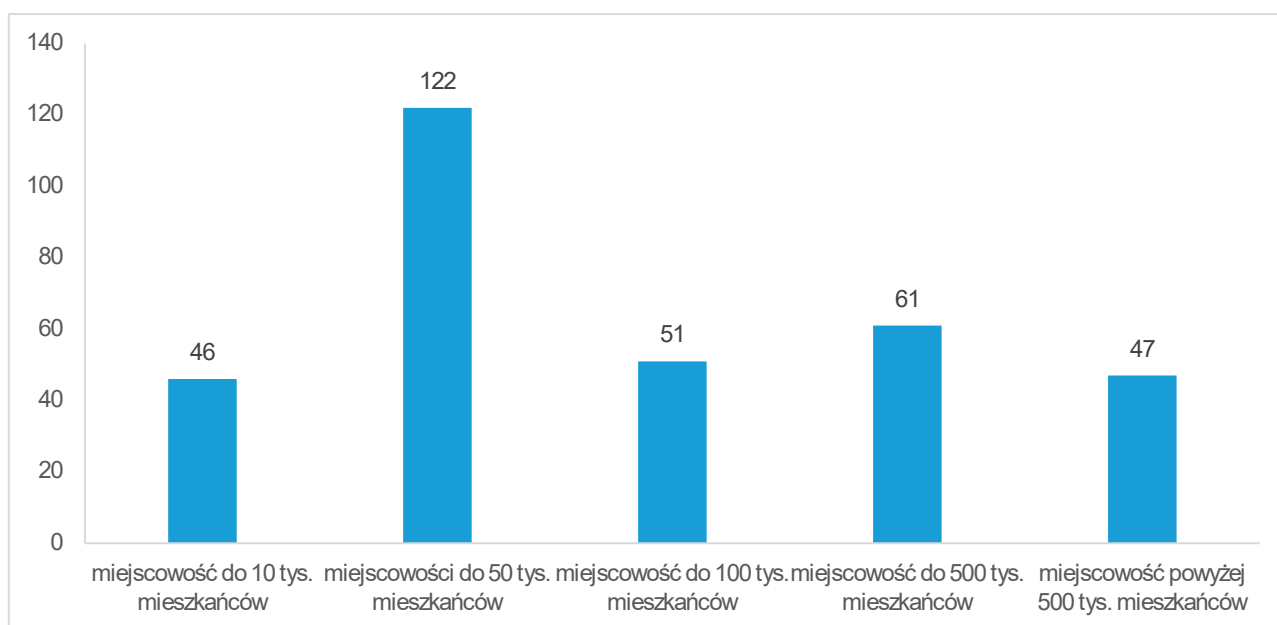
Wyniki wskazują, że w większości badanych szpitali w 2024 r. nie prowadzono postępowań sądowych lub osoby wypełniające ankietę nie posiadały wiedzy na ten temat. W 40% podmiotów nie prowadzono żadnej sprawy sądowej w 2024 r.

W 22% szpitali prowadzona była jedna lub dwie sprawy sądowe. Trzy lub więcej postępowań sądowych w sprawach o błąd medyczny było prowadzonych wobec 12% podmiotów leczniczych, które wzięły udział w ankiecie.

9. CHARAKTERYSTYKA SZPITALI BIORĄCYCH UDZIAŁ W ANKIECIE

Z danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wynika, że w 2025 r. funkcjonowało w Polsce 967 szpitali państwowych i prywatnych.²⁷ Oznacza to, że w badaniu wzięło udział 34% ze wszystkich szpitali w Polsce i że w porównaniu do poprzedniej edycji badania, w obecnej wzięło udział mniej podmiotów leczniczych. Wciąż jednak jest to bardzo duża, reprezentatywna grupa podmiotów.

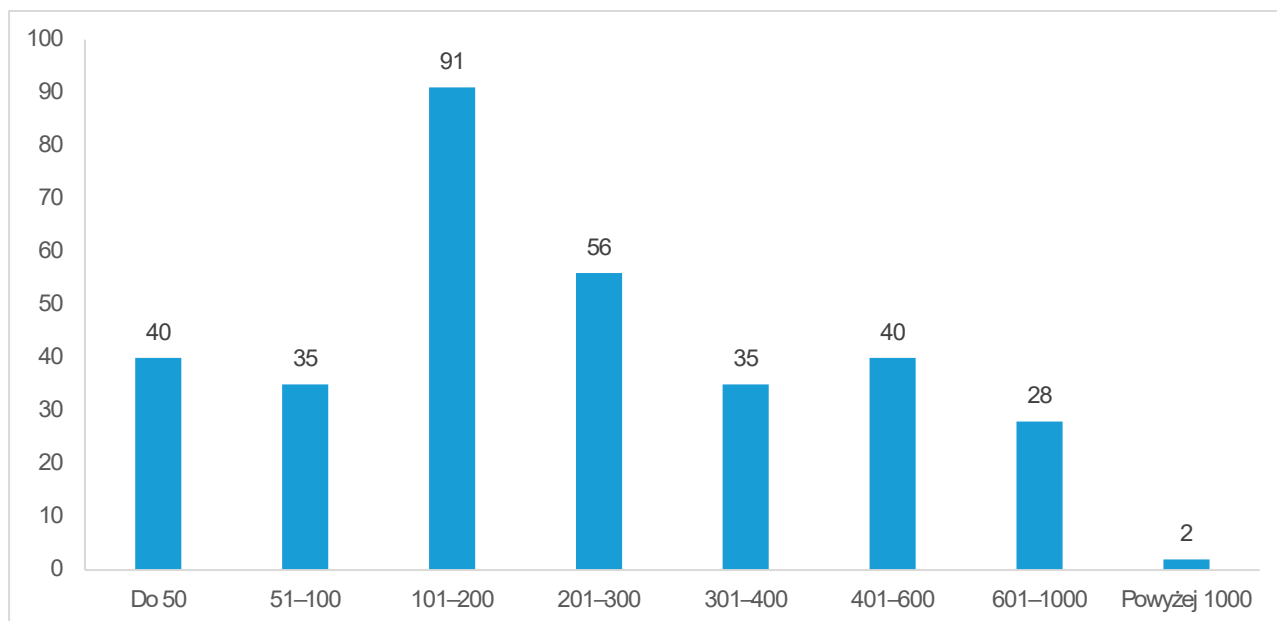
WYKRES 19 UMIEJSCOWIENIE SZPITALI



Spośród szpitali, które wzięły udział w badaniu 37% mieści się w miejscowościach do 50 tysięcy mieszkańców, 19% placówek medycznych znajduje się w miastach do 500 tysięcy osób, a 16% do 100 tysięcy mieszkańców. 14% biorących udział w badaniu deklaroowało swoje położenie w miejscowości powyżej 500 tysięcy osób oraz 14% w miejscowościach do 10 tysięcy mieszkańców.

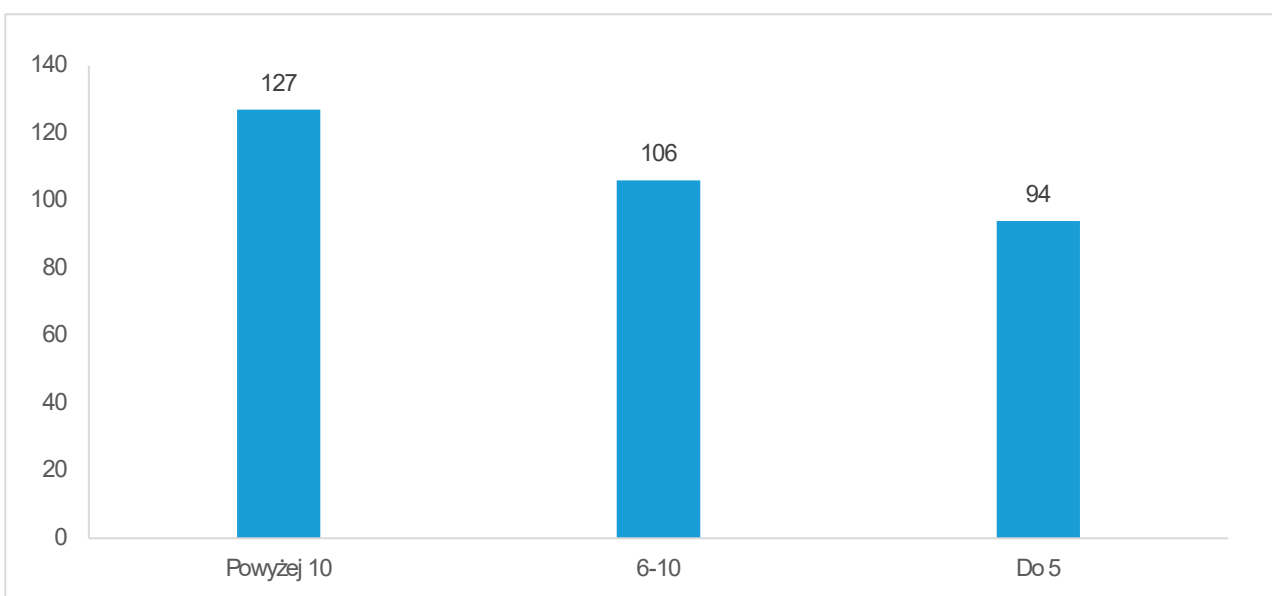
²⁷ Dane z RPWDL. Zastosowane kryteria kwalifikacji: zakres części VIII kodów resortowych 4000 – 4999, funkcja HC.1.1. (leczenie stacjonarne), wykluczenie Ministra Sprawiedliwości (podmiot tworzący).

WYKRES 20 LICZBA ŁÓŻEK SZPITALNYCH



Zgodnie z danymi z Mapy Potrzeb Zdrowotnych, przeciętna liczba łóżek w szpitalach w Polsce to 280²⁸. Struktura badanej próby wskazuje na dominację szpitali średniej wielkości. Najliczniejszą grupę stanowiły podmioty dysponujące 101–200 łóżkami (28%), a następnie 201–300 łóżkami (17%). Drugą co do liczebności kategorią były podmioty posiadające 201–300 łóżek (17%). Udział szpitali liczących do 50 łóżek oraz 401–600 łóżek był identyczny i wynosił po 12%, natomiast placówki dysponujące 51–100 łóżkami oraz 301–400 łóżkami stanowiły po 11% badanej próby. Szpitale posiadające 601–1000 łóżek stanowiły 8% analizowanych jednostek. Dwa szpitale należały do grupy podmiotów wyposażonych w ponad 1000 łóżek.

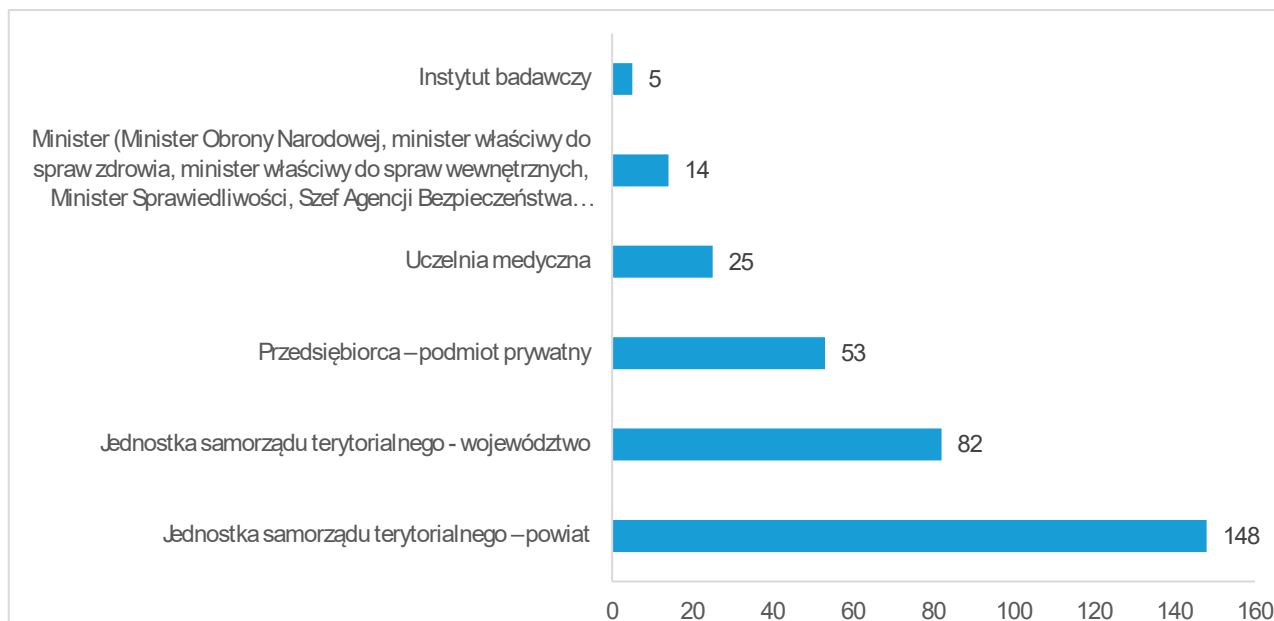
WYKRES 21 LICZBA ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH



Z uczestniczących w ankiecie szpitali 39% podmiotów zadeklarowało funkcjonowanie powyżej 10 oddziałów, 32% szpitali zadeklarowało do 10 oddziałów, a 29% szpitali do 5 oddziałów.

²⁸ Do policzenia tej wartości wykorzystano dane z Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 42), dane za 2024 r. Wzór matematyczny: 272451 (liczba łóżek) / 973 (liczba podmiotów leczniczych).

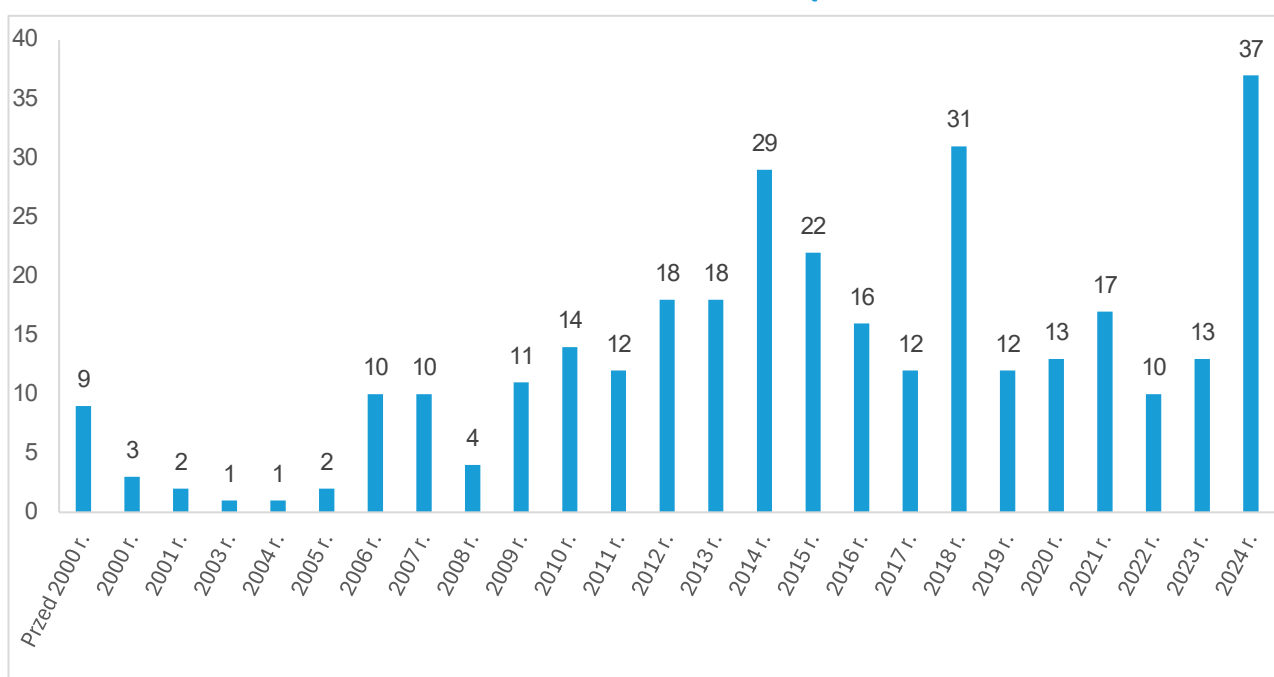
WYKRES 22 PODMIOT TWORZĄCY SZPITAL



Analiza struktury badanych podmiotów leczniczych pod względem podmiotu tworzącego wykazała, że największą grupę stanowiły szpitale utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego, których było 148, co stanowiło 45% wszystkich badanych podmiotów. Drugą pod względem liczebności grupę stanowiły placówki prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego – 25%.

Znaczący udział w badanej próbie miały również szpitale, dla których podmiotem tworzącym był przedsiębiorca (podmiot prywatny) – 16% jednostek. Mniejszy odsetek stanowiły podmioty utworzone przez uczelnie medyczne – 25 jednostek oraz przez Ministra Obrony Narodowej – 14 jednostek. Najrzadziej reprezentowaną kategorią były instytuty badawcze, które obejmowały 5 podmiotów.

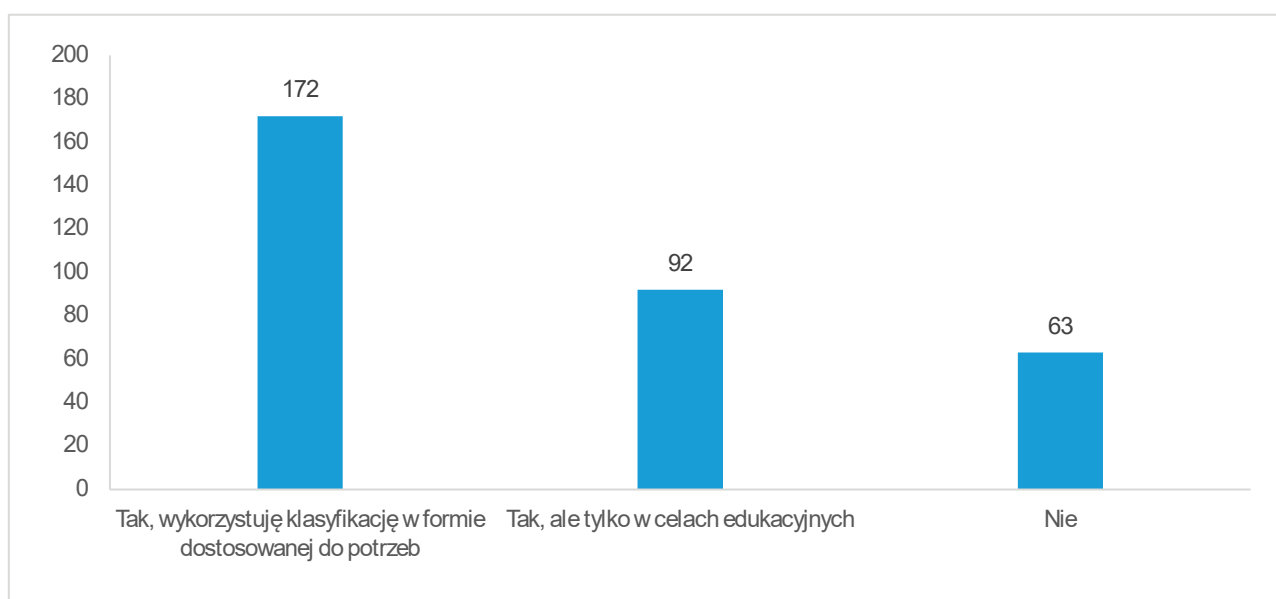
WYKRES 23 WDROŻENIE PROCESU ZBIERANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH



Podmioty wskazują różne doświadczenie w zbieraniu danych o zdarzeniach niepożądanych. Najwięcej szpitali – 11% zaczęło zbierać dane w 2024 roku. 30 czerwca 2024 r. szpitale miały obowiązek wdrożenia wewnętrznego systemu, składającego się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.

Istotny wzrost liczby podmiotów deklarujących gromadzenie informacji o zdarzeniach niepożądanych nastąpił od 2009 r. wraz z określeniem standardów akredytacyjnych przez CMJ. Warto zauważyć, że 5 szpitali poinformowało o braku raportowania zdarzeń niepożądanych w 2024 r. pomimo ustawowego istnienia ustawowego obowiązku dotyczącego wewnętrznego systemu.

WYKRES 24 WYKORZYSTYWANIE KLASYFIKACJI ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH PRZYGOTOWANEJ PRZEZ RPP WRAZ Z EKSPERTAMI



W ponad 80% szpitali wykorzystywana jest klasyfikacja zdarzeń niepożądanych przygotowana przez RPP wraz z ekspertami (albo w formie dostosowanej do potrzeb, albo w celach edukacyjnych). Tylko w prawie 20% szpitali, podmioty nie zdecydowały się na wdrożenie klasyfikacji RPP. Często przyczyną było posiadanie własnej, przygotowanej wcześniej klasyfikacji, z wykorzystywaniem klasyfikacji CMJ. Pojawiały się też odpowiedzi dotyczące nieświadomości istnienia klasyfikacji przygotowanej przez RPP.

GROMADZENIE I ANALIZA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

III. WNIOSKI

III. WNIOSKI

Badanie potwierdza, że system gromadzenia i analizy zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach wymaga ciągłego rozwoju, zarówno w obszarze organizacyjnym, jak i edukacyjnym oraz technologicznym.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że liczba zgłaszanych zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach pozostaje wciąż bardzo niska i nie odzwierciedla rzeczywistej skali ich występowania. Badanie wskazuje jednak na stopniową poprawę w zakresie informatyzacji procesu raportowania. W porównaniu z poprzednią edycją zmniejszył się odsetek szpitali prowadzących rejestry wyłącznie w formie papierowej, a około połowa placówek umożliwia zgłaszanie zdarzeń w więcej niż jednej formie. Pomimo postępu w cyfryzacji tego procesu, istnieje potrzeba dalszego rozwoju odpowiednich narzędzi informatycznych wspierających raportowanie, monitorowanie i analizę zdarzeń.

Wyniki wskazują na konieczność ujednolicenia zasad raportowania poprzez opracowanie jednolitych definicji, standaryzację zakresu zbieranych danych oraz przygotowanie szczegółowych wytycznych dotyczących kwalifikowania i raportowania zdarzeń niepożądanych. Ujednolicenie zasad poprawi jakość gromadzonych danych oraz zwiększy ich przydatność dla monitorowania bezpieczeństwa pacjentów.

Wyniki pokazują, że wiele elementów systemów zarządzania bezpieczeństwem pacjenta jest już wdrażanych w szpitalach. W większości podmiotów wykorzystywana jest klasyfikacja zdarzeń niepożądanych opracowana przez RPP wraz z ekspertami, w większości placówek zapewniana jest anonimowość zgłaszających na określonym etapie procesu, za analizę zdarzeń najczęściej odpowiadają zespoły kolegialne, a większość szpitali analizuje wszystkie zgłoszone zdarzenia niezależnie od ich ciężkości oraz wdraża zalecenia po zakończeniu analizy.

Największe trudności w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych mają charakter psychospołeczny. Najczęściej wskazywaną barierą jest obawa przed konsekwencjami prawnymi, dyscyplinarnymi i cywilnymi zgłoszenia zdarzenia, a kolejną – obawa przed stygmatyzacją i negatywną oceną w środowisku pracy. Wyniki wskazują również na znaczenie poziomu kultury bezpieczeństwa w placówkach.

Jednym z najważniejszych problemów pozostaje niewystarczająca wiedza podmiotów leczniczych i personelu dotycząca tego, czym jest zdarzenie niepożądane, jakie są jego kategorie oraz które zdarzenia powinny być raportowane. Potrzeba szkoleń była często wskazywana przez respondentów i dotyczyła zarówno kadry zarządzającej, personelu medycznego i niemedycznego, jak również członków zespołów analizujących zdarzenia niepożądane.

Wyniki wskazują na szerokie poparcie środowiska szpitalnego dla utworzenia centralnego systemu zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych. Większość respondentów uważa, że system taki powinien funkcjonować na poziomie centralnym, a najczęściej wskazywaną instytucją odpowiedzialną za jego prowadzenie jest RPP.

Wśród respondentów pojawiają się liczne głosy popierające wdrożenie systemu *no-fault*, zakładającego brak obwiniania personelu za niezamierzone zdarzenia niepożądane. Jak pokazało badanie, skuteczność systemów raportowania zależy przede wszystkim od budowania kultury bezpieczeństwa (*just culture*), opartej na zaufaniu i uczeniu się na błędach.

PODZIĘKOWANIA:

Składamy serdeczne podziękowania wszystkim podmiotom leczniczym, które uczestniczyły w anonimowym badaniu ankietowym, a w szczególności tym placówkom, które pomimo zagwarantowanej anonimowości zdecydowały się ujawnić swoje dane.

Państwa wkład ma istotne znaczenie dla poszerzania wiedzy na temat zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w polskim systemie ochrony zdrowia. Dziękujemy za zaangażowanie w rozwój tego obszaru oraz za współtworzenie podstaw doskonalenia bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej.

SPIS SZPITALI:

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku
2. 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Wałczu
3. Bonifratskie Centrum Medyczne sp. z o.o., Oddział III w Krakowie
4. Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o.
5. Centrum Medyczne Silesiana sp. z o.o.
6. Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli
7. Centrum Zdrowia Tuchów sp. z o. o.
8. Grand Medical Clinic Sp. z o.o.
9. Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.
10. Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o.
11. Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie
12. Namysłowskie Centrum Zdrowia sp. z o.o.
13. NEFROLUX w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o.
14. Nowy Szpital w Szprotawie sp. z o. o.
15. Ośrodek Chirurgii Oka Prof. Zagórskiego w Krakowie sp. z o.o.
16. Ośrodek Chirurgii Oka Prof. Zagórskiego w Nałęczowie sp. z o.o.
17. Ośrodek Chirurgii Oka Prof. Zagórskiego w Nowym Sączu sp. z o.o.
18. Ośrodek Chirurgii Oka Prof. Zagórskiego w Rzeszowie sp. z o.o.
19. Poddębickie Centrum Zdrowia sp. z o.o.
20. Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o. o.
21. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. S. Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
22. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
23. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie
24. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach
25. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZOZ w Głuchołazach
26. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku
27. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie
28. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu
29. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu
30. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie
31. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy CMKP
32. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej
33. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole
34. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kościanie
35. Stobrawskie Centrum Medyczne sp z o.o.
36. Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach

37. Szpital im. Ojca Rafała z Proszowic
38. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
39. Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
40. Szpital Miejski w Zabrzu sp. z o.o.
41. Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej
42. Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży
43. Szpital Powiatowy sp. z o. o w Pasłęku
44. Szpital Powiatowy sp. z o.o. z siedzibą w Golubiu-Dobrzyniu
45. Szpital Specjalistyczny im. E. Biernackiego w Mielcu
46. Szpital św. Leona sp. z o.o. w Opatowie
47. Szpital w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty sp. z o.o.
48. Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie
49. Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.
50. Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie
51. Śląskie Centrum Reumatologii im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o.
52. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie
53. Warszawskie Centrum Opieki Medycznej „KOPERNIK” Sp. z o.o.
54. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu
55. Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli
56. Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim
57. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
58. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
59. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
60. Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
61. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach
62. Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc w Łodzi
63. Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie
64. Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich
65. Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu

SPIS WYKRESÓW:

- WYKRES 1 Liczba zdarzeń niepożądanych w szpitalach w 2024 r. / str. 9
- WYKRES 2 Liczba zdarzeń niepożądanych w szpitalach w 2023 r. / str. 10
- WYKRES 3 Liczba zdarzeń niepożądanych do liczby hospitalizacji / str. 11
- WYKRES 4 Zdarzenia niepożądane na oddziałach szpitalnych / str. 12
- WYKRES 5 Najczęściej zgłaszane kategorie zdarzeń niepożądanych / str. 12
- WYKRES 6 Podmioty w podziale ze względu na udział upadków w liczbie zdarzeń niepożądanych / str. 13
- WYKRES 7 Skutki zdarzeń niepożądanych / str. 14
- WYKRES 8 Osoba odpowiedzialna za gromadzenie informacji o zdarzeniach niepożądanych w podmiocie/ str. 16
- WYKRES 9 Anonimowość zgłoszeń o zdarzeniach niepożądanych / str. 17
- WYKRES 10 Formularz do zgłaszania zdarzeń niepożądanych / str. 18
- WYKRES 11 Kto odpowiada za analizę zdarzeń niepożądanych / str. 19
- WYKRES 12 Rodzaj analizowanych zdarzeń niepożądanych / str. 19
- WYKRES 13 Odbiorcy raportu zbiorczego / str. 20
- WYKRES 14 Forma zgłaszania informacji o zdarzeniach niepożądanych / str. 21
- WYKRES 15 Wewnętrzny system elektroniczny / str. 22

WYKRES 16 Przyczyny trudności w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych / str. 23

WYKRES 17 Centralny system zbierający dane na temat zdarzeń niepożądanych / str. 24

WYKRES 18 Sprawy sądowe prowadzone wobec szpitala o błąd medyczny w 2024 r. / str. 27

WYKRES 19 Umieszczenie szpitali / str. 28

WYKRES 20 Liczba łóżek szpitalnych / str. 29

WYKRES 21 Liczba oddziałów szpitalnych / str. 29

WYKRES 22 Podmiot tworzący szpital / str. 30

WYKRES 23 Wdrożenie procesu zbierania zdarzeń niepożądanych / str. 30

WYKRES 24 Wykorzystywanie klasyfikacji zdarzeń niepożądanych przygotowanej przez RPP wraz z ekspertami / str. 31



Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Płocka 11/13; 01-231 Warszawa
kancelaria@rpp.gov.pl
fax: (22) 506 50 64