

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH SYSTEMU POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. UWAGI OGÓLNE

Słowo „pacjent” pochodzi z języka łacińskiego i oznacza osobę cierpiącą¹.

Jako pacjenta należy rozumieć osobę fizyczną, która zachowuje prawo do integralności, godności i tożsamości, w ramach stosunku prawnego łączącego ją z lekarzem, poddaje się zabiegom leczniczym, zmierzającym do jej wyleczenia, względnie do zmniejszenia jej cierpień².

Ze względu na fakt, iż w polskim systemie prawnym brak było ustawowego określenia definicji „pacjenta”, co skutkowało jednocześnie brakiem możliwości dochodzenia roszczeń w przypadku naruszenia praw pacjenta np. w sytuacji udzielania świadczeń z zakresu medycyny pracy, czy też korzystania przez osoby pozbawione wolności ze świadczeń na terenie zakładu karnego lub też aresztu śledczego w art. 3 ust.1 pkt.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ określono pacjenta jako osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Celem określenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego należy wspomnieć, że art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁴ gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia, które ma być niezależne od sytuacji materialnej obywateli. Prawo do ochrony zdrowia w świetle w/w artykułu ma być oparte również na równym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa, przez którą należy rozumieć ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵.

¹ Słownik wyrazów obcych PWN, Warszawa, 1999r., s.809.

² K.Miaskowska Daszkiewicz; Prawa pacjenta w polskim systemie prawa, Roczniki Nauk Prawych, Towarzystwo Naukowe KUL Jana Pawła II, t. XVIII, z.1, 2008r., s. 67

³ Dz.U z 2009r. Nr.52 poz.417 ze zm.

⁴ Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze. zm.

Przyznane obywatelom w art. 68 Konstytucji prawo do ochrony zdrowia precyzuje ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶ oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej⁷.

Art. 19 ust.1 pkt.1 ustawy o z.o.z⁸ określa jednoznacznie prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Na podstawie w/w artykułu należy przyjąć, iż w ustawie o z.o.z użyte przez ustawodawcę określenie „pacjent” dotyczy wszystkich pacjentów bez względu na fakt, czy posiadają prawo do świadczeń oraz czy udzielone pacjentowi świadczenie zdrowotne zostało zakwalifikowane jako świadczenie gwarantowane w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Na podstawie art. 15 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁹ w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pacjenci mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Prawo do świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego mają osoby ubezpieczone (Świadczeniobiorcy ubezpieczeni), jak też osoby nie posiadające tytułu do świadczeń – małoletni oraz kobiety, które są w okresie ciąży, porodu i połogu oraz inne osoby na warunkach przewidzianych w ustawie, a w szczególności osoby, które spełniają kryterium dochodowe określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Świadczeniobiorcy nieubezpieczeni)¹⁰.

Ponadto w art. 15 ust.2 w/w ustawy określono, iż Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki

⁵ jedn.tekst : Dz.U. z 2008r. Nr.164, poz.1027 ze zm., określana dalej w skrócie ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁶ jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. ,określana dalej w skrócie ustawą o z.o.z

⁷ jedn.tekst : Dz.U. z 2008r. Nr.164, poz.1027 ze zm.,

⁸ jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze. zm

⁹ jedn.tekst : Dz.U. z 2008r. Nr.164, poz.1027 ze. zm

¹⁰ Op.cit.

długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego; zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej; świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych oraz leków.

Należy zwrócić uwagę na użyte określenie „świadczenia gwarantowanego”¹¹ jako świadczenia w całości lub w części współfinansowanego ze środków publicznych. Celem użycia tego określenia przez ustawodawcę było późniejsze sprecyzowanie oraz określenie w rozporządzeniach wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przez Ministra Zdrowia rodzajów oraz zakresów świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia stanowiły podstawę prawną dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do wydania Zarządzeń określających warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

Pokreślić należy, iż w/w rozporządzenia oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ustalają również w pewnej części prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez określenie m.in. warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, wyposażenia w wymagany sprzęt, kwalifikacji personelu medycznego uprawnionego do udzielania świadczeń, jak też warunków dotyczących pomieszczeń, w których będą udzielane świadczenia w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy zgodzić się ze stanowiskiem J.Bujnego, który uważa, że: „Prawo do świadczeń zdrowotnych jest prawem wieloaspektowym. Analizując zakres tego prawa, zwrócić trzeba uwagę na takie zagadnienia jak należyta jakość świadczeń, zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym na zasady udzielania świadczeń w nagłych sytuacjach oraz na kwestię związaną z oczekiwaniem na udzielanie świadczenia¹²”.

II.JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie zawiera żadnych regulacji dotyczących kryteriów oraz jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu

¹¹ określenie definicji świadczenia gwarantowanego nastąpiło ustawą z dnia 25 czerwca 2009r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U.z 2009r. Nr.118, poz.989)

¹² J.Bujny:Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem, Wydawnictwo C.H.Beck 2007r., s. 109-110

powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednakże w § 2 ust.4 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹³ zobowiązano Świadczeniodawcę do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.

Kryteria dotyczące jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych określa natomiast art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty¹⁴ obligujący lekarza do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Podobnie art. 18 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹⁵ określa, że pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

A zatem kryteriami określającymi jakość świadczeń medycznych jest aktualna wiedza medyczna personelu medycznego, dostępne metody oraz środki, należyta staranność oraz zasady deontologii zawodowej.

Tak więc personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do bieżącego uaktualniania wiedzy medycznej oraz ciągłego doskonalenia niezależnie od posiadanych kwalifikacji.

Powyższy obowiązek potwierdzają również normy o charakterze deontologicznym tj. art. 56 ust.1 Kodeksu Etyki Lekarskiej¹⁶ oraz część szczegółowa Kodeksu Etyki Zawodu Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej¹⁷.

Obecnie czas tzw. półtrwania wiedzy medycznej (czas, w którym wiedza w 50 % staje się nieaktualna) waha się od 3-4 lat w przypadku tak dynamicznie rozwijających się dziedzin, jak farmakologia czy biochemia oraz wynosi 7 do 8 lat dla dziedzin o mniejszej dynamice rozwoju¹⁸.

¹³ Dz.U z 2008r. Nr 81, poz.484

¹⁴ jedn.tekst Dz.U z 2008r. Nr.136, poz.857 ze zm., nazywana dalej w skrócie ustawą o zawodzie lekarza

¹⁵ jedn. tekst Dz.U.z 2009r. Nr.151, poz. 1217 ze zm.

¹⁶ Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa, NRL, 2004,określany dalej w skrócie jako „KEL”

¹⁷ Kodeks Etyki Zawodu Pielęgniarki i Położnej został przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003r

¹⁸ Za K.Schreyer ; Kształcenie ustawiczne lekarzy – atrybuty zawodu, obowiązek moralny, wymóg czasu (Świat, Europa., Polska), Puls z 9.10.1996r. cyt. Za U.Drozdowską, op.cit, s. 96, przypis 5

Moim zdaniem, pojęcie „dostępnych metod i środków” jest pojęciem „elastycznym”, ponieważ inny poziom dostępnych metod i środków będzie w zakładach opieki zdrowotnej działających w małych miejscowościach, inny zaś w klinikach, czy też w tzw. szpitalach wysokospecjalistycznych.

Tak więc poziom diagnostyki i leczenia powinien być w każdym przypadku zawsze oceniany indywidualnie w zależności od standardu usług zakładu opieki zdrowotnej, którego wyboru dokonał pacjent.

Brak jest niestety jasnych, przejrzystych standardów medycznych określających zasady udzielania świadczeń zdrowotnych dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Pewne standardy świadczeń zdrowotnych tworzy Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Natomiast zasady etyki zawodowej związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zostały określone w KEL oraz Kodeksie Etyki Zawodu Pielęgniarki i Położnej.

III.LISTA OCZEKUJĄCYCH NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Lista oczekujących na świadczenia zdrowotne jest instrumentem racjonalizującym dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. Ze względu na konieczność zapewnienia przez ustawodawcę równego dostępu do świadczeń opieki w artykułach 20- 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dokonano regulacji dotyczącej ustalenia prawa do rzetelnej procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych.

U.Drozdowska uważa, iż: „, prawo do rzetelnej procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń jest jednocześnie ograniczeniem prawa pacjenta do świadczeń medycznych odpowiedniej jakości¹⁹”.

Uważam, iż lista oczekujących na świadczenia zdrowotne jest wyłącznie instrumentem służącym do ustalenia kolejności udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na niewystarczające środki finansowe w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych przez Świadczeniodawcę jest jednym z kryteriów ocenianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w części niejawniej postępowania konkursowego.

¹⁹ U.Drozdowska, op.cit, s.106

Ustawodawca nie określił jednak w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, czym jest określana potocznie „kolejka” do uzyskania świadczeń zdrowotnych przez pacjenta, czy też ujmowania do systemu „kolejkowego” pacjentów, którzy dobrowolnie zdecydowali o zapisie na odległy termin.

Definicja „listy oczekujących” została jedynie określona w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 19/2008/DSS z dnia 17 marca 2008 r., przez którą rozumie się listę osób nie objętych planem leczenia, zgłaszających się do świadczeniodawcy z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia.

Art.20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej²⁰ określa, iż świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca określił również obowiązki Świadczeniodawcy związane z prowadzeniem listy oczekujących, do których należą: ustalenie kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy, poinformowanie pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnienie przyczyny wyboru tego terminu; wpisanie za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego na listę oczekujących, jak też wpisanie daty i przyczyny skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Świadczeniodawca nie ma prawa odmówić pacjentowi wpisania go na listę oczekujących celem udzielania świadczenia zdrowotnego. W praktyce zdarzają się jednak przypadki, iż Świadczeniodawcy odmawiają wpisania pacjenta na listę oczekujących tłumacząc powyższy fakt brakiem środków finansowych lub też „wyczerpaniem limitów” z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odmowa udzielenia pacjentowi świadczenia medycznego oraz odmowa wpisania go na listę osób oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych - mimo zawartej przez ZOZ umowy z NFZ -może być uznana za uniemożliwienie lub ograniczenie w poważnym stopniu dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej²¹.

²⁰ jedn.tekst : Dz.U. z 2008r. Nr.164, poz.1027 ze.zm

²¹ opinia I. Jasionowicz-Klepackiej w sprawie pytania : Czy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia ma prawo odmówić pacjentowi udzielenia świadczenia medycznego?, strona internetowa Prawa i Medycyny :

Na podstawie art. 193 ust.5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej takie zachowanie Świadczeniodawcy może być uznane za wykroczenie oraz może skutkować nałożeniem na Świadczeniodawcę kary grzywny.

W sytuacji wpisania pacjenta na listę oczekujących przez Świadczeniodawcę jest to równoznaczne z obowiązkiem udzielenia mu danego świadczenia opieki zdrowotnej.

Aktami wykonawczymi do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej precyzującymi tylko i wyłącznie kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się Świadczeniodawcy ustalając listy oczekujących na wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r.²² w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r.²³ w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Obowiązujące przepisy nie określają dopuszczalnej długości czasu oczekiwania przez pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Wspomnieć należy o wytycznych konsultantów krajowych zamieszczonych na stronach Ministerstwa Zdrowia²⁴, które mogą stanowić wskazówkę przy kwalifikacji pacjentów do kategorii medycznych.

Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej, które decydują o umieszczeniu na liście oczekujących stanu zdrowia świadczeniobiorcy są stan zdrowia pacjenta, rokowania co do dalszego przebiegu choroby; choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Natomiast § 2 w/w rozporządzenia określa, iż Świadczeniodawca stosując powyższe kryteria medyczne dokonuje kwalifikacji pacjenta do kategorii medycznej „przypadek pilny” (jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia

<http://www.prawoimedycyna.pl>

²² Dz.U. z 2005r. Nr 200, poz. 1661.

²³ Dz.U. z 2007 r. Nr 250, poz. 1884.

²⁴ Informacje znajdują się na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia : www.mz.gov.pl

szans na powrót do zdrowia) oraz „przypadek stabilny” (w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny).

Ponadto pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny".

Dopuszcza się w razie zmiany stanu zdrowia pacjenta wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenie świadczenia, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych po wcześniejszym poinformowaniu Świadczeniodawcy przez pacjenta.

Kryteria medyczne powinny być jedynymi przesłankami decydującymi o zmianie terminu udzielenia świadczenia pacjentowi na wcześniejszy.

Świadczeniodawca koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie.

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej informacje o prowadzonych przez poszczególnych Świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz udziela również informacji o ewentualnej możliwości udzielenia świadczenia przez innych Świadczeniodawców, którzy posiadają krótszą listę oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Aktualizacja w/w informacji powinna następować raz w miesiącu przez Narodowy Fundusz Zdrowia co najmniej raz w miesiącu.

Udostępnienie pacjentom danych w zakresie liczby oczekujących na świadczenia zdrowotne przez Narodowy Fundusz Zdrowia następuje poprzez bezpłatną linię telefoniczną.

Zgodnie z art. 23 ust.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu jest zobowiązany poinformować, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.

Wpisanie się na listę oczekujących przez pacjenta wiąże się również dla niego z pewnymi obowiązkami do których zalicza się :

- wpis na jedną listę oczekujących

- powiadomienie Świadczeniodawcy w sytuacji, gdy pacjent zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej lub też nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie wyznaczonym celem udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Należy wspomnieć, iż wpisanie się na listę oczekujących celem udzielania świadczenia nie dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów oraz uprawnionych żołnierzy lub pracowników w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Zauważyć należy, iż w praktyce zdarzają się przypadki wpisów pacjentów na kilka list oczekujących ze względu na szybszą możliwość (zdaniem pacjenta) uzyskania świadczenia zdrowotnego w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Powyższe nie dotyczy list oczekujących prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (rewizja stanu biodrowego lub kolanowego), usunięcia zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) oraz zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), co wynika z Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 19/2008/DSS z dnia 17 marca 2008 r.

Odrębnie też są prowadzone krajowe listy osób oczekujących na przeszczep przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant", co wynika z art. 38 ust.3 ustawy z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów²⁵.

W jednolitym systemie informatycznym stosowanym przez Świadczeniodawców w przypadku ustalania terminów na powyższe świadczenia pacjenta można wpisać wyłącznie na jedną listę oczekujących.

Podkreślić należy, że Świadczeniodawcy nie mają możliwości dokonania weryfikacji wpisów pacjentów w przypadku pozostałych świadczeń zdrowotnych ze względu na brak jednolitego systemu informatycznego pozwalającego na weryfikację, czy pacjent dokonał wpisu wyłącznie na jedną listę oczekujących.

Uważam, iż najlepszym rozwiązaniem tego problemu w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi jedynie wprowadzenie Rejestru Usług Medycznych, który byłby systemem informatycznym zbierającym szczegółowe dane w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom przez personel medyczny.

²⁵ Dz.U z 2005r. Nr 169, poz. 1411 ze zm.

Zauważyć jednak należy, iż na wprowadzeniu Rejestru Usług Medycznych nie zależy żadnym podmiotom działającym w systemie i poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej brak jest również regulacji związanych ze sposobem postępowania przez Świadczeniodawcę w sytuacji niepowiadomienia go przez pacjenta o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej lub też niestawienia się celem udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Nieinformowanie Świadczeniodawców w tego rodzaju sytuacjach przez pacjentów może skutkować tym, iż do udzielania świadczeń zdrowotnych tworzy się tzw. „sztuczna” lista oczekujących. Może nastąpić to w sytuacji, gdy pacjent nie powiadomi o rezygnacji ze świadczenia.

W tej sytuacji dopuszczalna jest moim zdaniem stosowana praktyka przez Świadczeniodawców, którzy proszą pacjentów o potwierdzenie terminu wyznaczonej wizyty np. z dwu lub jednodniowym wyprzedzeniem. W sytuacji niepotwierdzenia terminu wizyty przez pacjenta, wpisanie na listę oczekujących przez Świadczeniodawcę celem udzielenia świadczenia następuje na nowo.

W sytuacji, gdy pacjent kilkakrotnie nie powiadomi Świadczeniodawcy o powyższych faktach można rozważyć zastosowanie art. 38 ust.3 ustawy o zawodzie lekarza²⁶, który określa, iż : „Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. Za taką okoliczność można moim zdaniem uznać kilkakrotne niepowiadomienie lub niestawienie się przez pacjenta celem udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Należy jednak pamiętać, że powyższy fakt powinien zostać odnotowany oraz uzasadniony w dokumentacji medycznej przez lekarza.

IV.PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA

Art. 7. ustawy o z.o.z.²⁷ określa, iż zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia bez względu na fakt, czy

²⁶ jedn.tekst Dz.U.z 2008r. Nr.136 poz. 857 z późn. zm.

²⁷ jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.

pacjent posiada prawo do udzielania świadczeń w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, jak też w sytuacji, jeśli jest osobą nieubezpieczoną.

Wskazany obowiązek w ww. artykule w tzw. „stanach nagłych” dotyczy wszystkich zakładów opieki zdrowotnej bez względu na ich status organizacyjny. Ponadto w przypadku konieczności udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta nie jest również istotny fakt, czy zakład opieki zdrowotnej ma zawartą stosowną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak też czy został już wykonany limit świadczeń zdrowotnych ustalony przez płatnika.

Ponadto art. 30 ustawy o zawodzie lekarza²⁸ zawiera również obowiązek lekarza udzielenia 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. Przypadek niecierpiący zwłoki to każda okoliczność, która bezpośrednio zagraża życiu, oraz sytuacja, która stwarza jedynie pośrednie zagrożenie dla życia pacjenta²⁹.

Wskazany obowiązek w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza jest też normą deontologiczną, co określa art. 69 KEL z którego wynika, iż: „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy”.

Ponadto w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta obowiązkiem pielęgniarki lub położnej jest również udzielenie pomocy zgodnie z posiadanymi przez nie kwalifikacjami zawodowymi, co wynika również z art. 19 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Ze względu na fakt, że ustawa o z.o.z. nie określa czym jest „stan nagły”, próbę jego zdefiniowania podjął ustawodawca w art. 3. pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, określając, że stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywalnym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne

²⁸ jedn.tekst Dz.U z 2008r. Nr.136, poz.857 ze zm

²⁹ K.Miaskowska – Daszkiewicz: Prawa pacjenta, op.cit., s. 68

uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia³⁰.

W wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 lutego 2005 r.³¹ trafnie wskazano, iż: „przepisy art. 58. ust. 3 ustawy z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (...) i art. 7. ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (...) mówią nie tyle o rodzaju zabiegu, ile o sytuacji, w jakiej znajduje się osoba zgłaszająca się do zoz i potrzebująca natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia”.

Zarówno użyte przez ustawodawcę w ustawie o z.o.z pojęcie „zagrożenia zdrowia lub życia” i w ustawie o Ratownictwie Medycznym „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego” powinny być traktowane tożsamo, co potwierdza Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 17 listopada 2005r³².

Z art. 19 ust.1 i art. 60 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jednoznacznie wynika, iż udzielanie świadczeń w stanach nagłych następuje niezwłocznie oraz bez wymaganego skierowania.

Zauważyć jednak należy na co trafnie wskazują M.Dercz i T.Rek³³, iż art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczy Świadczeniobiorców do których zalicza się osoby podlegające ubezpieczeniu powszechnemu i dobrowolnemu, osoby nie posiadające tytułu do świadczeń – małoletni oraz kobiety, które są w okresie ciąży, porodu i połogu oraz inne osoby na warunkach przewidzianych w ustawie, a w szczególności osoby, które spełniają kryterium dochodowe określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. Natomiast art. 7 ustawy o z.o.z określa wyłącznie osobę, której ze względu na stan zdrowia konieczne jest udzielenie świadczenia.

Jest to istotne z punktu widzenia ewentualnego wynagrodzenia dla ZOZ – u za udzielone świadczenia zdrowotne³⁴.

³⁰ Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze. zm.

³¹ I ACa 767/2004.

³² VI SA/Wa 1003/2005, Lex, nr 192536

³³ M.Dercz, T.Rek, Ustawa o zakładach, op.cit, s. 52

³⁴ Op.cit.,s.52

Z całą pewnością wszystkie świadczenia udzielone w stanie „nagłym” przez zakłady opieki zdrowotnej powinny zostać sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i moim zdaniem ta kwestia nie powinna budzić żadnych wątpliwości.

Linia przyjęta przez orzecznictwo sądów apelacyjnych, jak też Sądu Najwyższego potwierdza również, że zarówno kasy chorych, czy też Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązane są do sfinansowania świadczeń udzielonych w stanie nagłym przez zakłady opieki zdrowotnej pod warunkiem wykazania, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego nastąpiło w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia³⁵.

V. PODSUMOWANIE

Z dokonanych rozważań dotyczących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wynika, iż brak jest jasnych, przejrzystych regulacji prawnych umożliwiających rzeczywisty dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie listy oczekujących na świadczenia zdrowotne, jako instrumentu, który ma gwarantować pacjentom równy dostęp do świadczeń zdrowotnych.

W tej kwestii wspomnieć również należy o czynniku ekonomicznym, który odgrywa znaczącą rolę w przypadku dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych – mniejsze środki finansowe na udzielanie świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak też trudna sytuacja finansowa niektórych zakładów opieki zdrowotnej.

Z dużym niepokojem należy zauważyć brak Rejestru Usług Medycznych jako rejestru informatycznego, który umożliwiłby kontrolę nad wydatkowaniem środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyłącznie ponowna reforma systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem takich uregulowań jak : dodatkowe ubezpieczenia, współpłacenie za niektóre świadczenia, może zapewnić pacjentom prawidłowe korzystanie ze świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

³⁵ Tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007r., I CSK 125/07, OSP, 2008, Nr 7-8, poz.72, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25.maja 2006r., II CSK 93/05, Lex nr. 398429

