

Pacjent świadomym partnerem w procesie leczenia.

Kompendium praw pacjenta.

Anna Banaszewska.



STRESZCZENIE

Podstawy prawne. Studium przypadków. Wzory pism.

Spis treści

WSTĘP.	4
ŹRÓDŁA PRAWA W POLSCE.	4
ŹRÓDŁA PRAWA POWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO.	4
PRZEPISY PRAWA NIEWYNIKAJĄCE ZE ŹRÓDEŁ PRAWA POWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO.	6
ŹRÓDŁA PRAW PACJENTA.	6
PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH.	9
WSTĘP.	9
ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE DEFINICJA I RODZAJE.	10
PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH.	12
LEK JAKO ŚWIADCZENIE GWARANTOWANE.	15
PROCEDURA USTALAJĄCA KOLEJNOŚĆ DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ – TZW. KOLEJKA.	16
ZASADY PROWADZENIA KOLEJEK OCZEKUJĄCYCH.	19
CIĄGŁOŚĆ UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ (CIĄGŁOŚĆ LECZENIA).	23
PRAWO PACJENTA DO WYRAŻENIA ZGODY NA ŚWIADCZENIE OPIEKI ZDROWOTNEJ.	24
KORZENIE NORMATYWNE I DEFINICJA ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA.	24
ZGODA PACJENTA JAKO OŚWIADCZENIE WOLI.	25
PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI.	27
OKOLICZNOŚCI UPRAWNIAJĄCE LEKARZA DO POWSTRZYMANIA SIĘ OD UDZIELENIA INFORMACJI.	30
ZGODA PACJENTA W PROGRAMIE LEKOWYM.	30
OKOLICZNOŚCI UPRAWNIAJĄCE LEKARZA DO UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PACJENTOWI BEZ JEGO ZGODY.	32
FORMA UDZIELENIA ZGODY.	32
PRAWO DO MONITOROWANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH LEKÓW.	34
WSTĘP.	34
LEKI DODATKOWO MONITOROWANE.	35
ZGŁOSZENIE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO LEKU.	36
PRAWA PACJENTA MAŁOLETNIEGO.	38
ROLA RODZICÓW W PROCESIE LECZENIA.	38
PROCEDURA UDZIELENIA ZGODY W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO.	39
PROCEDURA UDZIELENIA ZGODY W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO DO 16 ROKU ŻYCIA.	39
PROCEDURA UDZIELENIA ZGODY W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA.	40
PRAWO PACJENTA MAŁOLETNIEGO DO INFORMACJI.	43
PRAWA DZIECKA W SZPITALU.	44
ODPOWIEDZIALNOŚĆ TYTUŁU NARUSZENIA PRAW PACJENTA.	45
ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA.	45
WSTĘP.	45
RODZAJE ROSZCZEŃ CYWILNYCH.	47
PRZEDAWNIEŃ ROSZCZEŃ.	48
ODPOWIEDZIALNOŚĆ ADMINISTRACYJNA.	49
WSTĘP.	49
NARUSZENIE INDYWIDUALNYCH PRAW PACJENTA.	50
PRAKTYKI NARUSZAJĄCE ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW.	53
PODSTAWY PRAWNE.	55

<u>SPIS ILUSTRACJI.</u>	<u>57</u>
<u>MATERIAŁY DODATKOWE.</u>	<u>58</u>
<u>WZORY PISM.</u>	<u>61</u>

Wstęp.

Kompendium stanowi praktyczny przewodnik praw pacjenta. Celem autorów jest wskazanie w zakresie wybranych praw pacjenta zarówno podstaw prawnych, przykładów orzecznictwa sądowego oraz środków ochrony prawnej praw pacjenta, wraz z wzorami pism.

Źródła prawa w Polsce.

Znajomość systematyki źródła prawa w polskim porządku prawnym stanowi podstawę zrozumienia dopuszczalnej granicy ingerencji w prawa pacjenta w tych przypadkach kiedy taka ingerencja jest w ogóle możliwa. Ten rozdział pozwala również na zrozumienie skutków i granic obowiązywania aktów prawnych niestanowiących źródeł prawa powszechnie obowiązującego (zarządzeń Prezesa NFZ, stanowisk i zarządzeń Ministra Zdrowia). Jest zatem podstawą zrozumienia istoty praw pacjenta i okoliczności naruszających prawa pacjenta.

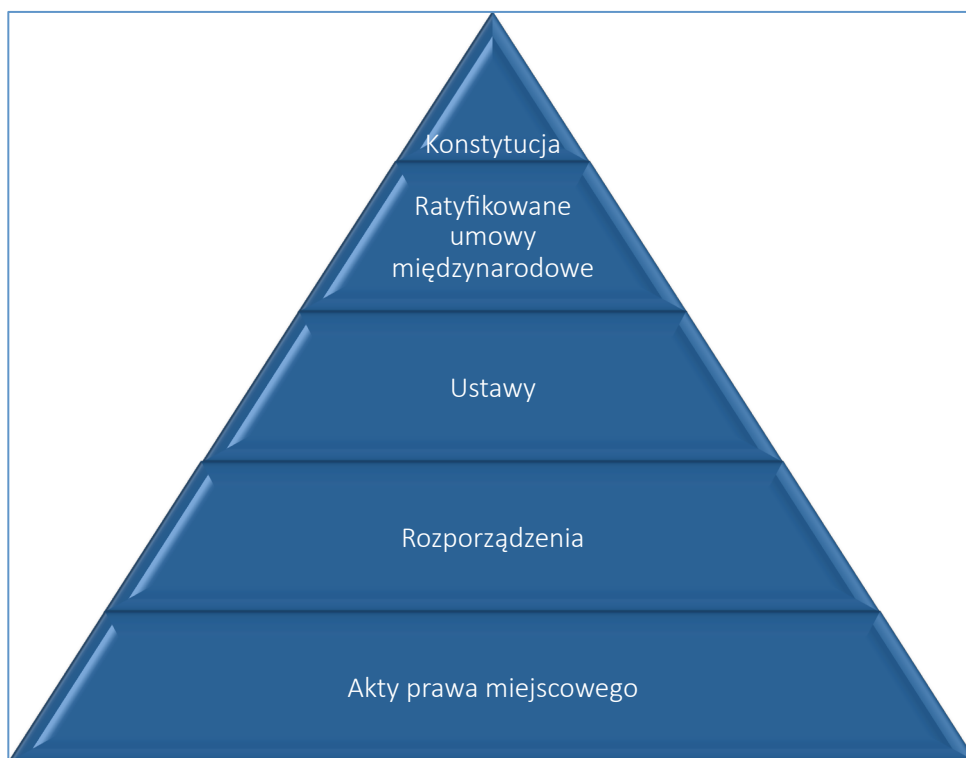
Źródła prawa powszechnie obowiązującego.

W polskim porządku prawnym ustawą o najwyższej randze jest ustawa zasadnicza – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. To konstytucja wyznacza zarówno źródła prawa jak i ich systematykę. Prawo powszechnie obowiązujące to prawo skuteczne wobec wszystkich (*łac. erga omnes*). Do prawa powszechnie obowiązującego należy¹: konstytucja, ratyfikowane umowy międzynarodowe, ustawy, rozporządzenia, oraz akty prawa miejscowego. Moc prawną aktów prawnych i ich wzajemne relacje można przedstawić za pomocą piramidy aktów prawnych, gdzie najwyższą moc prawną będzie miała Konstytucja, zaś najniższą – akty prawa miejscowego². Przepisy prawa zawarte w konstytucji stosuje się bezpośrednio chyba, że przepisy konstytucji odsyłają do ustawy.³

¹ **Art. 87** Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

² Akty prawa miejscowego to przepisy prawne skierowane do mieszkańców poszczególnych jednostek podziału terytorialnego kraju wydawane przez radę gminy, radę powiatu, sejmik województwa, wójta, burmistrza, prezydenta miasta lub wojewodę. Jako przykład można wskazać plan zabudowania przestrzennego lub statut gminy.

³ Przykładem takiego odesłania jest **art. 68 ust. 2** Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.”



Rysunek 1 Piramida źródeł prawa powszechnie obowiązującego.

W przypadku kolizji⁴ norm prawnych zawartych w aktach prawnych o różnej mocy ma zastosowanie następująca zasada:

lex superior derogat legi inferiori - norma prawna o wyższej mocy prawnej uchyla normę prawną o niższej mocy prawnej np. jeżeli norma zawarta w rozporządzeniu jest sprzeczna z normą zawartą w ustawie, to możliwe jest stwierdzenie niezgodności i uchylenie przepisu obowiązującego w rozporządzeniu. Badaniem zgodności aktów prawnych zajmuje się Trybunał Konstytucyjny.

W przypadku kolizji norm prawnych zawartych w aktach prawnych o różnym stopniu szczegółowości ma zastosowanie zasada:

lex specialis derogat legi generali - prawo o większym stopniu szczegółowości (pochodzące z aktów prawnych o tej samej mocy, np. z dwóch ustaw, obowiązujących w tym samym czasie) należy stosować przed prawem ogólniejszym.

Powyższe reguły kolizyjne nie są jedynymi, natomiast zostały wskazane, ponieważ będą najczęściej powoływane w niniejszym opracowaniu.

⁴ Kolizja norm prawnych następuje wówczas gdy odnośnie tej samej sytuacji obowiązują normy (przepisy) prawne określające różne skutki prawne.

Przepisy prawa niewynikające ze źródeł prawa powszechnie obowiązującego.

Poza przepisami prawa powszechnie obowiązującego istnieje wiele norm prawnych niewynikających ze źródeł prawa. Przykładem takich przepisów będą zarządzenia prezesa NFZ, stanowiska ministrów. Są to przepisy niemieszczące się w katalogu źródeł prawa, a jednak są stosowane jako prawo umowne tzw. *lex contractus*. W takim przypadku obowiązuje zasada według której przepisy zawarte w zarządzeniach prezesa NFZ, stanowiskach ministrów obowiązują wyłącznie w granicach (czyli w zakresie) prawa powszechnie obowiązującego, czyli przepisach prawa wyznaczonego przez konstytucję, międzynarodowe umowy ratyfikowane, ustawy, rozporządzenia.

Praktyczne pytanie:

Czy normy wskazane w Zarządzeniu Prezesa NFZ mają charakter bezwzględnie obowiązujący?

Mając na uwadze poniżej powołane przez Naczelny Sąd Administracyjny argumenty należy przyjąć, że Zarządzenia Prezesa NFZ nie mają charakteru prawa bezwzględnie obowiązującego, zatem zakres ich obowiązywania określają przepisy prawa wynikające ze źródeł prawa.

*„Ustawodawca upoważniając Prezesa Funduszu do określenia m.in. warunków wymaganych od świadczeniodawców nie wskazał nazwy dokumentu zawierającego elementy określone w art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Przepis art. 102 ust. 5 ustawy o świadczeniach zawiera otwarty katalog zakresu działań Prezesa Funduszu, w pkt 24 stanowi o podejmowaniu decyzji w sprawach określonych w ustawie. W przepisach ustawy o świadczeniach wymienione są zarówno decyzje (art. 163 ust. 2, art. 102 ust. 5 pkt 24), jak i decyzje administracyjne (art. 154 ust. 6 i art. 181 ust. 2). Zatem pojęcie decyzji użyte w art. 102 ust. 5 pkt 24 obejmuje zarówno decyzje administracyjne jak i decyzje (niebędące decyzjami w rozumieniu kpa) z zakresu kierowania ustawową i statutową działalnością Funduszu, podlegające kontroli ministra w ramach określonego ustawą nadzoru, które to rozstrzygnięcia mogą przyjąć różne nazwy. Decyzje, w tym drugim znaczeniu, są określane, jako zarządzenia w ramach pragmatyki wykonywania ustawowych zadań przez Prezesa Funduszu.”**

*** Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 lutego 2011 r. sygn. akt: II GSK 263/10, por. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 maja 2011 r. sygn. akt: II GSK 519/10, por. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 lutego 2011 r. sygn. akt: II GSK 263/10.**

Źródła praw pacjenta.

Prawa pacjenta stanowią realizację praw człowieka i jako takie podlegają silnej ochronie zarówno na gruncie prawa krajowego jak i prawa europejskiego. Tu należy zauważyć, że poza powołanym już wcześniej art. 87 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* wskazującym jako jedno

ze źródeł prawa międzynarodowe umowy ratyfikowane, konstytucja zawiera w art. 9 zasadę przestrzegania prawa międzynarodowego.⁵

Do najistotniejszych dokonań w zakresie ochrony praw człowieka należy zaliczyć uchwalenie: 4 listopada 1950 r. *Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, zwaną *Europejską Konwencją Praw Człowieka* oraz *Konwencji o Prawach Dziecka* uchwalonej 20 listopada 1989 r.

Należy zapamiętać:

Konwencja Praw Człowieka zobowiązuje strony umowy międzynarodowej do poszanowania prawa człowieka do życia, wolności oraz bezpieczeństwa osobistego, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Ingerencja w to prawo jest niedopuszczalna, chyba że jest to konieczne i wynika z ustawy.*

***Art. 2,5,8** *Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*.

Konwencja o prawach dziecka zobowiązuje strony umowy międzynarodowej do poszanowania prawa każdego dziecka do: życia, do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Strony są również zobowiązane do dążenia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do opieki zdrowotnej oraz udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej.*

***Art. : Art. 6, 24** *Konwencji o prawach dziecka*.

Organem sądowym stojącym na straży przestrzegania praw człowieka jest Europejski Trybunał Praw Człowieka. W następstwie zmian wprowadzonych Protokołem 11. w 1998 Trybunał Praw Człowieka stał się jedynym i działającym w pełnym wymiarze czasu organem sądowym Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, zastępując w tym zakresie Europejską Komisję Praw Człowieka i Trybunał Praw Człowieka.⁶

Trybunał orzeka w sprawach praw człowieka zapisanych w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i protokołach dodatkowych do niej, rozpatrując skargi obywateli 47 państw członkowskich Rady Europy, które ratyfikowały Konwencję.

Decyzje Trybunału są ostateczne i nie ma od nich odwołania. Obowiązkiem każdego państwa jako strony postępowania jest podjęcie działań mających na celu zlikwidowanie naruszeń, które w orzeczeniu określił Trybunał.

⁵ **Art. 9** *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*: „Rzeczpospolita Polska przestrzega wiążącego ją prawa międzynarodowego.”

⁶ *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*.

Dla zainteresowanych:

*W wyroku z dnia 8 listopada 2011 roku w sprawie V.C. przeciwko Słowacji (skarga nr 18968/07) Trybunał uznał, że **naruszenie art. 3 Konwencji stanowi także wykonywanie świadczeń medycznych bez zgody umyślowo sprawnego dorosłego pacjenta, wyrażonej na podstawie przystępnej informacji i w warunkach umożliwiających swobodne podjęcie decyzji.***

Art. 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, wskazuje że Nikt nie może być poddany torturom ani niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

Powołany powyżej wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z jednej strony zawiera wykładnię wskazującą w jaki sposób powinno być definiowane i rozumiane prawo pacjenta do wyrażenia zgody, z drugiej zaś strony wskazuje jak silnie chronione w Unii Europejskiej są prawa pacjenta.

W polskim porządku prawnym gwarancje praw człowieka zawarte są w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Zapewniają one każdemu prawo do: zdrowia i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie, godności, wolności osobistej i nietykalności, jak również dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych.⁷

Refleksem praw człowieka są prawa pacjenta zawarte w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia (Minister Zdrowia), Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.⁸

Należy zapamiętać:

Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia (Minister Zdrowia), Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

⁷ Art.: 30, 31, 47, 51, 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

⁸ Art.: 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Prawo pacjenta do świadczeń gwarantowanych.

Wstęp.

Konstytucja RP gwarantuje równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z warunkami określonymi w ustawie (przyp. aut.: ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), zapewniając szczególną opiekę zdrowotną dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.⁹

Jak ocenić ten stan faktyczny?

U pacjentki wykonano zabieg usunięcia kamieni nerkowych. W czasie opieki pooperacyjnej nie wykonano pacjentce badania USG oraz badań urograficznych operowanej nerki. Badania te wykonała pacjentka sama i z własnej inicjatywy, w okresie późniejszym od zalecanego według wskazań sztuki medycznej. W konsekwencji doszło do opóźnienia leczenia naprawczego, co miało wpływ na rozległość wytworzenia się zmian zapalnych, a w konsekwencji utrudniało skuteczne przeprowadzenie zabiegu naprawczego i doprowadziło do usunięcia pacjentce nerki.

Jakie popełniono błędy?

Wyrok sądu w sprawie:*

Po pierwsze brak przeprowadzenia badań nastąpił na skutek niezachowania przez lekarza należytej staranności przy leczeniu pooperacyjnym pacjentki co ostatecznie doprowadziło do usunięcia nerki.

Po drugie zaniedbania lekarza doprowadziły do usunięcia pacjentce lewej nerki, co stanowi uszkodzenie ciała w rozumieniu art. 445 k.c., a więc mając na uwadze powyższe uwagi wskazujące na odpowiedzialność lekarza za czyn niedozwolony uzasadnione jest jej żądanie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Po trzecie podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność deliktową na zasadzie art. 430 k.c. jako powierzający wykonywanie czynności leczniczych zatrudnionym u niego lekarzom, którzy przy ich wykonaniu podlegają jego ogólnemu kierownictwu.

Zaniechanie potrzebnych badań USG, badań urograficznych i opóźnienie leczenia zachowawczego, co doprowadziło do usunięcia nerki, **stanowi winę podmiotu leczniczego**.

*** Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r. sygn. akt: I ACa 12/09.**

⁹ Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Świadczenia gwarantowane definicja i rodzaje.

Świadczenia gwarantowane to świadczenia służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

Zakres pojęcia „świadczenia gwarantowane”, czyli to które świadczenia należą do świadczeń gwarantowanych normują następujące akty prawne:

- *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*
- *ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.*

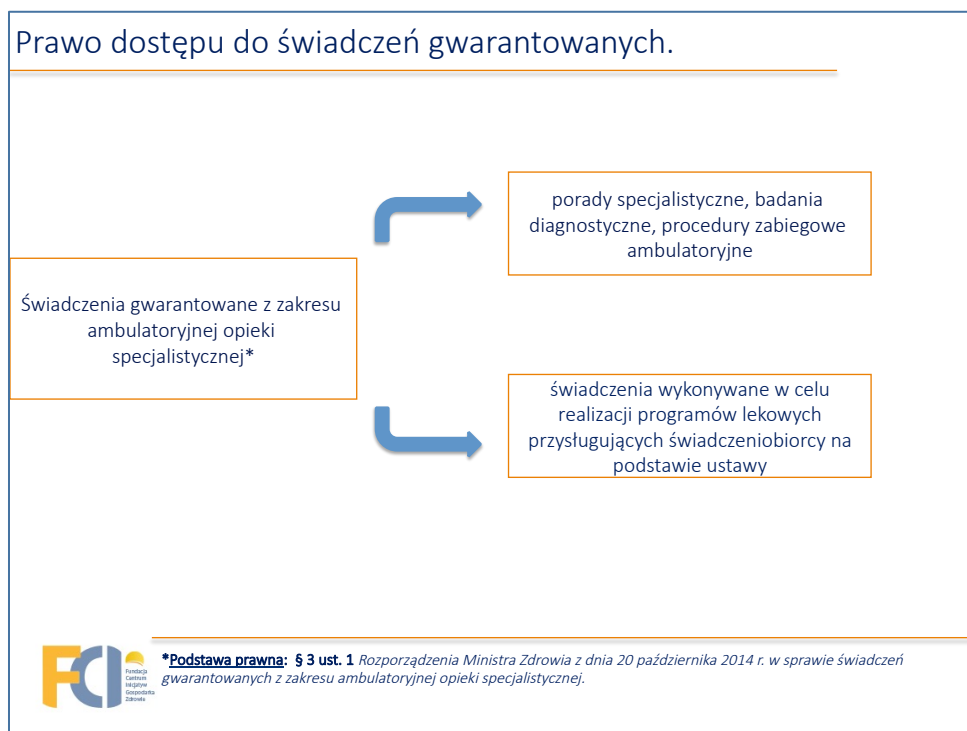
Powstaje zatem praktyczne pytanie do jakich świadczeń pacjent ma prawo i w jakim zakresie?

Poniższe rysunki przedstawiają świadczenia gwarantowane przysługujące pacjentowi w poszczególnych zakresach świadczeń:



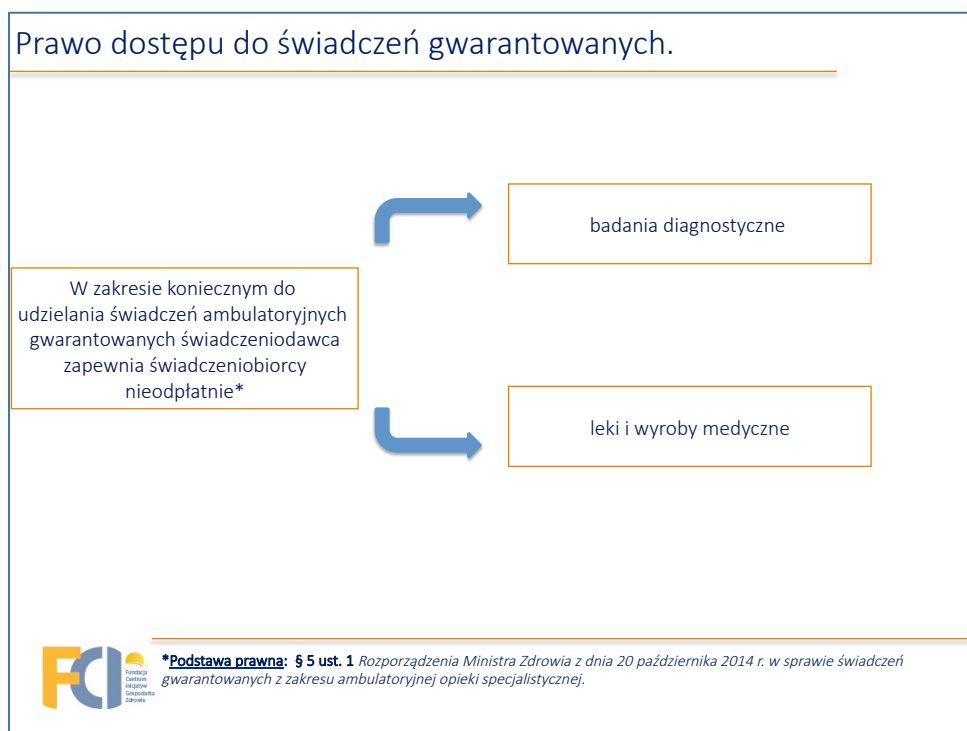
Rysunek 2 Świadczenia gwarantowane.

Poniższy rysunek wskazuje świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.



Rysunek 3 Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Należy również zwrócić uwagę, że świadczeniodawca ma obowiązek zapewnienia pacjentowi nieodpłatnie badań diagnostycznych i leków w zakresie niezbędnym do udzielania gwarantowanych świadczeń ambulatoryjnych.



Rysunek 4 Nieodpłatne świadczenia zapewniane pacjentowi w zakresie niezbędnym do udzielenie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Materiał opracowano zgodnie ze stanem prawnym na dzień 15 października 2015 roku.

Poniższy rysunek wskazuje świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego.



Rysunek 5 Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego.

Prawo pacjenta do świadczeń gwarantowanych.

Prawo pacjenta do świadczeń gwarantowanych określają następujące akty prawne:

- *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej,*
- *ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,*
- *ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty,*
- *ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,*
- *ustawa o działalności leczniczej.*

Należy wskazać, że pacjent, zgodnie z przepisami *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, ma prawo do¹⁰:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
- natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia,
- świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód

¹⁰ Art. 6, 7, 8 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Przestrzeganie prawa pacjenta do świadczeń gwarantowanych jest strzeżone nałożeniem zobowiązania na osoby udzielające świadczeń zdrowotnych oraz podmiot leczniczy, stąd:

- **lekarz** ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.¹¹
- **pielęgniarka i położna** są zobowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.¹²
- **podmiot leczniczy** nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.¹³

Mając na uwadze zakres świadczeń gwarantowanych jakie ma obowiązek zapewnić świadczeniodawca pacjentowi podczas leczenia szpitalnego powstaje praktyczne pytanie: czy w czasie hospitalizacji pacjent powinien otrzymać bezpłatnie również leki które musi przyjmować z tytułu schorzeń które nie są przyczyną hospitalizacji? Inaczej formułując pytanie: **czy pacjent przyjęty na oddział szpitalny w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego powinien mieć również zapewnione przez szpital leki które stosuje w przebiegu cukrzycy lub nadciśnienia?**

Podmiot leczniczy ma obowiązek bezpłatnego zapewnienia leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do udzielenia świadczenia pacjentowi przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych, a także przy udzielaniu pomocy w stanach nagłych.¹⁴ Niejednokrotnie zdarza się, że przepis ten jest interpretowany zawężająco co w konsekwencji oznacza, że pacjent jest zmuszony do korzystania w przebiegu leczenia szpitalnego z własnych leków i własnych wyrobów medycznych. Jednak taka praktyka jest niewłaściwa.

Naczelny Sąd Administracyjny wskazuje, że: *”Pacjentowi przyjętemu do szpitala przysługuje prawo do bezpłatnych leków koniecznych do wykonania świadczenia, a świadczeniodawca ma obowiązek ich zapewnienia. Ta konstatacja wynika z art. 35 ustawy*

¹¹ Art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

¹² Art. 12 ust 1 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

¹³ Art. 15 Ustawy o działalności leczniczej.

¹⁴ Art. 35 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(przyp. aut.: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) prowadzi do oczywistego wniosku, że podmiotem uprawnionym do żądania wynagrodzenia za poniesione na pacjenta koszty leczenia szpitalnego, obejmującego również podane leki jest świadczeniodawca.”¹⁵

Identyczne stanowisko prezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, który wskazuje jednoznacznie, że szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi bezpłatnie leki, nawet te, które nie są bezpośrednią przyczyną hospitalizacji, ale także te, które są niezbędne dla utrzymania zdrowia i życia pacjenta. Należy zwrócić uwagę, że w żadnych ze wspomnianych przypadków nie jest wskazane, że lek ma być najtańszy możliwy, tylko niezbędny.

Reasumując, należy stwierdzić, że świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala, zgodnie z ww. artykułem ustawy, szpital zobowiązany jest zapewnić bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Interpretacja wyrażenia „konieczne do wykonania świadczenia” powinna być dokonywana rozszerzająco. Zapis ten dotyczy zaopatrzenia pacjenta w leki dotyczące bezpośredniej przyczyny hospitalizacji, ale również w leki niezbędne dla podtrzymania zdrowia i życia pacjenta wynikające z leczenia pewnych schorzeń współistniejących, które pojawiają się w trakcie hospitalizacji, a które powinny być leczone na koszt szpitala niezależnie od przyczyny hospitalizacji. Niedopuszczalne jest pozostawienie pacjenta bez opieki, czy leczenia w trakcie pobytu w szpitalu w odniesieniu do występujących u niego schorzeń współistniejących, których nieleczenie może spowodować pogorszenie stanu zdrowia, czy nawet zagrożenie życia, bez względu czy zachorowanie nastąpiło przed czy w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu.

Rysunek 6 Pismo NFZ w sprawie interpretacji art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pismo nr NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy.

Należy zapamiętać:

Szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi wszystkie leki i wyroby medyczne wynikające z bezpośredniej przyczyny hospitalizacji jak i leki potrzebne dla podtrzymania zdrowia i życia pacjenta wynikające z leczenia schorzeń współistniejących niezależnie od przyczyny hospitalizacji.

Taka wykładnia wynika z orzecznictwa sądowego, jest ona również wskazywana w interpretacji Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz przez Rzecznika Praw Pacjenta.

¹⁵ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 30 lipca 2013 r. sygn. akt: II GSK 602/12.

Lek jako świadczenie gwarantowane.

Poprawne rozumienie pojęcia „leku jako świadczenia gwarantowanego” ma praktyczne znaczenie w przypadkach zmiany stosowanego dotychczas leku na inny lek zawierający tę samą substancję czynną.

Przed wszystkim należy podkreślić, że to które leki i w jakim zakresie stanowią świadczenia gwarantowane określa Minister Zdrowia w drodze obwieszczenia wykaz leków refundowanych.¹⁶ Wykaz leków refundowanych obejmuje konkretne leki którym przyznano decyzje o refundacji poprzez wskazanie:

- **dane identyfikujące lek (nazwę substancji czynnej, nazwę handlową, dawkę, kod EAN)**
- kategorię dostępności refundacyjnej,
- poziom odpłatności,
- urzędową cenę zbytu,
- cenę detaliczną,
- wysokość limitu finansowania dla leku,
- wysokość dopłaty świadczeniobiorcy,
- grupę limitową,

Należy zapamiętać:

Wykaz leków refundowanych wskazuje konkretne leki, w tym biologiczne referencyjne i biologiczne biopodobne, opisane nazwą handlową, które zostały objęte refundacją, a zatem znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych. Pacjent ma zatem prawo równego dostępu do każdego z leków opisanych nazwą handlową na zasadach wskazanych w ustawie o refundacji.

Prawo równego dostępu do świadczeń gwarantowanych wynikające z Konstytucji RP ma charakter bezwzględny i nie wolno tego prawa ograniczać.

¹⁶ Art. 1 ust. 1, art. 37 ust 1 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Praktyczne pytanie:

Czy uznanie w przypadku leków chemicznych, że lek oryginalny i referencyjny są tym samym lekiem uprawnia zamianę leku na inny lek zawierający tę samą substancję czynną bez wiedzy i zgody pacjenta?

Mając na uwadze, że w wykazie leków refundowanych wskazane są konkretne leki opisane przy pomocy nie tylko substancji czynnej, ale również nazwą handlową, dawką, drogą podania należy uznać że zarówno w przypadku leków chemicznych jak i biologicznych pacjent ma prawo równego dostępu do każdego z tych leków zgodnie z warunkami opisanymi w ustawie (kategoria dostępności leku, wskazanie, kryteria kwalifikacji w przypadku leków stosowanych w programach lekowych). Jest to prawo, mające charakter bezwzględny i nie wolno tego prawa ograniczać.

Procedura ustalająca kolejność dostępu do świadczeń – tzw. kolejka.

W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.¹⁷

Procedurę ustalającą kolejność dostępu do świadczeń określają następujące akty prawne:

- *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.*

Należy zapamiętać:

Zgodnie z przepisem zawartym w **art. 7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach oraz świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej powinny być udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Istotnym jest, że na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.¹⁸

¹⁷ **Art. 6 ust 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

¹⁸ **Art. 20 ust 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Bardzo ważnym jest fakt, że sposób prowadzenia kolejki oczekujących powinien być zgodny z określonym w przepisach, co oznacza że lista oczekujących na udzielenie świadczenia powinna być prowadzona w formie elektronicznej i stanowić integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.¹⁹

Zgodnie z zasadami ustalania listy oczekujących świadczeniodawca²⁰:

- ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy,
- informuje pisemnie pacjenta o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu,
- wpisuje do prowadzonej listy dane dotyczące pacjenta w tym dane umożliwiające kontakt z pacjentem, wraz z datą dokonania wpisu oraz imieniem i nazwiskiem osoby dokonującej wpisu,
- dołącza do prowadzonej listy oczekujących oryginał skierowania przedstawiony przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.

Praktyczne pytanie:

Jakie działania może podjąć pacjent w sytuacji kiedy lista oczekujących na świadczenia jest prowadzona w sposób nieprawidłowy?

Aby odpowiedzieć na to pytanie trzeba wskazać w jakich sytuacjach można uznać, że lista oczekujących na świadczenia będzie prowadzona nieprawidłowo:

- każda lista prowadzona w innej formie niż elektroniczna,
- brak przekazania pacjentowi **pisemnej** informacji o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, terminie udzielenia świadczenia i uzasadnieniu przyczyny wyboru tego terminu
- brak możliwości dostępu do listy (lista jest integralnym elementem dokumentacji medycznej, zatem pacjent ma prawo dostępu do listy oczekujących na zasadach udostępniania dokumentacji medycznej)

Zatem wszelkie uchybienia w sposobie prowadzenia kolejki mogą stanowić podstawę do sformułowania zarzutu nie tylko w zakresie nieprawidłowości prowadzenia kolejki oczekujących, ale również zarzutu o naruszenie prawa pacjenta do równego dostępu do świadczeń. W takiej sytuacji pacjent może:

- **złożyć pisemne zawiadomienie kierowane do dyrektora oddziału NFZ, o niewłaściwym wykonywaniu obowiązków związanych z prawidłowym prowadzeniem kolejki.** W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21 (tj. przepisów związanych z prowadzeniem kolejki oczekujących), dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy.
- **złożyć do Rzecznika Praw Pacjenta wniosek o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w związku z naruszeniem prawa pacjenta do równego dostępu do świadczeń gwarantowanych.**

¹⁹ Art. 20 ust 4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁰ Art. 20 ust 1, art. 20 ust 4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Należy zapamiętać:

W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21 (tj. przepisów związanych z prowadzeniem kolejki oczekujących), dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy. *

* **Art. 23 ust 7** *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Należy pamiętać, że niezbędnym warunkiem wpisania na listę oczekujących jest dostarczenie oryginału skierowania. **Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy jest zobowiązany dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.**²¹

Bardzo ważne jest prawidłowe obliczenie terminu doręczenia skierowania. Termin oblicza się według przepisów prawa cywilnego. Jeżeli początkiem terminu oznaczonego w dniach jest pewne zdarzenie (w tym przypadku zdarzeniem jest dokonanie wpisu na listę oczekujących), nie uwzględnia się przy obliczaniu terminu dnia, w którym to zdarzenie nastąpiło. Termin oznaczony w dniach kończy się z upływem ostatniego dnia.²² Oznacza to, że bieg terminu liczy się od następnego dnia po dokonaniu wpisu na listę oczekujących). W wypadku gdy prawidłowo obliczony termin przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy, termin upływa dnia następnego²³ w rozumieniu pierwszego dnia pracującego.

²¹ **Art. 20 ust 2a** *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

²² **Art. 111** *Kodeksu cywilnego.*

²³ **Art. 115** *Kodeksu cywilnego.*

Praktyczne pytanie:

Co może zrobić pacjent aby nie zostać skreślonym z listy oczekujących w sytuacji kiedy termin doręczenia upływa na drugi dzień i nie ma możliwości dostarczenia skierowania osobiście?

W takim przypadku należy pamiętać, że wysłanie skierowania w polskiej placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe lub w placówce pocztowej operatora świadczącego pocztowe usługi powszechne w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej jest równoznaczne z dostarczeniem go świadczeniobiorcy.*

Mając na uwadze fakt, że kolejka jest prowadzona elektronicznie i system automatycznie usuwa wpisy do których brak jest załączonych skierowań, dobrze jest również telefonicznie powiadomić podmiot leczniczy o fakcie wysłania skierowania za pośrednictwem poczty polskiej.

***Art. 165 §1i2 Kodeksu postępowania cywilnego.**

Zasady prowadzenia kolejek oczekujących.

Zgodnie z zasadami wskazanymi w przepisach listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając pacjentów na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.²⁴

W celu zapewnienia właściwej kolejności udzielania świadczeń podmiot leczniczy kwalifikuje każdego pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej. Kwalifikacji dokonuje się na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- stanu zdrowia świadczeniobiorcy,
- rokowania co do dalszego przebiegu choroby,
- chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie,
- zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

²⁴ Art. : Art. 20 ust 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
Materiał opracowano zgodnie ze stanem prawnym na dzień 15 października 2015 roku.

Praktyczne pytanie:

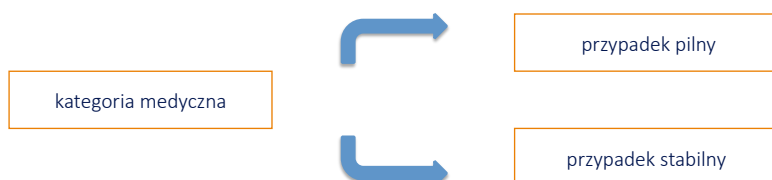
Czy kwalifikacji może dokonać pielęgniarka lub osoba niebędąca lekarzem podczas zapisywania pacjenta na wizytę?

Kwalifikacji może dokonać wyłącznie lekarz, tylko lekarz ma kompetencje do oceny: stanu zdrowia pacjenta, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę z powodu której ma być udzielone świadczenie jaki zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niesprawności.

Lekarz jest zobowiązany ocenić nie tylko stan zdrowia pacjenta, ale także w wypadku stwierdzenia zagrożenia rozważyć prawdopodobieństwo jego zwiększenia. W przypadku stwierdzenia zagrożenia zdrowia świadczenie powinno być pacjentowi udzielone bez względu na limit świadczeń i kolejkę osób oczekujących. Wskazany obowiązek dotyczy również osób działających w imieniu i na rzecz lekarza lub podmiotu leczniczego. Osoby te powinny zapewnić bezpośredni kontakt z lekarzem.

Kwalifikacja pacjentów do kategorii medycznej.

Podmiot leczniczy w celu zapewnienia właściwej kolejności udzielania świadczeń każdego pacjenta kwalifikuje do odpowiedniej kategorii medycznej.



***Podstawa prawna:** §2 Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Rysunek 7 Kwalifikacja pacjentów do kategorii medycznej.

Uwzględniając wskazane wcześniej kryteria kwalifikuje się pacjentów do dwóch kategorii medycznych²⁵:

- **przypadek pilny**, to taki w którym istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.
- **przypadek stabilny**, to przypadek inny niż stan nagły i przypadek pilny.

Należy zapamiętać:

Pacjent zakwalifikowany do kategorii medycznej „*przypadek pilny*” powinien być umieszczany na liście oczekujących przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej przypadek stabilny.

§3 Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

W sytuacji gdy do wykonania świadczenia potrzebne jest skierowanie, to procedura kwalifikacji jest uzależniona od miejsca udzielania świadczenia, i tak:²⁶

- **w przypadku świadczeń udzielanych w szpitalach**, to lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej.
- **w przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej**, brana jest pod uwagę kategoria medyczna, wskazana na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

²⁵ **§2 ust. 1** Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

²⁶ **§2 ust. 2** Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Jak należy ocenić ten stan faktyczny?

Matka małoletniej pacjentki leczonej z powodu Młodzieńczego Idiopatycznego Zapalenia Stawów zaniepokojona objawami obserwowanymi u córki zgłosiła się do poradni celem wcześniejszego umówienia wizyty u lekarza reumatologa niż wynikało to z terminu wizyty kontrolnej. Zaproponowano termin wizyty za 2 miesiące z uwagi na limit wynikający z umowy z NFZ oraz kolejkę oczekujących na świadczenia. Matka pacjentki wskazała, że staw kolanowy córki jest obrzęknięty i córka skarży się na bolesność kolana. Matka poprosiła o przyjęcie dziecka w trybie pilnym, niestety została poinformowana że najszybszy termin wizyty może zostać wyznaczony za 2 miesiące. Matka zdecydowała się na wizytę prywatną podczas której lekarz stwierdził zaostrzenie choroby i zdecydował o konieczności zmiany leków.

Jakie w tej sytuacji zostały popełnione błędy?

Powyższy przypadek, nie był przedmiotem postępowania sądowego, bowiem podmiot leczniczy zawarł ugodę. Popełnione nieprawidłowości zostaną wskazane *per analogiam* na podstawie Wyroków Sądu Najwyższego.

Wyrok sądu w sprawie:

Po pierwsze: nałożonym na lekarza przepisem art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obowiązek niesienia pomocy występuje we wszystkich wypadkach, w których zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować określone w tym przepisie skutki, a więc i wtedy, gdy ich zaistnienie mogło i powinno być przez lekarza przewidziane. Oznacza to, że w kontakcie z pacjentem lekarz zobowiązany jest ocenić nie tylko stan jego zdrowia na podstawie aktualnej diagnozy, ale także w wypadku stwierdzenia zagrożenia rozważyć prawdopodobieństwo jego zwiększenia. Jeśli przewidywany wzrost zagrożenia wskazuje na możliwość zaistnienia skutków wymienionych w art. 30, to, pełniąc funkcję gwaranta, lekarz jest zobowiązany do niezwłocznego udzielenia właściwej pomocy medycznej, chyba że zwłoka w jej udzieleniu nie zmieniałaby stopnia zagrożenia. Niespełnienie tych obowiązków przez lekarza narusza art. 30 tej ustawy.*

***Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2010 r. sygn. akt: V KK 34/10.**

Po drugie: Przepisy art. 7 u.z.o.z. (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) i art. 30 o zawodzie lekarza i lekarza dentysty są adresowane bezpośrednio do podmiotów leczniczych i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego podmiotem leczniczym czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne.*

***Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r. sygn. akt: I CSK 161/13.**

²⁷ Art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Art. 15 Ustawy o działalności leczniczej:” Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Ciągłość udzielania świadczeń (ciągłość leczenia).

Pojęcie ciągłość udzielania świadczeń oznacza organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia pacjentów, w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.²⁸

Jak ocenić ten stan faktyczny?

Pacjent został włączony do programu lekowego, leczenia w schemacie chemioterapii. Pacjentowi podano leki w ramach pierwszego cyklu chemioterapii i zakończono pierwszy cykl chemioterapii. W związku z wykonaniem umowy na programy lekowe zawartej z NFZ powstrzymano się od podania pacjentowi leków w ramach drugiego cyklu chemioterapii do czasu renegocjacji umowy.

Czy szpital miał prawo przerwać leczenie w ramach programu lekowego z uwagi na limit umowy z NFZ?

Wyrok sądu w sprawie:

U chorego, któremu podano pierwszą z określonego cyklu dawkę chemii, aby leczenie odniosło skutek, nie można - jeśli nie sprzeciwiają się temu względy medyczne - zaprzestać leczenia, tj. podania mu kolejnej dawki cyklu, w przewidzianym dla tego cyklu terminie. Wyłącznie powikłania, jakie wystąpiłyby u chorego po podaniu mu pierwszej dawki chemii, które zagrażają jego życiu i zdrowiu, dopuszczalnym czynią odroczenie w czasie podania choremu kolejnej dawki chemii, tj. do chwili, gdy jej podanie będzie możliwe z uwagi na stan zdrowia pacjenta. Niedopuszczalnym natomiast jest przerwanie cyklu chemii z innych względów niż medyczne, gdyż skutkowałaby to zniweczeniem skutków dotychczasowego leczenia i podanych już dawek chemii.

Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 11 grudnia 2013, sygn. akt: I ACa 1205/13.

Należy zapamiętać:

Na szpitalu oraz na lekarzu ciąży odpowiedzialność za przerwanie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, podawania leku, w sytuacji, gdyby przerwanie podawania leku mogłoby narazić pacjenta na utratę życia lub zdrowia. Obowiązek udzielania świadczeń w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjenta ma charakter wyprzedzający w stosunku do ograniczeń wynikających z limitu świadczeń zawartego w umowie z NFZ.

²⁸ Art. 5 pkt. 2a Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Praktyczne pytanie:

Czy w przypadku „wyczerpania limitu” umowy z NFZ podmiot leczniczy ma prawo pacjentowi kwalifikującemu się do kategorii „stan pilny” odmówić udzielenia świadczeń?

Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie - I Wydział Cywilny z dnia 7 lutego 2013 r. sygn. akt: I ACa 463/12: „Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić niezwłocznego udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej (a więc w stanach nagłych, ale i także w stanach pilnych, jeżeli istnieje zagrożenie zdrowia lub życia), nawet jeżeli to świadczenie będzie udzielane poza zakontraktowany limit w umowie między zakładem opieki zdrowotnej, a Narodowym Funduszem Zdrowia.”

Należy zapamiętać:

Zapewnienie ciągłości świadczeń jest obowiązkiem:

- podmiotu leczniczego,*
- Narodowego Funduszu Zdrowia.**

* Art. 24 Ustawy o działalności leczniczej.

** Art. 231 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenie opieki zdrowotnej.

Korzenie normatywne i definicja świadomej zgody pacjenta.

Gwarancją przestrzegania praw człowieka w Polsce jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nakazująca każdemu obowiązek poszanowania wolności i praw innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej. **Ograniczenia w zakresie korzystania z wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób.** Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.²⁹

²⁹ Art. 31, 39 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Należy zapamiętać:

Refleksem konstytucyjnego prawa człowieka do wolności jest prawo pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na świadczenie zdrowotne.

Pacjent ma prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, w tym na zmianę leczenia, to jest na zmianę udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.³⁰

Pojęcie „świadczenia opieki zdrowotnej” zostało wyjaśnione w rozdziale dotyczącym świadczeń gwarantowanych, należy jednak pamiętać, że świadoma zgoda pacjenta to prawo dotyczące wszystkich świadczeń zdrowotnych, nie tylko tych które są finansowane ze środków publicznych. Dokładnie takie samo prawo do wyrażenia lub odmowy zgody ma pacjent w przypadku świadczeń całkowicie odpłatnych dla siebie. Warto o tym pamiętać w przypadku wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej również tych finansowanych przez pacjenta, choćby podczas wizyty u stomatologa.

Zgoda pacjenta jako oświadczenie woli.

Zgoda lub odmowa zgody pacjenta jako czynność prawna jest oświadczeniem woli w rozumieniu kodeksu cywilnego. Zatem w ocenie prawidłowości uzyskania zgody pacjenta będą miały zastosowanie przepisy prawa cywilnego.

Należy zapamiętać:

Zarówno zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne jak i jej odmowa jest oświadczeniem woli, którego wadliwość stwierdza się na podstawie kodeksu cywilnego

Kodeks cywilny wskazuje w jakich przypadkach oświadczenie woli, w tym przypadku zgoda pacjenta/odmowa zgody, jest nieważne:

- nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli – jest tzw. brak świadomości i swobody.³¹

³⁰ Art. 16 i 9 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³¹ Art. 82 Kodeksu cywilnego.

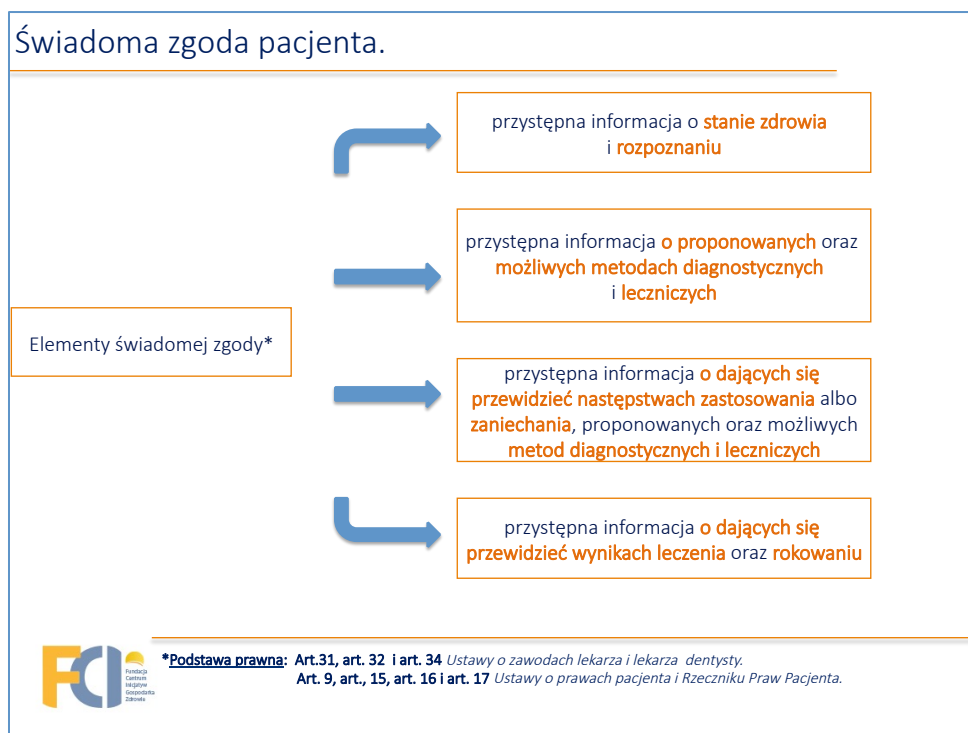
- nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę pod wpływem błędu. Błąd istotny uzasadnia przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia tej treści.³²

Należy zapamiętać:

Zgoda pacjenta udzielona pod wpływem istotnego błędu jest nieważna. Błąd istotny uzasadnia przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia tej treści.

Ustawodawca wskazuje jakie informacje powinny być udzielone pacjentowi przed wyrażeniem zgody na leczenie aby ten nie działał pod wpływem błędu. Zatem pacjent ma prawo do udzielenia lub odmowy zgody na świadczenie zdrowotne **po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.**

Zatem podstawą udzielania zgody na świadczenie zdrowotne jest świadomość pacjenta związana z przedmiotem zgody czyli określonym świadczeniem. Elementy czyniące zgodę pacjenta świadomą skazuje poniższy rysunek.



Rysunek 8 Elementy świadomej zgody pacjenta.

Uchybienie któremukolwiek z elementów świadomej zgody daje podstawę do stwierdzenia wadliwości udzielonej zgody.

³² Art. 84 Kodeksu cywilnego.

Prawo pacjenta do informacji.

Prawo pacjenta do wyrażenia świadomej zgody jest związane z innym, równie silnym prawem – prawem do informacji³³.

Prawo pacjenta do informacji jest wzmocnione nałożonym na osoby realizujące świadczenia zdrowotne obowiązkiem udzielania informacji, i tak:

- pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.³⁴
- lekarz, poza wyjątkami zastrzeżonymi w ustawie, ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.³⁵
- pielęgniarka ma obowiązek udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.³⁶

Należy zapamiętać:

Za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego lekarz ma prawo udzielić informacji wskazanym osobom.

³³ Art. 16 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³⁴ Art. 9 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³⁵ Art. 31 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

³⁶ Art. 16 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

W powyższym kontekście powstaje pytanie czy brak przekazania pacjentowi informacji o alternatywnej metodzie leczenia będzie czyniło zgodę pacjenta na zabieg zgodą wadliwą?

Jak ocenić ten stan faktyczny?

Pacjentka domagała się zasądzenia od pozwanego Szpitala odszkodowania i zadośćuczynienia w związku z nieudaniem jej zdaniem, przeprowadzonym jeszcze w 2004 roku, zabiegiem operacyjnym przy leczeniu refluksu żołądkowo - jelitowego i nie poinformowaniem pacjentki o możliwości zastosowania leczenia techniką laparoskopową.

Sąd w toku postępowania ustalił, że zabieg wykonano prawidłowo jednak w dokumentacji medycznej brak było informacji o tym, że przedstawiono pacjentce możliwość leczenia metodą laparoskopową. W ocenie sądu lekarz i szpital nie udowodnił, że powódce przedstawiono inną możliwość leczenia.

Dlaczego zgoda udzielona przez pacjentkę była zgodą wadliwą?

Wyrok sądu w sprawie:

Brak informacji o możliwych alternatywnych metodach leczenia stanowił uchybienie warunków udzielenia świadomej zgody na zabieg.

Brak świadomej zgody pacjenta uzasadnia odpowiedzialność pozwanego szpitala niezależnie od tego czy w procesie leczniczym popełniono błąd lekarski. Okoliczności wskazane powyżej są podstawą zasądzenia na rzecz pacjenta zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 w zw. z art. 23 i 24 § 1 Kodeksu cywilnego.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 października 2012 sygn. akt: I ACa 962/12.

Należy zapamiętać:

Zgoda pacjenta jest oświadczeniem woli. Brak informacji o możliwych alternatywnych metodach leczenia, uznaje się za istotnie wpływające na decyzję pacjenta. Brak takich informacji powoduje, że zgoda pacjenta staje się czynnością nieważną.

Jak ocenić ten stan faktyczny?

Lekarz zaproponował pacjentowi stosowanie określonego leku, nie informując o możliwości stosowania innego leku, bowiem według wiedzy lekarza ten inny lek powodował działania niepożądane w postaci zawrotów głowy. Lek stosowany przez lekarza nie pomógł pacjentowi – nie został osiągnięty efekt terapeutyczny.

Pacjent dowiedział się o możliwości stosowania innego leku i zarzucił lekarzowi oraz szpitalowi, że nie zaproponował mu leczenia innym lekiem. **Lekarz wyjaśniał, że inny lek właściwy ze względu na rozpoznanie u pacjenta mógł spowodować działania niepożądane w postaci zawrotów głowy.**

Czy udzielona zgoda na stosowanie leku spełniała przesłanki świadomej zgody pacjenta?

Powyższy przypadek, nie był przedmiotem postępowania sądowego. Popętnione nieprawidłowości zostaną wskazane per analogiam na podstawie Wyroków Sądu Najwyższego

Wyrok sądu w sprawie:

Zgoda pacjenta musi być zgodą świadomą. Aby mogła taką być - lekarz powinien objaśnić pacjentowi ryzyko związane z leczeniem daną metodą lub zaniechania leczenia oraz poinformować go o innych metodach leczenia, jeśli takie występują.

Nawet jeśli w opinii lekarza wybrany przez pacjenta sposób leczenia byłby dla niego niekorzystny – to do pacjenta należy wybór formy i sposobu leczenia. W przypadku naruszenia tego prawa pacjent ma podstawę do wniesienia pozwu przeciw szpitalowi za negatywne skutki leczenia.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. sygn. akt: III CSK 227/11

Należy zapamiętać:

Gdy istnieją alternatywne metody diagnostyczne lub lecznicze wybór jednej z nich należy do pacjenta. Wybór ten lekarz ma obowiązek uszanować, nawet jeśli jego zdaniem nie jest on trafny. O wyborze tym przesądzą przekonania pacjenta, jego indywidualna wrażliwość na ból, podatność na alergię i inne cechy osobnicze.

Na tym, gruncie powstaje kolejne pytanie, a mianowicie, **czy okoliczność w której pacjent nie zadaje żadnych pytań uzasadnia brak udzielania informacji przez lekarza?**

Należy zapamiętać:

To lekarz musi zaplanować czas na poinformowanie pacjenta o przebiegu zabiegu i wszystkich towarzyszących mu okolicznościach, a także na zadanie mu nurtujących pacjenta pytań.

Wszelkie próby tłumaczenia sprowadzające linię obrony lekarza do sformułowania „pacjent o nic nie pytał, więc nie musiałem nic wyjaśniać” czynią proces leczenia pozbawionym podstaw prawnych i stanowią złamanie praw pacjenta, o którym mowa w art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 1972 r. sygn. akt: III CR 269/72.

Okoliczności uprawniające lekarza do powstrzymania się od udzielenia informacji.

Istnieją dwie okoliczności uprawniające lekarza do powstrzymania się od udzielenia pacjentowi informacji.

- w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Decyzję podejmuje lekarz.³⁷
- na żądanie pacjenta lekarz jest zwolniony z obowiązku udzielania pacjentowi informacji. Decyzję podejmuje pacjent.³⁸

Należy zapamiętać:

W obu wskazanych przypadkach granice dopuszczalności działania lekarza wyznacza wola pacjenta.

Zgoda pacjenta w programie lekowym.

Karta kwalifikacji do programu lekowego zawiera oświadczenie pacjenta, które niejednokrotnie traktowane jest jako zgoda pacjenta na świadczenie opieki zdrowotnej. Z zagadnieniem zawartego w karcie kwalifikacji oświadczeniem pacjenta związane są dwa pytania:

1. Czy oświadczenie pacjenta zawarte w karcie kwalifikacyjnej spełnia przesłanki świadomej zgody pacjenta?

³⁷ Art. 31 ust 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

³⁸ Art. 31 ust 3 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Świadoma zgoda pacjenta.

To oświadczenie nie zawiera:

- przystępnej informacji o stanie zdrowia i rokowaniach,
- przystępnej informacji o alternatywnych metodach leczenia (lekach),
- przystępnej informacji o skutkach leczenia lub zaniechania.

Załącznik nr 33
do zarządzenia Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ
z dnia 10 października 2011 r.

Pieczęć świadczeniodawcy

CZĘŚĆ A

**KARTA Nr...../2015 REJESTRACJI ŚWIADCZENIOBIORCY
DO UDZIAŁU W PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM (LEKOWYM)**

PROGRAM LECZENIA NISKOROSLYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOŚCIĄ PRZYSADKI¹

1. Oświadczenie świadczeniodawcy

Oświadczam, że pacjent numer PESEL: /2 spełnia kryteria
łączenia do ww. programu zgodnie z jego opisem. Terapię pacjenta ww. programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęta od dnia

Pieczęć i podpis lekarza
kwalifikującego pacjenta do udziału w programie²

2. Oświadczenie pacjenta⁴

Po zapoznaniu się z opisem Programu terapeutycznego (lekowego).....³, w szczególności z kryteriami włączenia do programu i
wyłączenia, oraz ulotką informacyjną leku dla pacjenta, wyrażam zgodę na udział w programie na zasadach określonych w jego
opisie.

.....
miejscowość, data czytelny podpis pacjenta

1 Wpisz nazwę i kod programu zgodnie z Katalogiem programów terapeutycznych (lekowych) wprowadzonym zarządzeniem nr / Prezesa Narodowego Funduszu
Zdrowia
2 Inicj. nazwisko i nr PESEL, wprowadza lekarz kwalifikujący do programu.
3 W kolumnie tej wymagane są dane lekarza kwalifikującego pacjenta do udziału w programie, oraz własnoręczny podpis, potwierdzający, że pacjent spełnia kryteria
kwalifikacji do programu terapeutycznego (lekowego), którego dotyczy karta, wprowadzonego zarządzeniem nr
4 W przypadku, gdy stan pacjenta nie pozwala na wypełnienie przez niego Karty, kartę wypełnia członek rodziny, a w przypadku braku takiej możliwości lekarz dokonuje
własnego oświadczenia na Karcie, którego podpis nie służy jej wypełnieniu.
5 Tekst opisu programu, obowiązujący na dzień kwalifikacji pacjenta do programu, udostępnia pacjentowi personel ośrodka prowadzącego leczenie. Nazwę i kod programu wprowadza personel
medyczny ośrodku kwalifikującego program terapeutyczny.

To oświadczenie nie spełnia przesłanek do uznania go za świadomą i swobodną zgodę pacjenta.

Rysunek 9 Karta kwalifikacji do programu lekowego

Analiza oświadczenia pacjenta znajdującego się na karcie nie umożliwia zakwalifikowania tego oświadczenia jako świadomej zgody pacjenta, bowiem nie zawiera ono przesłanek świadomej zgody pacjenta w postaci:

- przystępnej informacji o stanie zdrowia i rokowaniach
- przystępnej informacji o alternatywnych metodach leczenia (lekach)
- przystępnej informacji o skutkach leczenia lub jego zaniechania

2. Czy przy okoliczność zmiany leku opisanego inną nazwą handlową, ale zawierającego tę samą substancję czynną wymusza podpisanie kolejnego oświadczenia?

W oświadczeniu pacjent wskazuje, że „*Po zapoznaniu się z opisem Programu terapeutycznego (lekowego) nazwa programu w szczególności kryteriami włączenia do programu i wyłączenia oraz ulotką informacyjną leku nazwa leku dla pacjenta, wyrażam zgodę na udział w programie na zasadach określonych w jego opisie*”. Taki zapis wskazuje, że karta kwalifikacji do programu lekowego powinna być podpisana każdorazowo przy zmianie leku nawet w przypadku zmiany w obrębie tej samej substancji czynnej. Należy bowiem pamiętać, że każdy lek ma własną ulotkę informacyjną.

Okoliczności uprawniające lekarza do udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi bez jego zgody.

Udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Fakt ten wraz z uzasadnieniem lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.³⁹

Forma udzielenia zgody.

Formę udzielenia zgody pacjenta regulują przepisy następujących aktów prawnych:

- *Kodeksu cywilnego,*
- *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,*
- *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

Należy zapamiętać:

Zgoda pacjenta jest formą oświadczenia woli.

Forma udzielnej zgody będzie uzależniona od rodzaju zabiegu, w tym kontekście ustawodawca wskazuje dwa rodzaje zabiegu:

- zabieg prosty,
- zabieg operacyjny oraz metoda leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, tzw. zabieg podwyższonego ryzyka.

Zabieg prosty, to zabieg w przypadku którego zgoda może być wyrażona w formie ustnej lub konkludentnie (per facta concludentia), to znaczy poprzez takie zachowanie się pacjenta, w którym wyraża on w sposób jednoznaczny zgodę na wykonanie danego zabiegu oraz współpracuje z lekarzem przy jego wykonywaniu.⁴⁰

Przykładem zabiegu prostego może być pobranie krwi lub badanie łuków podniebiennych. Zgoda konkludentna czyli dorozumiana będzie polegała na takiej współpracy pacjenta

³⁹ Art. 33 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

⁴⁰ Art. 32 ust 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

z lekarzem, która będzie umożliwiała wykonanie zabiegu, to znaczy: w trakcie pobrania krwi pacjent w pozycji siedzącej odsłania przedramię w celu wkłucia igły lub w przypadku badania łuków podniebiennych otwiera usta na polecenie lekarza wykonującego badanie.

Praktyczne pytanie:

Czy podanie leku może zostać uznane za zabieg prosty?

W kontekście możliwości wystąpienia działań i zdarzeń niepożądanych oraz wymogu ich zgłaszania nie można uznać podania, a szczególnie zmiany leku za tzw. zabieg prosty. **Zatem zgoda na podanie lub zmianę leku nie może nastąpić w sposób konkludentny.** Zasada ta dotyczy również sytuacji zmiany leków o tej samej substancji czynnej opisanych różną nazwą handlową.

W przypadku zabiegu operacyjnego oraz metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda pacjenta powinna zostać udzielona w formie pisemnej.⁴¹

W związku z tym, że zgoda pacjenta jest oświadczeniem woli szczegółowe regulacje dotyczące formy pisemnej określają przepisy Kodeksu cywilnego. Aby oświadczenie woli miało charakter skuteczny prawnie, wystarczy by zostało sporządzone w dowolnej formie pozwalającej zaopatrzyć go we własnoręczny podpis figurujący pod treścią oświadczenia. Treść oświadczenia może być sporządzona na dowolnym nośniku.⁴²

⁴¹ Art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

⁴² Art. 78 Kodeksu cywilnego.

Dla zainteresowanych:

1. Czy niezachowanie formy pisemnej zgody pacjenta czyni tę zgodę nieskuteczną prawnie?

Przepis art. 73 §1 kodeksu cywilnego wskazuje, że: jeżeli ustawa zastrzega dla czynności prawnej formę pisemną, to czynność dokonana bez zachowania zastrzeżonej formy jest nieważna tylko wtedy, gdy ustawa przewiduje rygor nieważności – przepis ten dotyczy zgody pacjenta.

W art. 34 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* nie sprecyzowano, jakie skutki pociąga za sobą niezachowanie wymaganej formy wyrażenia zgody przez pacjenta. Zatem niezachowanie formy pisemnej zgody nie skutkuje jej nieważnością.

2. Jaki skutek będzie miało niezachowanie formy pisemnej zgody pacjenta?

Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny (art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jedn. tekst: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) nie powoduje nieważności samej zgody. Skutki niezachowania wymaganej formy określa art. 74 Kodeksu cywilnego.*

Zgodnie z tym przepisem, zastrzeżenie formy pisemnej bez rygoru nieważności ma tylko ten skutek, że w razie niezachowania zastrzeżonej formy nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności.

*Wyrok Sądu Najwyższego – z dnia 11 kwietnia 2004 r. sygn. akt: I CSK 191/05

Należy zapamiętać:

Wyrażenie świadomej tj. poinformowanej zgody pacjenta jest oświadczeniem woli poprzedzonym procesem decyzyjnym. Aby zgoda pacjenta była ważna musi być świadoma, tj. wyrażona po uzyskaniu informacji niezbędnych do podjęcia decyzji i wyrażona w sposób swobodny. Forma udzielenia zgody nie jest obarczona rygorem nieważności więc ma znaczenie wyłącznie dowodowe.

Prawo do monitorowania działań niepożądanych leków.

Wstęp.

Prawo pacjenta do monitorowania działań niepożądanych leków jest stosunkowo niedawno wprowadzonym polskiego porządku prawnego uprawnieniem pacjenta. Ma ono związek z potrzebą ujednolicenia polityki bezpieczeństwa farmakoterapii wprowadzoną przez Parlament Europejski i Radę. Zatem poza podmiotami dotychczas zobowiązanymi do monitorowania i zgłaszania działań niepożądanych leków dodatkowe uprawnienie (ale nie obowiązek) otrzymuje pacjent.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny **ma prawo** monitorowania i zgłaszania lekarzowi, pielęgniarce, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, podmiotowi odpowiedzialnemu działań niepożądanych leków.⁴³

Lekarz **jest zobowiązany** zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego (leku).⁴⁴

Pielęgniarka **ma obowiązek** zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego.⁴⁵

Czym zatem jest działanie niepożądane leku?

Działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.⁴⁶

Leki dodatkowo monitorowane.

Unia Europejska (UE) wprowadziła nową procedurę oznakowania leków szczególnie uważnie monitorowanych przez organy ds. rejestracji. Leki te opisane są jako „dodatkowo monitorowane”. Do grupy leków dodatkowo monitorowanych należą między innymi preparaty krwio pochodne, leki biologiczne. Wykaz leków dodatkowo monitorowanych znajduje się na stronie Europejskiej Agencji Leków:

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2013/04/WC500142453.pdf

Leki dodatkowo monitorowane zarówno w ulotce lekowej, na opakowaniu jak i w charakterystyce produktu leczniczego zawierają szczególne oznakowanie w postaci czarnego trójkąta oraz napisu „Ten produkt leczniczy podlega dodatkowemu monitorowaniu”⁴⁷



Rysunek 10 Oznaczenie leków dodatkowo monitorowanych

⁴³ Art. 12 a Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴⁴ Art. 45a Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

⁴⁵ Art. 16 ust. 3 Ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej.

⁴⁶ Art. 12 a Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 2 pkt 3a Ustawy prawo farmaceutyczne.

⁴⁷ Art. 28 ust 3 lit h Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) NR 520/2012 w sprawie działań związanych z nadzorem nad bezpieczeństwem farmakoterapii, o których mowa w rozporządzeniu (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady i w dyrektywie 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady.

Art. 11 Ustawy prawo farmaceutyczne.

Zgłoszenie działania niepożądanego leku.

Zgłoszenie działania niepożądanego powinno zawierać⁴⁸:

- inicjały, płeć lub wiek pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie,
- imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia,
- podpis osoby dokonującej zgłoszenia, jeżeli zgłoszenie nie jest przekazywane drogą elektroniczną,
- nazwę (handlową) leku podejrzanego o wywołanie działania,
- opis działania niepożądanego.
- numer serii leku w przypadku leków dodatkowo monitorowanych.

Wzór formularza zgłoszenia działania niepożądanego leku znajduje się na stronie 61

Należy zapamiętać:

Pacjent ma prawo monitorować i zgłaszać działania niepożądane leków. Aby prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych leków było respektowane powinien on znać nazwę handlową leku a w przypadków leków biologicznych również numer serii leku, którym jest leczony.

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej.

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.⁴⁹

Dokumentacja medyczna w celu realizacji wskazanego prawa pacjenta jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.⁵⁰

Sposób udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi⁵¹:

- do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii.

Dokumentacja medyczna pacjenta może być również udostępniona uprawnionemu organowi lub podmiotowi poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli żąda on udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

⁴⁸ Art. 36 e Ustawy prawo farmaceutyczne.

⁴⁹ Art. 23 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁵⁰ Art. Art. 26 ust 1. Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁵¹ Art. 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wyciągów odpisów kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę na zasadach określonych w ustawie.⁵²

Należy zapamiętać:

Dokumentacja medyczna jest to zbiór dokumentów wytwarzanych, prowadzonych, przetwarzanych i przechowywanych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą potwierdzających przebieg wszystkich działań medycznych lub opiekuńczych, jakim poddany był pacjent w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych sporządzonych w każdej formie i na każdym nośniku informacji z wyłączeniem nagrania, którego nie traktuje się obecnie jako dokumentacji medycznej.

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.⁵³

Należy zapamiętać:

Zasada domniemania prawdziwości dokumentacji medycznej jest oparta na założeniu, że odzwierciedla ona stan faktyczny chorego oraz przebieg całego postępowania medycznego. Zatem niedopuszczalne jest usuwanie wpisów, trwałe kasowanie wyników badań z pamięci urządzeń, usuwanie elementów dokumentacji medycznej pacjenta.

Zmianą w dokumentacji medycznej będzie każda zmiana wprowadzona w czasie późniejszym niż dokonywanie wpisu w dokumentacji medycznej. Jako zmianę w dokumentacji medycznej należy również rozumieć uzupełnienie danych pacjenta, danych lekarza, danych podmiotu leczniczego. Wprowadzana zmiana musi być zgodna ze stanem faktycznym.

⁵² Art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁵³ § 6 ust. 3,4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Praktyczne pytanie:

Czy przyczyną zmiany w dokumentacji medycznej jest wyłącznie pomyłka?

Nie. Każdy przypadek kiedy wyniki badań pacjenta wykonywane w trakcie hospitalizacji są wydawane już po wypisie ze szpitala. W taki przypadku każdorazowo wynik badania powinien być uzupełniony w karcie pacjenta i ta sytuacja jest właśnie wprowadzeniem zmiany.

Czy w przypadku kiedy wynik jest dostępny po okresie hospitalizacji pacjent ma obowiązek odebrać taki wynik osobiście?

Nie, pacjent nie musi odebrać wyniku osobiście pod warunkiem, że podczas wypisywania ze szpitala przekaze zgodę na przesłanie wyników pocztą i wskaże dokładny adres nadania.

Zmiana może być również dokonywana na wniosek pacjenta.

Należy zapamiętać:

Jeśli zmiany dokonuje się po wydaniu dokumentacji medycznej pacjentowi, pacjent powinien zostać powiadomiony o tym fakcie i otrzymać aktualny dokument tj. z wprowadzonymi zmianami.

Prawa pacjenta małoletniego.

Rola rodziców w procesie leczenia.

Rola rodziców rozumiana jest również jako zespół uprawnień/praw rodziców do czynnego uczestniczenia w procesie leczenia swojego dziecka. Uprawnienia nadane rodzicom gwarantują możliwość realizacji obowiązków związanych ze sprawowaniem władzy rodzicielskiej.⁵⁴ Tu należy zwrócić uwagę, że zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym rodzice działają w imieniu i na rzecz małoletniego dziecka. W kontekście przepisów zawartych w *konwencji praw dziecka, kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* należy przyjąć, że:

1. rodzice pacjenta powinni być świadomymi uczestnikami procesu leczenia i mieć poczucie współodpowiedzialności za jego przebieg,
2. rodzice pacjenta mogą i powinni współpracować z lekarzem,
3. rodzice pacjenta mogą i powinni brać czynny udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków.

⁵⁴ **Art.95 §1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego:** „Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw”

Należy zapamiętać:

Aby rodzice pacjenta małoletniego mogli pełnić swoją rolę w procesie leczenia konieczne jest przestrzeganie praw pacjenta na każdym etapie procesu leczenia.

Procedura udzielania zgody w przypadku pacjenta małoletniego.

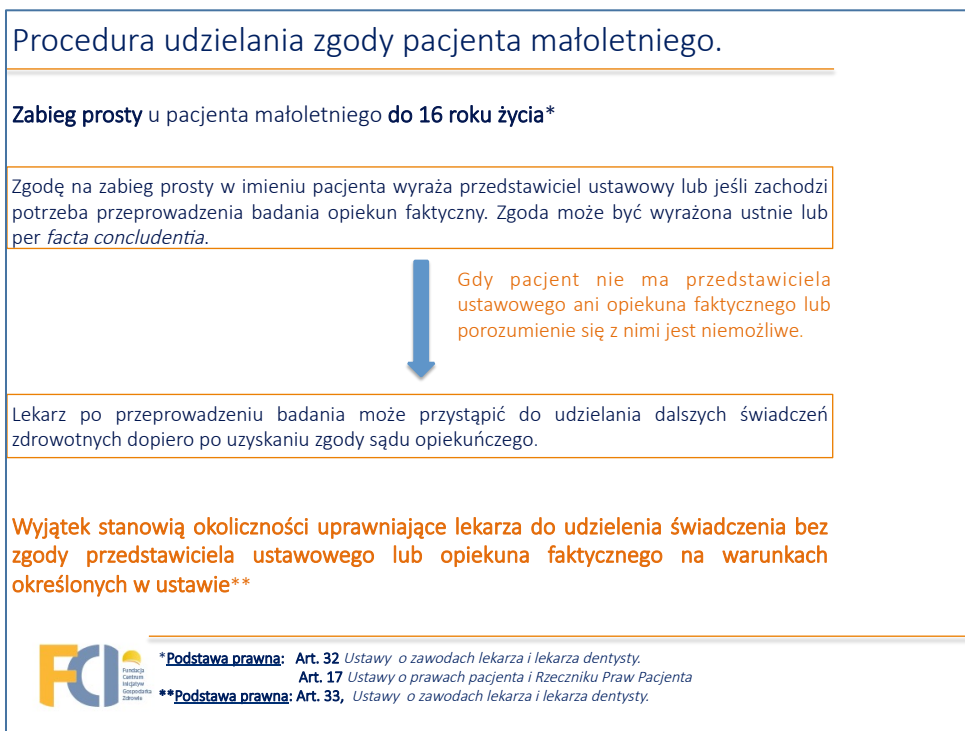
Procedura udzielania zgody pacjenta małoletniego różni się w zależności od jego wieku.

Szczegółowe zasady procedury określają następujące akty prawne:

- *Konwencja o prawach dziecka,*
- *Kodeks cywilny,*
- *Kodeks rodzinny i opiekuńczy,*
- *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty,*
- *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

Procedura udzielania zgody w przypadku pacjenta małoletniego do 16 roku życia.

Procedurę udzielania zgody w przypadku pacjenta do 16 roku życia obrazują poniższe rysunki:

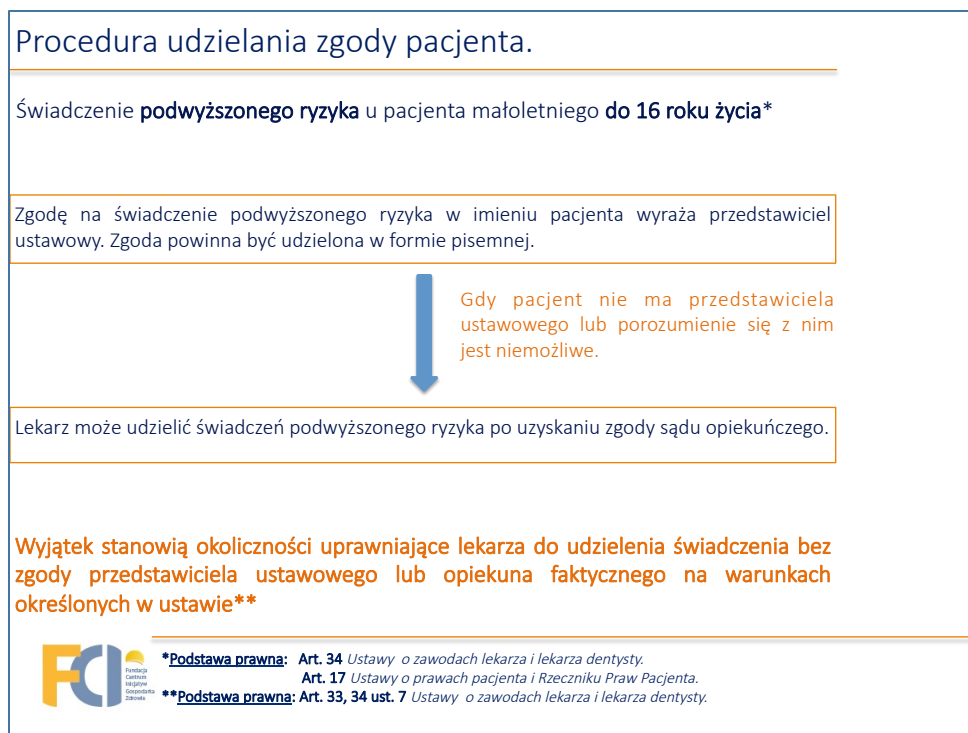


Rysunek 11 Zabieg prosty u pacjenta małoletniego do 16 roku życia.

Należy zwrócić uwagę na dwa pojęcia:

- przedstawiciel ustawowy – rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską.⁵⁵
- opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.⁵⁶ Jest to pojęcie występujące wyłącznie na gruncie prawa medycznego.

Lekarz może udzielić świadczenia podwyższonego ryzyka, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.⁵⁷



Rysunek 12 Świadczenie podwyższonego ryzyka u pacjenta powyżej 16 roku życia.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że w przypadku świadczeń medycznych podwyższonego ryzyka zgody nie może udzielić opiekun faktyczny.

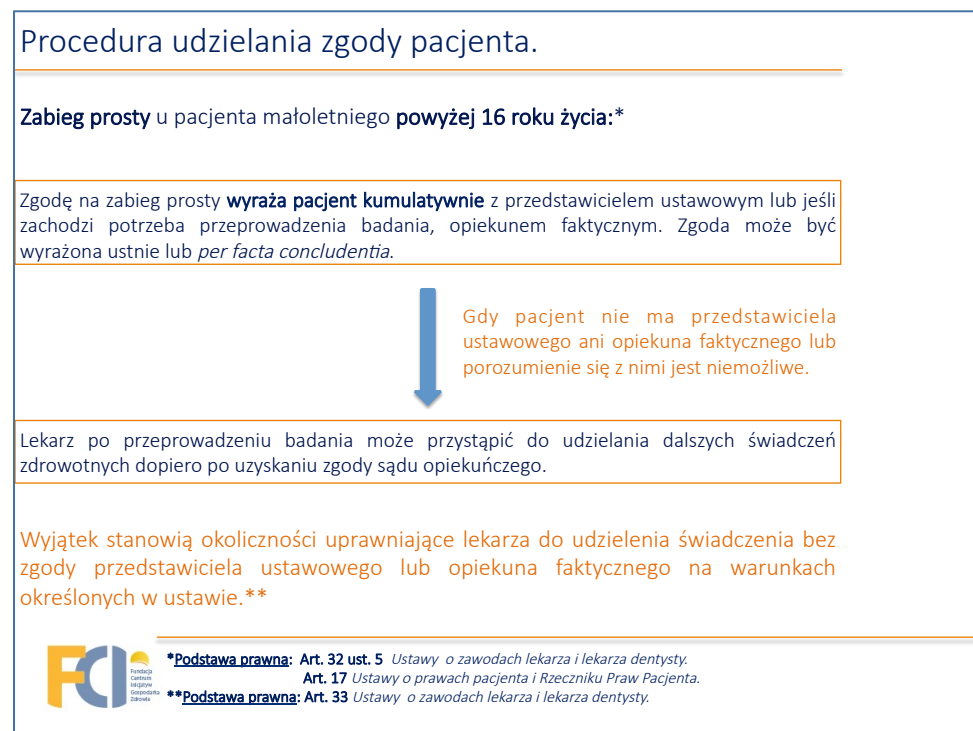
Procedura udzielania zgody w przypadku pacjenta małoletniego powyżej 16 roku życia.

⁵⁵ Art. 98 §1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego

⁵⁶ Art. 3 ust 1 punkt 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁵⁷ Art. 34 ust 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Procedurę udzielania zgody w przypadku pacjenta powyżej 16 roku życia obrazują poniższe rysunki:



Rysunek 13 Zabieg prosty u pacjenta małoletniego powyżej 16 roku życia.

W przypadku zabiegu prostego pacjent małoletni powyżej 16 roku życia ma prawo wyrazić zgodę na świadczenie opieki medycznej kumulatywnie czyli łącznie z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Praktyczne pytanie:

Czy możliwe jest wykonanie zabiegu prostego za zgodą przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego mimo sprzeciwu pacjenta powyżej 16 roku życia?

Jeżeli pacjent, który ukończył 16 lat dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.*

* Art. 32 ust 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Art. 17 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Procedura udzielania zgody pacjenta.

Świadczenie podwyższonego ryzyka dla pacjenta małoletniego powyżej 16 roku życia:*

Zgodę na świadczenie podwyższonego ryzyka wyraża pacjent małoletni powyżej 16 roku życia kumulatywnie z przedstawicielem ustawowym. Zgoda powinna być udzielona w formie pisemnej.



Gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe.

Lekarz może udzielić świadczeń podwyższonego ryzyka po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Wyjątek stanowią okoliczności uprawniające lekarza do udzielenia świadczenia bez zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego na warunkach określonych w ustawie.**



***Podstawa prawna:** Art. 32 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Art. 17 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

****Podstawa prawna:** Art. 33, 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Rysunek 14 Świadczenie podwyższonego ryzyka dla pacjenta powyżej 16 roku życia.

Praktyczne pytanie:

Czy lekarz może udzielić świadczenia podwyższonego ryzyka w przypadku odmowy zgody przez pacjenta powyżej 16 roku życia lub przedstawiciela ustawowego pacjenta ?

Lekarz może udzielić świadczenia podwyższonego ryzyka w zakresie niezbędnym dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, a w innym zakresie wyłącznie po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.*

**Art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.*

Art. 17 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jak ocenić ten stan faktyczny?

Dziewczynka upadła na łokieć prawej ręki. W szpitalu rozpoznano uraz i stłuczenie. Badanie RTG nie wykazało zmian. Założono podłużnik gipsowy i zlecono kontrolę w poradni za 3 dni. Lekarz nie założył pełnego gipsu, z uwagi że w przypadku dużego obrzęku pełny gips może doprowadzić do niedokrwienia lub uszkodzenia kończyny pełny gips zakłada się dopiero po upływie 2-3 dni. Po powtórnych badaniach w badaniu RTG rozpoznano złamanie z przemieszczeniem. Dziewczynkę skierowano na oddział gdzie wykonano repozycję – zabieg nastawienia kości w znieczuleniu ogólnym. Zabieg przeszedł bez powikłań. Po zabiegu dziewczynka zgłaszała dolegliwości neurologiczne w postaci mrowienia. Po zakończeniu hospitalizacji utrzymywały się mrowienia i zaburzenia ruchów. Dłoń nie była obrzęknięta.

Rodzice dziecka zarzucili szpitalowi błąd medyczny oraz fakt, że nie zostali poinformowani o możliwościach leczenia i nie wyrazili zgody na repozycję stawu łokciowego.

Wyrok sądu w sprawie*:

Sąd na podstawie opinii biegłych uznał, że nie doszło do nieprawidłowości w leczeniu. Niedowłady nerwów obwodowych w okolicy przebiegających złamań są często spotykane i spowodowane najczęściej uciskiem krwiaka na strukturę nerwu, zbyt ciasnym opatrunkiem gipsowym, lub wskutek manipulacji dokonywanej w czasie nastawiania na odłamów. Dwa pierwsze przypadki są nie do uniknięcia, w trzecim chirurg stara się o jak najmniejszą dodatkową traumatyzację okolicy złamania. W toku postępowania sąd ustalił, że co prawda zgoda nie została odnotowana w formie pisemnej, ale matka dziewczynki wyraziła ustnie zgodę na leczenie. W tej sytuacji sąd nie uznał, aby doszło do naruszenia praw pacjenta.

** Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 25 listopada 2014 r. sygn. akt: I ACa 588/14.*

Prawo pacjenta małoletniego do informacji.

W przypadku zgody pacjenta małoletniego, podobnie jak u pacjenta dorosłego, Jednym z najistotniejszych elementów legalności zgody pacjenta jest przekazanie informacji. Zakres przekazywanych pacjentowi małoletniemu informacji będzie zależał od wieku pacjenta małoletniego tj. od jego osobistego udziału w procesie udzielania zgody. Prawa dziecka w szpitalu.

Praktyczne pytanie:

Czy lekarz ma obowiązek udzielenia informacji pacjentowi małoletniemu do 16 roku życia na temat jego stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu?

Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.* Nałożony na lekarza obowiązek rozmowy i wysłuchania zdania dziecka jest refleksem przepisu zawartego w Konwencji o Prawach Dzieci, zgodnie z którym państwa – strony zapewniają dziecku, które jest zdolne do kształtowania swych własnych poglądów, prawo do swobodnego wyrażania własnych poglądów we wszystkich sprawach dotyczących dziecka, przyjmując je z należytą wagą, stosownie do wieku oraz dojrzałość dziecka.**

** Art. 31 ust. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.*

*** Art. 8 Konwencji o Prawach Dziecka*

Należy zapamiętać:

Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

Natomiast w przypadku pacjenta małoletniego powyżej 16 roku życia, który nabywa prawo do wyrażenia zgody w sposób kumulatywny, lekarz ma obowiązek udzielenia pełnej informacji niezbędnej pacjentowi małoletniemu do podjęcia decyzji.

W przypadku pacjentów małoletnich powyżej 16 roku życia okoliczności uprawniające do nieudzielenia informacji pacjentowi są takie same jak w przypadku pacjentów dorosłych tj.

- w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Decyzję podejmuje lekarz.
- na żądanie pacjenta lekarz jest zwolniony z obowiązku udzielania pacjentowi informacji. Decyzję podejmuje pacjent.

Prawa dziecka w szpitalu.

Dokumentem pomocniczym określającym prawa dziecka w szpitalu jest *Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu*. Nie jest to dokument o charakterze aktu prawnego, natomiast przestrzeganie norm zawartych w karcie w dużej mierze wynika z przepisów obowiązującego prawa.

Z Europejską Kartą Praw Dziecka w Szpitalu można się zapoznać na stronie Ministerstwa Zdrowia, zawarte w karcie normy wskazują:

1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.
2. Dzieci powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.
3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im w pozostawaniu przy dziecku. Pobyt rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęceni do aktywnej współpracy.

4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi
6. Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
7. Dzieci powinny mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.
8. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych dzieci.
9. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

[Dokument znajduje się na stronie 60.](#)

Należy zapamiętać:

Pomimo, że w Polsce Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu nie stanowi źródła prawa, to szpitale są zobligowane do przestrzegania większości zawartych w karcie praw na podstawie obowiązujących norm prawnych.

Odpowiedzialność tytułu naruszenia praw pacjenta.

Odpowiedzialność cywilna.

Wstęp.

Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, godność pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach⁵⁸. Odpowiedzialność cywilna, jest rodzajem odpowiedzialności prawnej,

⁵⁸ Art. 23 Kodeksu cywilnego.

określającym majątkowy charakter sankcji. Ogólne zasady odpowiedzialności cywilnej określa kodeks cywilny. W tym kontekście należy wskazać dwa tytuły odpowiedzialności cywilnej: odpowiedzialność z tytułu naruszenia dóbr osobistych oraz odpowiedzialność z tytułu naruszenia dóbr majątkowych.

Naruszenie dóbr majątkowych jest związane z wyrządzeniem szkody w postaci uszczerbku na zdrowiu, będzie to szkoda na osobie wyrządzona pacjentowi jako konsekwencja niewykonania lub nienależytego przeprowadzenia procesu leczenia. Istotne jest jednak czy powstała w przebiegu leczenia komplikacja jest normalnym ryzykiem danego zabiegu.

Innym tytułem odpowiedzialności cywilnej będzie naruszenie dóbr osobistych. Tu należy wskazać, że zgodnie z przepisem zawartym w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę, tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego⁵⁹.

Przesłanką dopuszczalności roszczenia na podstawie naruszenia praw pacjenta jest wina, zarówno umyślna, jak i nieumyślna sprawcy naruszenia, a zawinione naruszenie prawa pacjenta jest zarazem naruszeniem dobra osobistego.

Jak ocenić ten stan faktyczny?

Pacjentka została przyjęta na Oddział Wewnętrzny Szpitala. Wyraziła zgodę na pobyt w szpitalu, leczenie i zabiegi bez wskazania konkretnego zabiegu – wyraziła ogólną zgodę na leczenie. Badanie USG i tomografii komputerowej jamy brzusznej, ujawniło zmiany nowotworowe lewej nerki. Wykonano zabieg operacyjny, polegający na usunięciu nerki, nadnercza oraz resekcji 12 żebra. Był to jedyny możliwy sposób leczenia bowiem wykryty nowotwór nie poddawał się ani radioterapii, ani chemioterapii. Zabieg był operacją ratującą życie i został przeprowadzony prawidłowo. Pojawiło się powikłanie pooperacyjne w postaci nerwiaka. Ta komplikacja została uznana za normalne ryzyko takiego zabiegu.

Wyrok sądu w sprawie:*

W ocenie Sądu brak było prawnie skutecznej zgody pacjentki na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, gdyż nie może spełniać tego wymogu ogólna zgoda na zastosowanie leczenia i zabiegów, wyrażona przez nią przy przyjmowaniu do szpitala.

Sąd przyjął, iż przeprowadzenie zabiegu operacyjnego bez uzyskania zgody pacjentki było działaniem bezprawnym. Wprawdzie zabieg ratował zdrowie, a najprawdopodobniej także życie pacjentki, to jednakże nie można tolerować praktyki, traktującej zgodę jako niemający znaczenia wymóg biurokratyczny, który ma charakter blankietowy. Funkcja prewencyjno-wychowawcza odpowiedzialności odszkodowawczej uzasadnia, zdaniem Sądu, przyznanie pacjentce na podstawie art. 445 § 1 Kodeksu Cywilnego tytułem zadośćuczynienia kwoty 7000 złotych.

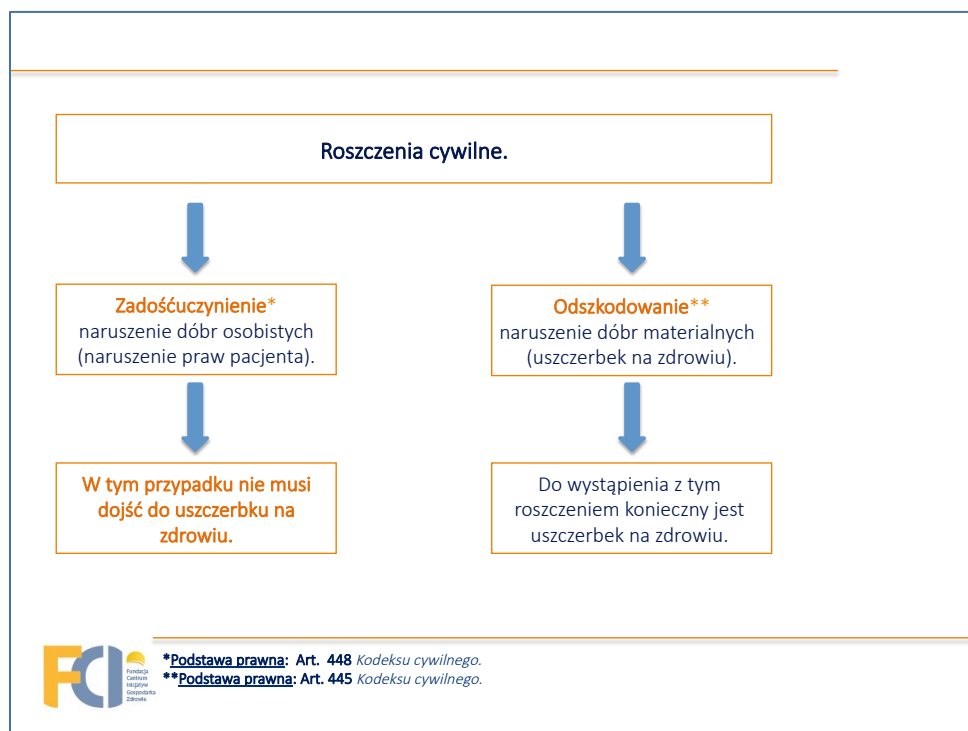
****Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 października 2005 sygn. akt: III CK 99/05 .***

⁵⁹ Art. 448 Kodeksu cywilnego: „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia”.

Rodzaje roszczeń cywilnych.

Kodeks cywilny określa następujące roszczenia:

- odszkodowanie z tytułu naruszenia dóbr materialnych, a tym przypadku do wystąpienia z roszczeniem musi dojść do uszczerbku na zdrowiu. Ponad to ciężar dowodzenia winy, co do zasady⁶⁰, spoczywa na pacjencie. Zatem to pacjent musi w toku postępowania udowodnić lekarzowi i podmiotowi leczniczemu, że w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej z winy lekarza lub podmiotu leczniczego doszło do uszczerbku na zdrowiu.
- zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych (np. naruszenia praw pacjenta), ciężar udowodnienia, że prawa pacjenta nie zostały naruszone spoczywa osobie lub podmiocie przeciwko któremu wystąpiono z roszczeniem. Zatem to osoby zobligowane ustawowo do przestrzegania praw pacjenta (Minister Zdrowia, NFZ, lekarz, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych) muszą udowodnić, że w przebiegu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej nie doszło do naruszenia praw pacjenta.



Rysunek 15 Roszczenia cywilne

⁶⁰ Wyjątek stanowi postępowanie cywilne w przedmiocie którego prowadzone było uprzednio postępowanie karne zakończone wyrokiem skazującym winnego przeciwko któremu prowadzone jest postępowanie cywilne, wówczas w przebiegu postępowania cywilnego nie prowadzi się dowodzenia winy.

Należy zapamiętać:

Naruszenie prawa pacjenta jest tytułem do roszczenia samodzielnego i niezależnego od doznanego uszczerbku na zdrowiu.

Przedawnienie roszczeń.

Przedawnienie to instytucja prawa cywilnego związana z upływem czasu, wskazująca że na skutek upływu czasu wierzyciel (czyli w tym przypadku pacjent) traci możliwość skutecznego dochodzenia swoich uprawnień wobec dłużników.⁶¹

Dla zainteresowanych:

Wierzyciel mimo upływu terminu przedawnienia może skierować sprawę do sądu. W takiej sytuacji należy pamiętać, że sąd z własnej inicjatywy nie ma prawa oddalić roszczenia z powodu przedawnienia. Zarzut przedawnienia dłużnik powinien zgłosić samodzielnie, optymalnie przy pierwszej czynności procesowej, np. w odpowiedzi na pozew czy w sprzeciwie od nakazu zapłaty. Warto o tym pamiętać otrzymując chociażby wezwanie do zapłaty lub nakaz zapłaty.

Przerwanie biegu przedawnienia następuje:

- *przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym przedsiębiorcą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia (np. przez wniesienie pozwu lub wniosku w postępowaniu nieprocesowym),*
- *przez uznanie roszczenia przez osobę, przeciwko której ono przysługuje, także w sposób dorozumiany (np. przez zapłatę odsetek od należności),*
- *przez wszczęcie mediacji.*

Jak należy liczyć termin przedawnienia?

Termin liczy się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne, tj. od kiedy może być dochodzone przed sądem gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniejszym możliwym terminie (art. 120 Kodeksu cywilnego) w przypadku np. zaległych płatności od dnia wskazującego termin zapłaty. W przypadku uszczerbku na zdrowiu – od momentu poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia (art. 442[1] §3 Kodeksu cywilnego).

Powstaje zatem praktyczne pytanie czy roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta ulegają przedawnieniu?

Przedawnieniu ulegają wyłącznie, poza pewnymi wyjątkami, roszczenia materialne, czyli odszkodowawcze.⁶²

⁶¹ Art. 117 § 2 Kodeksu cywilnego.

Materiał opracowano zgodnie ze stanem prawnym na dzień 15 października 2015 roku.

Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego⁶³ „jako sprawy o ochronę dóbr osobistych rozumie się nie tylko sprawy, w których dochodzone są roszczenia określone w art. 24 § 1 k.c. mające charakter niemajątkowy, ale także sprawy służące ochronie dóbr osobistych o charakterze majątkowym (art. 445 § 1 i art. 448 k.c.), w których powód dochodzi zasądzenia na swoją rzecz lub na wskazany cel społeczny określonej kwoty pieniężnej.”

Wskazać należy, że przedawnieniu nie ulegają roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta, ponieważ mimo że mają charakter roszczenia majątkowego to służą ochronie dóbr osobistych.

Zgodnie z ogólną regułą kodeksu cywilnego, jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi lat 10, natomiast w przypadku roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej - 3 lata.⁶⁴

W przypadku szkody na osobie będzie miał zastosowanie przepis szczególny określający, że „przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia”.⁶⁵ Zatem w przypadku szkody na osobie tj. uszczerbku na zdrowiu, przedawnienie roszczenia odszkodowawczego, bez względu na upływ terminu upływającego od zdarzenia sprawczego, nie może następować zanim nie ujawni się szkoda, a więc zanim poszkodowany mógł się o szkodzie (i osobie odpowiedzialnej) dowiedzieć. Początek biegu terminu 3-letniego przedawnienia jest więc w tym wypadku wyznaczony zawsze przez chwilę, w której poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia.

Odpowiedzialność administracyjna.

Wstęp.

Rzecznik Praw Pacjenta jest organem administracji rządowej powołanym w celu ochrony praw pacjenta. Nadzór nad działalnością Rzecznika sprawuje Prezes Rady Ministrów.⁶⁶ Rzecznik Praw Pacjenta działa wyłącznie w przedmiocie naruszenia praw pacjenta tj.:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych,
- prawo pacjenta do informacji,

⁶² Art. 117 §1 Kodeksu cywilnego.

⁶³ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2009 r. sygn. akt: III CZP 92/09.

⁶⁴ Art. 118 Kodeksu cywilnego

⁶⁵ Art. 442[1] §3 Kodeksu cywilnego.

⁶⁶ Art. 42 ust 1 i 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

- prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych,
- prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
- prawo pacjenta do dokumentacji medycznej,
- prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej,
- prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Rzecznik Praw Pacjenta działa na wniosek lub z własnej inicjatywy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta. Szczegółowa procedura zostanie opisana w poniższych rozdziałach.

Naruszenie indywidualnych praw pacjenta.

W przypadku naruszenia któregośkolwiek z praw pacjenta, pacjent ma prawo zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wszczęcie postępowania wyjaśniającego.

Wniosek powinien zawierać co najmniej uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta poprzez zawarcie:

- oznaczenie wnioskodawcy,
- oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy,
- zwięzły opis stanu faktycznego.

Wzór wniosku o wszczęcie postępowania wyjaśniającego przez Rzecznika Praw Pacjenta znajduje się na stronie 65.

Należy zapamiętać:

Opis stanu faktycznego zawarty we wniosku powinien wskazywać które z praw pacjenta i w jaki sposób zostało naruszone, a także wskazanie okoliczności opisywanego naruszenia.

Wniosek kierowany do Rzecznika Praw Pacjenta jest wolny od opłat (**Art. 50 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**).

Zdarzają się jednak przypadki kiedy pacjent nie ma pewności jakie środki ochrony w danym przypadku mu przysługują i czy faktycznie Rzecznik Praw Pacjenta zajmie się daną sprawą, to znaczy czy w danym przypadku doszło do naruszenia prawa pacjenta. W takiej sytuacji

zawsze pacjent ma prawo zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wskazanie przysługujących środków prawnych.

Wzór wniosku o wskazanie przysługujących środków prawnych znajduje się na stronie 67.

Praktyczne pytanie:

Czy i jeśli tak to które prawo pacjenta zostało naruszone w przypadku braku udzielenia pacjentowi informacji na temat nazwy handlowej i numeru serii leku?

W przypadku braku informacji na temat nazwy handlowej leku możemy wskazać naruszenie trzech praw pacjenta: prawa do informacji, prawa do udzielenia świadomej zgody pacjenta na świadczenie opieki zdrowotnej jakim jest lek (zgoda nie może mieć charakteru abstrakcyjnego i generalnego to znaczy zgoda na leczenie jakimś lekiem zawierającym daną substancję czynną), oraz prawa do monitorowania działań niepożądanych w takim zakresie w jakim informacje są potrzebne do zgłoszenia działania niepożądanego.

W przypadku kiedy przekazano pacjentowi informację na temat nazwy handlowej leku, ale nie przekazano numeru serii leku, to naruszono prawo pacjenta do monitorowania zdarzeń niepożądanych o ile jest to informacja niezbędna pacjentowi do zgłoszenia działania niepożądanego. Zatem brak informacji o numerze serii będzie okolicznością naruszającą prawo pacjenta do monitorowania zdarzeń niepożądanych wyłącznie w przypadku leków biologicznych.

Rzecznik Praw Pacjenta po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem może⁶⁷:

- podjąć sprawę,
- poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych,
- przekazać sprawę według właściwości,
- nie podjąć sprawy

zawiadamiając o tym wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy.

Należy zapamiętać:

Rzecznik odmawia ujawnienia nazwiska i innych danych osobowych pacjenta, w tym także wobec organów władzy publicznej, jeżeli uzna to za niezbędne dla ochrony praw tego pacjenta, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej (**Art. 52 ust.3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**)

Okoliczności wskazujące, że nieujawnianie nazwiska i innych danych osobowych jest niezbędne dla ochrony praw pacjenta, pacjent może wskazać we wniosku wraz z prośbą o nieujawnianie danych.

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik może⁶⁸:

⁶⁷ **Art. 51 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

Materiał opracowano zgodnie ze stanem prawnym na dzień 15 października 2015 roku.

- wyjaśnić wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, że nie stwierdził naruszenia praw pacjenta. Rzecznik informuje o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego zarzut naruszenia tych praw dotyczył. Wówczas wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.
- skierować wystąpienie do podmiotu leczniczego w którego działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta. Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych.
- zwrócić się do organu nadrzędnego nad jednostką z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

Jak wskazuje orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego: „Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta stwierdzające naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych nie może być uznane za żaden z aktów lub czynności podlegających zaskarżeniu do wojewódzkiego sądu administracyjnego. Wystąpienie takie może stać się jedynie podstawą wniosków i żądań tego organu skierowanych do innych organów bądź instytucji i dopiero ewentualne decyzje wydawane przez te organy mogłyby stać się przedmiotem skargi, o ile oczywiście przepisy odrębne przewidywałyby możliwość ich zaskarżenia do sądu administracyjnego..”⁶⁹

Należy zapamiętać:

Działania Rzecznika na skutek postępowania wyjaśniającego w sprawach dotyczących indywidualnych naruszeń praw pacjenta stwierdzenie naruszenia lub nienaruszenia praw pacjenta nie mają charakteru decyzji administracyjnej a jedynie opinii/wyjaśnienia. Zatem jako opinie/wyjaśnienia nie podlegają zaskarżeniu do sądu administracyjnego, w takim przypadku pacjent może złożyć jedynie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

„Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie prowadzonego w trybie postępowania wyjaśniającego co do naruszenia praw pacjenta nie przewiduje w żadnym wypadku wydania stosownych aktów administracyjnych o charakterze władczym, w przeciwieństwie do prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.”⁷⁰

⁶⁸ Art. 53 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁶⁹ Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 16 lipca 2014 r. sygn. akt: II OSK 1832/14.

⁷⁰ Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 grudnia 2013 r. sygn. akt: I OSK 1161/12

Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów.

Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów występują wówczas kiedy, konkretne działanie lub zaniechanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Przy czym adresatem takiego bezprawnego działania podmiotu leczniczego może być zarówno każdy pacjent lub potencjalny pacjent.⁷¹

Należy zapamiętać:

Suma naruszeń praw indywidualnych pacjenta nie stanowi praktyki naruszającej zbiorowych praw pacjentów. W przypadku praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów adresatem naruszenia może być zarówno każdy jak i potencjalny pacjent.

Przykładem praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów był tzw. protest pieczętkowy.

Jak ocenić ten stan faktyczny?

W czasie tzw. „protestu pieczętkowego” lekarze wystawiali recepty z pieczętką „refundacja leku do decyzji NFZ”.

Rzecznik Praw Pacjenta uznał praktyki stosowane przez podmiot leczniczy za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta, praktyki przybijania na receptach pieczęci "Refundacja leku do decyzji NFZ" były praktykami bezprawnymi — sprzecznymi z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lecarskich.

Rzecznik Praw Pacjenta wskazał, że dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie lub zaniechanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Przy czym adresatem takiego bezprawnego działania podmiotu leczniczego może być zarówno każdy pacjent lub potencjalny pacjent. Nie ilość faktycznych, potwierdzonych naruszeń, ale przede wszystkim ich charakter przesądza o naruszeniu zbiorowego interesu. Jednocześnie Rzecznik wskazał, że odpowiedzialnym jest dyrektor podmiotu leczniczego a nie pojedynczy zatrudniani lekarze. Dyrektor nie zobowiązał zatrudnionych w nim lekarzy do wystawiania recept w sposób zgodny z prawem, pomimo, że mógł przewidzieć dany stan rzeczy.

Podmiot leczniczy wniósł skargę na powyższą decyzję do Sądu Administracyjnego.

Wyrok Sądu w sprawie*:

Kwestia odpowiedzialności podmiotu jakim jest szpital wynika z obowiązujących przepisów prawa. Naczelny Sąd Administracyjny uznał, że w powyższym podmiocie leczniczym stosowano praktyki sprzeczne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lecarskich, polegające na przybijaniu na receptach pieczęci „Refundacja leku do decyzji NFZ”.

W skutek podjętych działań pacjenci mieli możliwość realizacji recept tylko i wyłącznie za 100% odpłatnością pod warunkiem, że pacjent posiadał wystarczające środki finansowe. W ten sposób zostały ograniczone prawa pacjentów, w tym prawo do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do nabycia leku z przysługującą refundacją.

**Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2014 r. sygn. akt. II OSK 2891/12.*

⁷¹ „Dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie lub zaniechanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Przy czym adresatem takiego bezprawnego działania podmiotu leczniczego może być zarówno każdy pacjent lub potencjalny pacjent.” Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2014 r. sygn. akt. II OSK 2891/12.

W przypadku praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik Praw Pacjenta wszczyna postępowanie wyjaśniające na wniosek lub z własnej inicjatywy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie zbiorowych praw pacjenta.

Wniosek powinien zawierać co najmniej uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta poprzez zawarcie:

- oznaczenie wnioskodawcy,
- oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy,
- zwięzły opis stanu faktycznego – zawierający co najmniej uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta.

Przykładem takiej praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów może być:

- praktyka polegająca na przerywaniu ciągłości leczenia, lub ograniczaniu dostępności pacjentów do leczenia w stanach grożących pogorszeniu zdrowia (np. leczenie w programach lekowych, dializoterapia) z uwagi na przekroczenie limitu umowy z NFZ.
- praktyka polegająca na wymaganiu od pacjentów uzasadnienia tj. podania przyczyny z powodu której pacjent wnioskuje o dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta.
- praktyka polegająca na ograniczeniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku akcji protestacyjnej.

Po otrzymaniu i przeanalizowaniu wniosku Rzecznik Praw Pacjenta wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i zawiadamia o tym strony⁷² lub wydaje decyzję o odmowie wszczęcia postępowania w przypadku gdy:⁷³

- działanie lub zaniechanie w sposób oczywisty nie spełnia przesłanek praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów
- wnoszący o wydanie decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nie uprawdopodobnił pozbawienia pacjentów ich praw lub ograniczenia tych praw.

Decyzje Rzecznika Praw Pacjenta są ostateczne.⁷⁴ Na decyzję Rzecznika przysługuje skarga do sądu administracyjnego.⁷⁵

⁷² Art.62 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁷³ Art.63 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁷⁴ Art.65 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Podstawy prawne.

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483).
2. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. 1993 Nr 61, poz. 284,).
3. Konwencja o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. 1991 Nr 120, poz. 526),
4. Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) NR 520/2012 w sprawie działań związanych z nadzorem nad bezpieczeństwem farmakoterapii, o których mowa w rozporządzeniu (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady i w dyrektywie 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady. ((Dz.Urz.U.E.L Nr 159, str. 5).
5. Kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. Nr 16, poz. 93) tj. z dnia 17 grudnia 2013 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 121).
6. Kodeks postępowania cywilnego z dnia 17 listopada 1964 r. (Dz.U. Nr 43, poz. 296) tj. z dnia 17 grudnia 2013 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 101).
7. Kodeks rodzinny i opiekuńczy z dnia 25 lutego 1964 r. (Dz.U. Nr 9, poz. 59), tj. z dnia 15 czerwca 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 788), tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 583).
8. Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (Dz.U. Nr 30, poz. 168), tj. z dnia 17 marca 1980 r. (Dz.U. Nr 9, poz. 26), tj. z dnia 9 października 2000 r. (Dz.U. Nr 98, poz. 1071), tj. z dnia 30 stycznia 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 267.).
9. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), tj. z dnia 25 sierpnia 2008 r. (Dz.U. Nr 164, poz. 1027), tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 581).
10. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152), tj. z dnia 8 lutego 2002 r. (Dz.U. Nr 21, poz. 204), tj. z dnia 2 listopada 2005 r. (Dz.U. Nr 226, poz. 1943), tj. z dnia 21 lipca 2008 r. (Dz.U. Nr 136, poz. 857), tj. z dnia 27 września 2011 r. (Dz.U. Nr 277, poz. 1634), tj. z dnia 10 marca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 464.)
11. Ustawa prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz.U. Nr 126, poz. 1381), tj. z dnia 13 marca 2004 r. (Dz.U. Nr 53, poz. 533), tj. z dnia 27 lutego 2008 r. (Dz.U. Nr 45, poz. 271).
12. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654), tj. z dnia 7 grudnia 2012 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 217), tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 618).
13. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. Nr 174, poz. 1039), tj. z dnia 17 września 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435).
14. Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. Nr 122, poz. 696), tj. z dnia 20 lutego 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 345)

⁷⁵ Art.66 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

15. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 20 października 2014r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1442),*
16. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 20 października 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1441),*
17. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 26 września 2005 r. (Dz.U. Nr 200, poz. 1661).*

Spis Ilustracji.

<i>Rysunek 1 Piramida źródeł prawa powszechnie obowiązującego.</i>	5
<i>Rysunek 2 Świadczenia gwarantowane.</i>	10
<i>Rysunek 3 Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</i>	11
<i>Rysunek 4 Nieodpłatne świadczenia zapewniane pacjentowi w zakresie niezbędnym do udzielenie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.</i>	11
<i>Rysunek 5 Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalne.</i>	12
<i>Rysunek 6 Pismo NFZ w sprawie interpretacji art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pismo nr NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy.</i>	14
<i>Rysunek 7 Kwalifikacja pacjentów do kategorii medycznej.</i>	20
<i>Rysunek 8 Elementy świadomej zgody pacjenta.</i>	26
<i>Rysunek 9 Karta kwalifikacji do programu lekowego</i>	31
<i>Rysunek 11 Zabieg prosty u pacjenta małoletniego do 16 roku życia.</i>	39
<i>Rysunek 12 Świadczenie podwyższonego ryzyka u pacjenta powyżej 16 roku życia.</i>	40
<i>Rysunek 13 Zabieg prosty u pacjenta małoletniego powyżej 16 roku życia.</i>	41
<i>Rysunek 14 Świadczenie podwyższonego ryzyka dla pacjenta powyżej 16 roku życia.</i>	42
<i>Rysunek 15 Roszczenia cywilne</i>	47
<i>Rysunek 16 Pismo NFZ w sprawie interpretacji art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pismo nr NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy.</i>	58
<i>Rysunek 17 Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu.</i>	60

Materiały dodatkowe.

Rysunek 16 Pismo NFZ w sprawie interpretacji art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pismo nr NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy.



Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Znak: NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy

Warszawa, dnia 02.04.2014 r.

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	2014-04-07 data
Znak:	

Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowna Pani Rzecznik,

W związku z pismem z dnia 5 marca 2014 r., znak: RzPP-ZIP.420.12.2014.SS.1, w sprawie interpretacji art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), dotyczącego zasad zaopatrywania w leki i wyroby medyczne pacjentów hospitalizowanych, uprzejmie wyjaśniam, że organem właściwym do dokonywania wykładni przedmiotowego przepisu jest Minister Zdrowia.

Jednocześnie odnosząc się do kwestii poruszanych w ww. piśmie, uprzejmie informuję, że zgodnie z przywołanym art. 35 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Powyższy przepis nie nakłada na szpital nieograniczonego i bezwzględnego obowiązku zapewnienia pacjentowi wszelkich leków, w tym leków, które przyjmuje on w związku z chorobami przewlekłymi. Jak wynika z treści art. 35 ustawy o świadczeniach, ciążyący na szpitalu, a ściślej rzecz ujmując świadczeniodawcy, obowiązek zapewnienia pacjentowi leków i wyrobów medycznych, obejmuje te leki i wyroby, które są konieczne do wykonania świadczeń związanych z hospitalizacją. Zatem, podawane w ramach leczenia schorzenia leki powinny mieć związek z przyczyną hospitalizacji oraz profilem leczniczym danego oddziału szpitalnego. Ocena w tym zakresie należy do lekarza, a nie do organów Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie wyklucza to jednak obowiązku zadbania, aby pobyt pacjenta w szpitalu,

w sytuacji gdy pacjent leczony jest z przyczyny niemającej związku ze schorzeniem będącym przyczyną zażywania leków, nie spowodował przerwania terapii schorzeń dodatkowych.

Reasumując, należy stwierdzić, że świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala, zgodnie z ww. artykułem ustawy, szpital zobowiązany jest zapewnić bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Interpretacja wyrażenia „konieczne do wykonania świadczenia” powinna być dokonywana rozszerzająco. Zapis ten dotyczy zaopatrzenia pacjenta w leki dotyczące bezpośredniej przyczyny hospitalizacji, ale również w leki niezbędne dla podtrzymania zdrowia i życia pacjenta wynikające z leczenia pewnych schorzeń współistniejących, które pojawiają się w trakcie hospitalizacji, a które powinny być leczone na koszt szpitala niezależnie od przyczyny hospitalizacji. Niedopuszczalne jest pozostawienie pacjenta bez opieki, czy leczenia w trakcie pobytu w szpitalu w odniesieniu do występujących u niego schorzeń współistniejących, których nieleczenie może spowodować pogorszenie stanu zdrowia, czy nawet zagrożenie życia, bez względu czy zachorowanie nastąpiło przed czy w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu.

Z poważaniem

W zastępstwie Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępca Prezesa ds. Finansowych

Wiesława Anna Kłós

Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu

- Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy **leczenie nie może być prowadzone w domu**, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym
- Powinny mieć prawo do tego, aby **cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie**. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.
- Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im w pozostawaniu przy dziecku. Pobyt rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęcani do aktywnej współpracy.
- Dzieci i rodzice powinni mieć **prawo do uzyskiwania informacji**, a w przypadku dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych **stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu..**
- Dzieci i ich rodzice mają prawo **współuczestniczyć we wszystkich decyzjach** dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi
- Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
- Dzieci powinny mieć **możliwość zabawy, odpoczynku i nauki** odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.
- Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych dzieci.
- Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu **ciągłość leczenia**.
- Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich **prawo do intymności** powinno być zawsze szanowane.

© 2011 Ministerstwo Zdrowia
© 2002-2011 Platforma Activeweb Medical Solutions.

Wzory pism.

<i>Wzór 1 Formularz zgłoszenia niepożądanego działania leku.....</i>	<i>61</i>
<i>Wzór 2 Wniosek o wszczęcie postępowania wyjaśniającego przez Rzecznika Praw Pacjenta.....</i>	<i>65</i>
<i>Wzór 3 Wniosek o wskazanie przysługujących środków prawnych.....</i>	<i>67</i>

Formularz niepożądanego działania leku

Proszę uzupełnić wszystkie linie oznaczone * i podać możliwie jak najwięcej dodatkowych informacji

1. Opis działania niepożądanego

* Jakie objawy niepożądane obserwował Pan/Pani, proszę podać ich przebieg?

Jak dotkliwe było działanie niepożądane?/ Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat określając dotkliwość objawów niepożądanego działania leku /

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Łagodne | ☐ Nieprzyjemne | ☐ Dotkliwe | ☐ Dotkliwe |
| pozwalające na codzienną aktywność | | utrudniające codzienną aktywność | konieczna konsultacja lekarska |
| ☐ Konieczność leczenia w szpitalu | | | |
| ☐ Poważny stan chorobowy | ☐ Zakończone zgonem | ☐ Inne..... | |

Kiedy rozpoczęły się niepożądane działania leku?

Jak ocenia Pan/Pani obecny stan zdrowia ? / Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat /

- ☐ Dobry (objawy ustąpiły) ☐ Poprawa ☐ Objawy utrzymują się ☐ Pogorszenie stanu choroby
- ☐ Inne.....

Proszę podać, o ile to możliwe dodatkowe informacje.

/np.: czy podejmowano leczenie objawów niepożądanych? czy zaprzestano stosowania leku z powodu niepożądanych działań leku?, czy objawy cofały się po przerwaniu stosowania leku?/

2. Działanie niepożądane

U kogo wystąpiło niepożądane działanie?

- * ☐ u Pani/Pana ☐ u Pani/Pana dziecka ☐ u innej osoby

Dane osoby, u której wystąpiło działanie niepożądane /Proszę zgłosić możliwie jak najpełniejszą informację/

Inicjały _____ ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta

* Wiek _____ Masa ciała _____ Wzrost _____

Inne istotne informacje / dla przykładu stan chorobowy lub reakcja alergiczna?/

Proszę upewnić się czy uzupełniono wszystkie pola oznaczone *

3. Leki, które mogły spowodować działania niepożądane

Proszę podać szczegóły o lekach, które mogły spowodować działanie niepożądane.

* Nazwa leku _____ ☐ na receptę ☐ bez recepty

Dawkowanie (przykładowo: tabletką 250 mg, dwa razy dziennie)

Powód stosowania leku:

Data rozpoczęcia leczenia: _____ Data zakończenia leczenia: _____

Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli przyjmował Pan/Pani inne leki w tym samym czasie (które mogły spowodować interakcje) proszę podać o nich informacje.

Nazwy innych przyjmowanych leków (jeżeli dotyczy) _____ ☐ na receptę ☐ bez recepty

Dawkowanie (przykładowo: tabletką 250 mg, dwa razy dziennie)

Powód stosowania leku:

Data rozpoczęcia leczenia: _____ Data zakończenia leczenia: _____

Czy uważa Pan/Pani, że któryś z wymienionych powyżej leków mógł spowodować działanie niepożądane ☐ Tak ☐

Nie ☐ Możliwe

Jeżeli tak, to czy umie Pan/ Pani wskazać, który to lek (proszę podać nazwę leku):

Czy przerwano stosowanie leku z powodu niepożądanego działania ☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmował Pan/Pani w ostatnim czasie jakieś inne lekarstwa lub leki ziołowe? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, to proszę wymienić jakie

Nazwa leku _____

4. Lekarz prowadzący (wypełnienie nie jest obowiązkowe)

Czy chciałby Pan/Pani, aby zgłoszenie było przesłane do lekarza prowadzącego ?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać nazwisko lekarza i adres

Imię i nazwisko lekarza: _____

Adres: _____

Kod pocztowy: _____

5. Informacje o osobie zgłaszającej *

Dane kontaktowe – prosimy o podanie pełnego adresu do korespondencji, numeru telefonu, adresu e-mail

* Pan/Pani

Imię: _____

Nazwisko: _____

* Adres: _____

* Kod pocztowy: _____

Numer telefonu: _____

E-mail: _____

Data: _____

Proszę upewnić się czy uzupełniono wszystkie pola oznaczone *

Zgłoszenie działania niepożądanego produktu leczniczego można złożyć za pośrednictwem:

– **poczty tradycyjnej, wysyłając na adres:**

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,

Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych

Al. Jerozolimskie 181C

02-222 Warszawa

– **faksu:**

numer faksu (22) 49 21 309

– **poczty elektronicznej:**

adres e-mail: ndl@urpl.gov.pl

Warszawa, dnia

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

**WNIOSEK O WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO
PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA**

OZNACZENIE WNIOSKODAWCY

Imię

Nazwisko

Adres

e-mail

Nr telefonu (kom. lub stacjonarny).....

OZNACZENIE PACJENTA, KTÓREGO PRAW SPRAWA DOTYCZY

Imię

Nazwisko

Adres

e-mail

Nr telefonu (kom. lub stacjonarny).....

ZWIEZŁY OPIS STANU FAKTYCZNEGO
UPRAWDOPODOBNIAJĄCY NARUSZENIE PRAW PACJENTA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki:

.....

Data i podpis wnioskodawcy

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01 – 171 Warszawa

WNIOSEK O WSKAZANIE PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚRODKÓW PRAWNYCH

Dokładny opis stanu faktycznego wskazany przez wnioskodawcę.

Zgodnie z art. 51 pkt 2 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn zm.) zwracam się z uprzejmą prośbą o wskazanie przysługujących mi środków prawnych.

(dokładny opis sprawy)

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

(podpis wnioskodawcy)