@kademia NFZ

Tomasz Filarski
Tomasz Sroka

ZROZUMIEĆ PRAWA PACJENTA

Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Tomasz Filarski
Tomasz Sroka

ZROZUMIEĆ PRAWA PACJENTA

Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce

Stan prawny na 1 stycznia 2015 r.

Autorzy:
Tomasz Filarski
Tomasz Sroka
Mariusz Siechowicz – rozdział 7

Redakcja merytoryczna:
Tomasz Filarski
Tomasz Sroka

Rysunki
Maciej Olender

Opracowanie graficzne:
Pracownia grafiki użytkowej **NextForm** Tomasz Żmijewski

Wydawca:
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – Centrala
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
Tel.: +48 22 572 64 62
e-mail: akademianfz@nfz.gov.pl

Partnerem merytorycznym podręcznika jest firma doradcza Westhill Consulting.
www.westhill.pl

Autorzy oraz Biuro Projektu Akademia NFZ dołożyli wszelkich starań, by zawarte w niniejszej publikacji informacje były kompletne, aktualne i rzetelne. Książka stanowi podręczne kompendium wiedzy na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jednakże źródłem powszechnie obowiązującego prawa są akty prawne, wydane na podstawie i w ramach wyraźnego upoważnienia zawartego w stosownych ustawach.
Bezpłatny podręcznik w formie elektronicznej oraz audiobooka jest dostępny pod adresem:
www.nfz.gov.pl/akademia

ISBN: 978-83-929175-3-3
Wszystkie prawa zastrzeżone
Wydanie II "Zrozumieć prawa pacjenta"
Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
Egzemplarz bezpłatny.
Warszawa, 2014 r.

fot. Włodzimierz Wasyluk

Szanowni Państwo,

Mija piętnasty rok od wprowadzenia w Polsce ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia. Wraz z dynamicznymi zmianami dotyczącymi organizacji opieki zdrowotnej, zasad finansowania świadczeń, restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej, zmieniała się również sytuacja pacjenta. Przez wiele lat nie było w Polsce całościowego dokumentu ujmującego prawa pacjenta, dopiero w 2000 roku rozproszone w różnych aktach prawnych prawa zebrano w wydanej przez Ministerstwo Zdrowia Karcie Praw Pacjenta. Dziś mamy już ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a przy oddziałach wojewódzkich NFZ funkcjonują wydziały skarg i zażaleń, a także powstaje coraz więcej organizacji i instytutów powołanych z myślą o wspieraniu pacjentów i ich rodzin.

Przygotowana w ramach projektu Akademii NFZ publikacja „Zrozumieć prawa pacjenta" w przystępny sposób przybliża prawa i obowiązki polskiego pacjenta oraz stanowi podręczne kompendium zagadnień związanych z jego ochroną w obecnych warunkach systemu opieki zdrowotnej.

Jednocześnie zachęcam do korzystania z nowo uruchomionego portalu dla świadczeniobiorców – Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP), w którym znajdziecie Państwo informacje dotyczące statusu ubezpieczenia, miejsc gdzie na terenie całej Polski realizowane są świadczenia medyczne oraz wykaz i koszt świadczeń udzielonych Państwu w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

Agnieszka Pachciarz
Prezes NFZ

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce opracowanie na temat praw pacjenta i zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności tych dotyczących świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Celem publikacji jest prezentacja powyższych zagadnień z praktycznego punktu widzenia. W związku z tym w opracowaniu, poza ogólną prezentacją poszczególnych praw pacjenta i zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, znajdą Państwo również rozwiązania najczęściej pojawiających się w praktyce funkcjonowania systemu ochrony zdrowia problemów oraz przykłady dobrych praktyk, których stosowanie ma zapewnić odpowiednie poszanowanie praw pacjenta.

W niniejszym opracowaniu zostały celowo pominięte bezpośrednie odwołania do konkretnych przepisów prawnych, pozycji literatury i orzecznictwa sądowego, aby zapewnić pełną przejrzystość publikacji. Osoby zainteresowane znajdą jednak w ramach każdego rozdziału odesłanie do podstawowych aktów prawnych, a na końcu publikacji także do pozycji literatury, dotyczących praw pacjenta i zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Mamy nadzieję, że niniejsze opracowanie pomoże Państwu lepiej zrozumieć prawa pacjenta i łatwiej poruszać się w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju.

Tomasz Filarski, Tomasz Sroka

„Podręcznik stanowi przedstawienie podstawowych informacji z zakresu organizacji ochrony zdrowia w Polsce, zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w różnych sytuacjach i różnego rodzaju świadczeń, możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami Polski oraz prawa pacjenta w jego relacjach z instytucjami ochrony zdrowia i pracownikami tych instytucji, personelem medycznym udzielającym bezpośrednio świadczeń opieki zdrowotnej.

Przede wszystkim muszę stwierdzić, że brak jest tego typu opracowania, które byłoby dostępne dla przeciętnie wykształconego czytelnika, który powinien otrzymać informacje o przysługujących mu prawach w zakresie tak ważnym dla każdego obywatela, jakim jest ochrona zdrowia. Wypełnienie tej luki jest wyjątkowo ważne z punktu widzenia realizacji konstytucyjnej zasady demokratycznego państwa prawa.

Podsumowujac, stwierdzam, ze otrzymałem do recenzji wysoce kompetentne i komplente opracowanie, niezwykle potrzebne pacjentom, a także personelowi medycznemu.(...)"

Prof. dr hab. Andrzej Zoll
(fragment recenzji podręcznika)

SPIS TREŚCI

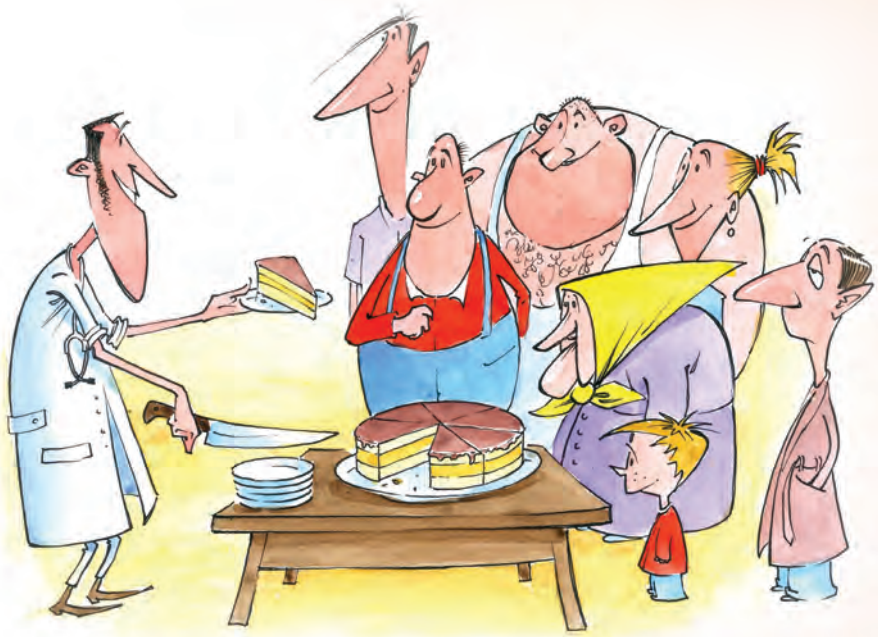
1. Konstytucyjne podstawy systemu ochrony zdrowia	**8**
2. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej	**10**
3. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	**12**
3.1. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obowiązujące w każdym przypadku udzielania świadczeń	**13**
3.1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez uprawnione podmioty	13
3.1.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przy zachowaniu wymogów fachowo – sanitarnych	15
3.1.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej	16
3.1.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z należytą starannością	20
3.1.5. Obowiązek natychmiastowego udzielania świadczeń ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia	21
3.1.5.1. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	22
3.1.5.2. Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) i centrum urazowe	22
3.1.5.3. Pogotowie ratunkowe (zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego)	24
3.1.6. Obowiązek informowania pacjenta	27
3.1.7. Obowiązek uzyskania zgody pacjenta na leczenie	31
3.1.8. Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej	36
3.1.9. Obowiązek poszanowania intymności i godności pacjenta	39
3.1.10. Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	41
3.1.11. Obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej	42
3.1.12. Prawo pacjenta do złożenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza	48
3.1.13. Prawa pacjenta w leczeniu całodobowym	50
3.2. Dodatkowe zasady obowiązujące podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	**51**
3.2.1. Zasada zapewnienia pacjentom świadczeń gwarantowanych	51
3.2.2. Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	53
3.2.2.1. Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osoby ubezpieczone zdrowotnie	54
3.2.2.2. Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osoby nieubezpieczone	58
3.2.3. Dokumenty uprawniające do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	62
3.2.3.1. Skierowania do lekarza specjalisty i do szpitala	62

3.2.3.2. Skierowania na rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe	63
3.2.3.3. Skierowania do opieki długoterminowej	63
3.2.3.4. Zlecenia na wyroby medyczne	63
3.2.3.5. Zlecenia na transport sanitarny	64
3.2.3.6. Recepty wystawiane przez lekarzy	66
3.2.3.7. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego	
3.2.4. Wybór świadczeniodawcy	68
3.2.5. Obowiązek zachowania kolejności dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynikającej z listy oczekujących	72
3.3. Zasady obowiązujące przy udzielaniu wybranych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	78
3.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	78
3.3.2. Leczenie szpitalne	83
3.3.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (poradnie specjalistyczne)	85
3.3.4. Rehabilitacja lecznicza	87
3.3.5. Lecznictwo uzdrowiskowe	89
3.3.6. Opieka długoterminowa	91
4. Szczególne grupy pacjentów	**93**
4.1. Pacjent w domu	93
4.2. Pacjent – dziecko	96
5. Leczenie na terenie Unii Europejskiej lub w krajach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA)	103
5.1. Świadczenia nieplanowane na terenie Unii Europejskiej (EFTA)	104
5.2. Świadczenia planowane na terenie Unii Europejskiej (EFTA)	106
5.2.1. Procedura wynikająca z przepisów o koordynacji	107
5.2.2. Procedura wynikająca z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej	108
6. System ochrony praw pacjenta	111
7. Przyjazny lekarz – partnerska komunikacja lekarza z pacjentem	114
Podstawowe akty prawne	120
Podstawowa literatura (komentarze	121

1 KONSTYTUCYJNE PODSTAWY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Z Konstytucji RP wynika **dla każdego prawo do ochrony zdrowia**, które jest w sposób nierozerwalny związane z godnością człowieka i prawem do życia. Treścią tego prawa jest możliwość korzystania z efektywnego systemu ochrony zdrowia, dającego możliwość zwalczania i zapobiegania chorobom. Konstytucja RP nie przesądza jednak, jak system ten ma być skonstruowany.

Poza prawem każdego do ochrony zdrowia Konstytucja RP wskazuje, że władze publiczne mają **zapewnić wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**. Określony jest zatem cel, który winien być osiągnięty przez władze państwowe, kierunek polityki społecznej państwa, którym jest równy i rzeczywisty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla każdego obywatela, niezależnie od jego sytuacji materialnej.



Konstytucja RP nie określa żadnych konkretnych rozwiązań, które winny być zastosowane –władze państwowe mają swobodę wyboru poszczególnych modeli systemu ochrony zdrowia.

Przykład: z punktu widzenia Konstytucji RP decyzją polityczną jest, czy świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane bezpośrednio z budżetu państwa, czy też ze składek przekazywanych do jakiegoś podmiotu; decyzją polityczną jest, czy będzie istniał jeden Narodowy Fundusz Zdrowia, kilkanaście kas chorych czy też jeszcze inny system ochrony zdrowia.

Obywatelom władza państwowa ma zagwarantować równy dostęp do systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, a nie do konkretnych świadczeń składających się na ten system. Z tego względu sama Konstytucja RP nie może być podstawą roszczeń (żądań) obywateli dotyczących konkretnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą ewentualnych roszczeń dotyczących przykładowo braku finansowania konkretnych procedur medycznych ze środków publicznych mogą być wyłącznie przepisy ustaw określających warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z finansowego punktu widzenia nie istnieje możliwość zapewnienia przez państwo bezpłatnej opieki zdrowotnej obywatelom w pełnym zakresie. W związku z tym Konstytucja RP nałożyła na państwo **obowiązek jasnego i precyzyjnego określenia katalogu tych świadczeń opieki zdrowotnej, które będą finansowane obywatelom ze środków publicznych (tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych), oraz warunków udzielania tego typu świadczeń** (m.in. czy będą całkowicie bezpłatne dla obywateli, czy też będą oni musieli ponosić jakiś wkład własny).

Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej, oznacza również zakaz jakiegokolwiek różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej. **Wszyscy obywatele mają takie same uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne ponoszonej przez konkretne osoby.** Nie ma żadnego związku między wysokością składki a zakresem i standardem gwarantowanych świadczeń – dla każdego obywatela jest on dokładnie taki sam.

Stworzony przez władze państwowe system opieki zdrowotnej, zapewniający obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma także zapewnić szczególną opiekę zdrowotną dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Zobacz

Konstytucja RP:
Art. 68.

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. 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.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

2 PODSTAWOWE WIADOMOŚCI O ORGANIZACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Wszelkie działania medyczne podejmowane w stosunku do pacjenta noszą zbiorczą nazwę **świadczeń opieki zdrowotnej**. W ich skład wchodzą:

1. świadczenia zdrowotne
2. świadczenia zdrowotne rzeczowe
3. świadczenia towarzyszące

Świadczenia zdrowotne to wszelkie działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia. Świadczeniami zdrowotnymi są zatem wszelkiego rodzaju procedury medyczne, będące działaniami diagnostycznymi i terapeutycznymi w stosunku do pacjentów. Udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi **działalność leczniczą** i jest najszerszą kategorią działań podejmowanych w stosunku do pacjenta.

Świadczenia zdrowotne rzeczowe to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne (np. endoprotezy), w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (np. protezy kończyn, gorsety i kołnierze ortopedyczne, obuwie ortopedyczne, laski i kule, wózki inwalidzkie) i środki pomocnicze (np. okulary, aparaty słuchowe, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, pieluchomajtki, peruki, materace przeciwodleżynowe).

Świadczenia towarzyszące to zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w podmiocie leczniczym wykonującym świadczenia w sposób całodobowy lub całodzienny (np. w szpitalu, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, w jednostce udzielającej świadczeń w ramach tzw. chirurgii jednego dnia) oraz usługi transportu sanitarnego, , a także zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.

Dobra praktyka: świadczenia towarzyszące przysługują pacjentom we wszystkich placówkach udzielających pomocy medycznej w sposób całodobowy lub całodzienny; do jednostek tych zalicza się również szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) – pacjentom korzystającym z pomocy w SORze powinno być zatem zapewnione, w razie potrzeby na przykład wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Z uwagi na konieczność zapewnienia odpowiedniego bezpieczeństwa pacjentom, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane tylko przez osoby i jednostki spełniające odpowiednie warunki, zgodnie z obowiązującym prawem. Osoby te i jednostki nazwane są **podmiotami wykonującymi działalność leczniczą**. Dzielą się one dwie zasadnicze grupy: podmioty lecznicze i praktyki zawodowe.

Podmiotami leczniczymi są różnego rodzaju podmioty i jednostki w zakresie, w jakim udzielają świadczeń zdrowotnych. Są to publiczne zakłady opieki zdrowotnej i funkcjonujące do niedawna niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. **Praktyka zawodowa** to z kolei działalność polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, pielęgniarki lub położne, w formie praktyki indywidualnej lub praktyki grupowej.

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą (zarówno podmiot leczniczy – czyli dawny zakład opieki zdrowotnej, jak i praktyka zawodowa lekarzy, pielęgniarek lub położnych) musi:

a) **być wpisany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą;** organem prowadzącym rejestr jest wojewoda (w odniesieniu do podmiotów leczniczych), okręgowa rada lekarska (w odniesieniu do praktyki zawodowej lekarzy) oraz okręgowa rada pielęgniarek i położnych (w odniesieniu do praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych)

Informację o tym, czy określony podmiot wykonujący działalność leczniczą uzyskał wpis do stosownego rejestru, a także wgląd do danych objętych wpisem każdy może uzyskać bezpłatnie w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na stronie internetowej www.rpwdl.csioz.gov.pl.

b) **posiadać regulamin organizacyjny, ewentualnie statut**, określający m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, wysokość opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością oraz za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Regulamin organizacyjny i statut powinien być udostępniony bezpłatnie do wglądu każdemu, kto zgłosi żądanie w tym zakresie. Ponadto informacje dotyczące wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością, za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny powinny być dodatkowo odrębnie podane do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty, np. na tablicy ogłoszeń.

Poza powyższymi wymogami, każdy podmiot leczniczy (dawniej: zakład opieki zdrowotnej) i każda praktyka zawodowa (lekarzy, pielęgniarek, położnych) musi spełniać dodatkowe, szczegółowe warunki, określone w przepisach prawa.

Podstawową instytucją finansującą świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz organizującą system ich udzielania jest **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)**. W jego skład wchodzą Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Narodowym Funduszem Zdrowia kieruje Prezes NFZ, zaś poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi – dyrektorzy. NFZ zarządza środkami finansowymi, pochodzącymi zwłaszcza ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne NFZ działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, czyli sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zobowiązany jest do podania do publicznej wiadomości informacji o godzinach i miejscu udzielania świadczeń oraz umieszczenia na zewnątrz budynku tablicy ze znakiem graficznym NFZ. Na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku powinien natomiast zamieścić harmonogram pracy jednostki, zasady rejestracji pacjentów, tryb składania skarg i wniosków oraz prawa pacjenta. Jeśli w tym samym budynku mieszczą się także inne poradnie, które nie zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, logo NFZ powinno wskazywać jednoznacznie, gdzie udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia nie może w godzinach wykazanych w harmonogramie pracy udzielać świadczeń odpłatnie (komercyjnie).

Zobacz:

art. 2 ust. 1 pkt 5, art. 4 – 5, art 17 – 19, art 23 – 24, art 100 – 102, art 106, art 204 – 205 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

art. 5 pkt 37, 38 i 40, art. 96 – 97 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

§ 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

3 ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej mogą być udzielane pacjentom jedynie przy respektowaniu określonych zasad. **Reguły** te można podzielić na **dwie podstawowe grupy.**

Do pierwszej grupy należą te zasady, które muszą być **przestrzegane zawsze przez wszystkie podmioty działające w systemie ochrony zdrowia i w odniesieniu do wszystkich pacjentów,** bez względu na sposób finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych. Do tej grupy należy np. konieczność posiadania odpowiednich kwalifikacji przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych czy też udzielania świadczeń w odpowiednich warunkach fachowo – sanitarnych, obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i z należytą starannością, realizacja obowiązku informowania pacjenta i uzyskania zgody na leczenie, obowiązek natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, konieczność przestrzegania tajemnicy zawodowej czy też prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, a także prawa pacjenta związane z leczeniem całodobowym czy też dające możliwość złożenia sprzeciwu od opinii lub orzeczenia lekarza.

Do drugiej grupy należy zaliczyć z kolei te zasady, które **dodatkowo obowiązują w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** w ramach umów, jakie zawiera z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych muszą być zawsze przestrzegane wszystkie przedstawione wyżej zasady (np. obowiązek informowania pacjenta i uzyskania zgody na leczenie, itd.), a także pewne dodatkowe reguły, które obowiązują wyłącznie w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do tej grupy należą np. konieczność posiadania przez pacjenta dokumentu uprawniającego do uzyskania określonego świadczenia (np. skierowanie, zlecenie, recepta), obowiązek udzielania pacjentom wyłącznie świadczeń gwarantowanych czy też przestrzegania kolejności wynikającej z list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, a także liczne szczegółowe zasady obowiązujące przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach (np. w podstawowej opiece zdrowotnej, w leczeniu szpitalnym czy też w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej).

3.1. ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ OBOWIĄZUJĄCE W KAŻDYM PRZYPADKU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

3.1.1. UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ UPRAWNIONE PODMIOTY

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do leczenia pacjentów. Należą do nich przede wszystkim osoby wykonujące podstawowe zawody medyczne (np. lekarze, pielęgniarki, położne), ale także osoby wykonujące inne zawody medyczne, które uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych (np. rehabilitanci, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci).

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez powyższe osoby, jeżeli zostały spełnione trzy zasadnicze warunki:

1. osoba posiada wszystkie **kwalifikacje formalne** uprawniające do wykonywania określonego zawodu (np. posiadanie przez lekarza prawa wykonywania zawodu)
2. osoba posiada **aktualne predyspozycje** do udzielania świadczeń, odnoszące się przede wszystkim do właściwego stanu psycho-fizycznego
3. osoba posiada **uprawnienie do udzielenia konkretnego świadczenia zdrowotnego** – zakres owych uprawnień wyznaczony jest przez kompetencje danej osoby (np. istnieje ograniczona liczba świadczeń, które pielęgniarka / położna może udzielać bez zlecenia lekarza).

Nie każda osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do podejmowania wszelkich czynności medycznych w stosunku do pacjenta, do czego uprawniony jest na przykład lekarz. Niekiedy przedstawiciele zawodów medycznych mają ograniczone kompetencje w zakresie leczenia pacjentów (np. rozporządzenie ministra zdrowia określa zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego).

Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych nie powinna podejmować czynności, które wykraczają poza jej kompetencje, a także tych czynności, które wprawdzie mieszczą się w ramach jej uprawnień, ale nie posiada w ich zakresie odpowiednich umiejętności zawodowych.

Lekarz ma zawsze **obowiązek 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. W pozostałych przypadkach, kiedy pacjent nie znajduje się w stanie nagłym, lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta. Niemniej jednak, jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby, może to zrobić tylko wówczas, jeżeli istnieją ku temu poważne powody i uzyska zgodę swojego przełożonego na nie podjęcie lub odstąpienie od leczenia. Powodem odstąpienia od kontynuacji leczenia może być też przekonanie lekarza, że posiadana przez niego wiedza i umiejętności nie są wystarczające dla zapewnienia pacjentowi skutecznej pomocy lekarskiej albo że biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta wyczerpał już wszystkie dostępne mu możliwości lecznicze.

Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w innej placówce medycznej. Informacja ma być przekazana pacjentowi odpowiednio wcześnie, aby zapewnić mu wystarczająco dużo czasu na skontaktowanie się z innym lekarzem i możliwość kontynuowania leczenia bez zakłóceń. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Lekarze, skreślając z listy aktywnej pacjentów argumentują, iż nie widzą możliwości leczenia pacjenta, ponieważ przykładowo nie stosuje się do ich zaleceń lub brakuje wzajemnego zaufania będącego podstawą relacji („jawne okazywanie braku zaufania do lekarzy i pielęgniarek naszego zakładu uniemożliwia nam

dalsze świadczenie usług medycznych na rzecz pacjenta"). Dotyczy to także pacjentów agresywnych, używających wobec lekarza słów niecenzuralnych i obraźliwych, czy też notorycznie podważających kompetencje zawodowe i sposób leczenia. Lekarz, przed odstąpieniem od leczenia pacjenta, ma obowiązek w takim wypadku podania mu realnych możliwości dalszego leczenia i wskazania konkretnych placówek świadczących usługi w danym zakresie na danym terenie.

W razie nieuzyskania zgody pacjenta na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.

Dobrą praktyką powinno być przekazanie pacjentowi przez lekarza również ustnie tych powodów odstąpienia od leczenia, chyba że uzasadnione jest ono wystąpieniem między nimi sytuacji konfliktowej. Adnotacji o odmowie wykonania świadczenia zdrowotnego można nadać formę oświadczenia, które sporządza i podpisuje lekarz (uzasadnia swoją odmowę na piśmie), a następnie przedstawia je do podpisania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu. Umożliwi to kontrolę zasadności takiej odmowy leczenia

Jeżeli pacjent nie znajduje się w stanie niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia albo w innej sytuacji niecierpiącej zwłoki, lekarz może powstrzymać się także od wykonania świadczeń zdrowotnych, które są niezgodne z jego sumieniem. Odmowa leczenia w takiej sytuacji opiera się na **tzw. klauzuli sumienia**. Lekarz, powołując się na klauzulę sumienia, ma jednak obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce ochrony zdrowia. Niedopuszczalne jest zaniechanie wykonania świadczenia zdrowotnego pacjentowi w oparciu o klauzulę sumienia, bez jednoznacznego wskazania mu, gdzie tego typu świadczenie będzie mogło mu być realnie udzielone. Lekarz, powołując się na klauzulę sumienia, powinien również uzasadnić swoją decyzję i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, a także powiadomić na piśmie swojego przełożonego.

Należy również pamiętać, że niedopuszczalne jest prowadzenie akcji strajkowych polegających na zaprzestaniu pracy na tych stanowiskach pracy, na których zaniechanie wykonywania obowiązków przez pracowników zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu. W związku z tym personel medyczny, z uwagi na bezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjentów, nie może prowadzić akcji protestacyjnej polegającej na zaprzestaniu pracy, czyli opieki nad pacjentami.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 8.

> Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez **podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych** w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych **osoby wykonujące zawód medyczny** kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Zobacz także:

Art. 30, 38 – 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Art. 19 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych

3.1.2. UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZY ZACHOWANIU WYMOGÓW FACHOWO – SANITARNYCH

Dbałość o zachowanie odpowiednich wymogów sanitarnych ma zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W tym celu muszą być spełnione odpowiednie warunki techniczne w odniesieniu do pomieszczeń, w których pacjentom udzielane są świadczenia, jak i urządzeń, przy pomocy których są wykonywane określone czynności medyczne.

Poza samym faktem wykorzystania odpowiednio przygotowanych pomieszczeń i urządzeń w procesie leczenia pacjenta, istotne jest również podjęcie przez podmiot udzielający świadczeń działań, których celem jest ciągła dbałość o odpowiednią konserwację i cykliczne weryfikowanie, czy pomieszczenia lub urządzenia w dalszym ciągu spełniają standardy zapewniające bezpieczeństwo pacjentom.

W każdej placówce ochrony zdrowia powinny być wskazane osoby, do których obowiązków należy zapewnienie odpowiednich wymogów fachowo – sanitarnych pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych w procesie leczenia pacjenta. Niemniej jednak określone obowiązki ciążą również na osobach bezpośrednio udzielających świadczeń zdrowotnych (wykonujących zawody medyczne) – mają one obowiązek rutynowej kontroli każdego wykorzystywanego w procesie diagnostycznym i terapeutycznym urządzenia pod kątem ewentualnych widocznych i łatwo wykrywalnych uszkodzeń i defektów. Na osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych ciąży również obowiązek stałej kontroli pracy urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie ich pracy, celem natychmiastowej reakcji na niespodziewane awarie, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
Art. 8.

> Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych **w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym**. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

3.1.3. UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ODPOWIADAJĄCYCH WYMOGOM AKTUALNEJ WIEDZY MEDYCZNEJ

Postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną to zagwarantowanie pacjentowi stosowania takich metod postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, które w chwili udzielania mu świadczeń zdrowotnych odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej. Pod tym pojęciem należy rozumieć co najmniej „aktualne, podstawowe zasady, standardy przyjęte we współczesnej medycynie zawarte w dostępnej literaturze i przekazywane studentom wyższych uczelni medycznych". Celem zapewnienia pacjentowi świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej osoba udzielająca świadczeń powinna wykorzystać dostępne dla niej metody i środki.

Działając w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną, osoba udzielająca pomocy pacjentowi:

1. powinna **zaniechać stosowania metod postępowania powszechnie odrzuconych,** czyli takich, które w świetle badań naukowych zostały uznane za nieskuteczne, błędne lub nawet niebezpieczne dla pacjentów;
2. powinna **co do zasady stosować metody postępowania powszechnie akceptowane,** czyli takie, które są uznawane przez odpowiednie organizacje medyczne jako właściwe do podejmowania w określonych przypadkach medycznych i w odniesieniu do których praktycznie nie ma wątpliwości co do zasadności ich stosowania;
3. powinna **stosować metody postępowania kwestionowane, jeżeli tylko nie istnieją w określonym przypadku metody powszechnie akceptowane;** metody kwestionowane to takie, które w prawdzie są akceptowane przez odpowiednie organizacje medyczne, ale nie powszechnie (w pewnym zakresie poddawane są krytyce).

Jeżeli w danej sytuacji istnieje kilka równorzędnych metod postępowania powszechnie akceptowanych albo kilka równorzędnych metod postępowania kwestionowanych, wówczas w stosunku do pacjenta należy zastosować tę metodę postępowania, która w konkretnym przypadku daje największe prawdopodobieństwo uzyskania spodziewanego pozytywnego efektu diagnostycznego lub terapeutycznego. Należy pamiętać, że ostateczny wybór konkretnej metody postępowania zależy od decyzji (zgody) pacjenta, któremu należy przedstawić wszystkie możliwe i dopuszczalne w danej sytuacji sposoby diagnostyki i leczenia.

Dobra praktyka: pacjentowi zawsze należy przedstawić możliwe, wedle aktualnej wiedzy medycznej, metody leczenia; osoba wykonująca zawód medyczny może wskazać, który jej zdaniem sposób postępowania i dlaczego będzie najlepszy w tym konkretnym przypadku.

Standard aktualnej wiedzy medycznej winien być odniesiony do **chwili udzielania świadczenia zdrowotnego**. W związku z tym w momencie udzielania pomocy pacjentowi należy zastosować względem niego takie metody postępowania, które wedle istniejącej na ten dzień wiedzy medycznej są wymagane w tego typu okolicznościach.

Należy pamiętać, że wiedza medyczna ma charakter dynamiczny i ciągle się zmienia. W związku z tym zostały wprowadzone pewne mechanizmy, które mają za zadanie ułatwić osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych zastosowanie takich metod postępowania, które w chwili podejmowania działań względem pacjenta odpowiadają standardom aktualnej wiedzy medycznej.

Po pierwsze, istnieją **wydane przez ministra zdrowia standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny**, zawarte w rozporządzeniach.

Przykład: standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem; standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Po drugie, pewne kompetencje w zakresie określania standardów postępowania odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej mają **konsultanci** krajowi, wojewódzcy oraz wojskowej służby zdrowia w określonych dziedzinach medycyny. Jednym z ich najważniejszych zadań jest wydawanie **opinii** o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków.

Przykład: opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych z dnia 12 kwietnia 2011 r. w sprawie niezbędnych warunków pielęgnowania osób niesamodzielnych w zakresie poruszania się.

Po trzecie, istnieją różnego rodzaju **rekomendacje, standardy postępowania, wytyczne czy zalecenia**, oparte na aktualnym stanie wiedzy medycznej i naukowych badaniach, tworzone przez różnego rodzaju wyspecjalizowane podmioty lub medyczne stowarzyszenia naukowe.

Przykład: wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym.

Konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną ma charakter ustawowy, w związku z tym akty niższego rzędu niż ustawa (np. rozporządzenia) albo akty nie mające znaczenia prawnego (np. wytyczne) nigdy nie mogą legalizować zachowań, które nie odpowiadają aktualnej wiedzy medycznej. Może bowiem dojść do sytuacji, w które ulegną zmianie standardy postępowania w medycynie, zaś rozporządzenia czy wytyczne nie zostaną jeszcze zmienione. Wobec powyższego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych powinna zawsze postępować wedle aktualnej wiedzy medycznej, zaś różnego rodzaju rozporządzenia, wytyczne czy zalecenia powinny stanowić jedynie jedno z wielu źródeł, na podstawie których winien być ustalany standard postępowania odpowiadający aktualnej wiedzy medycznej obowiązujący w konkretnym przypadku.

3

W końcu po czwarte, na wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne nałożony jest **obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego**. Doskonalenie zawodowe ma zagwarantować, że osoby wykonujące poszczególne zawody medyczne będą udzielać świadczeń zdrowotnych zawsze na najwyższym poziomie, zgodnie z aktualnymi wskazaniami nauk medycznych, zapewniając tym samym najwyższy poziom bezpieczeństwa dla pacjentów.

Należy podkreślić, że sama wiedza na temat aktualnych standardów postępowania obowiązujących w określonych przypadkach medycznych nie oznacza jednak, że w każdej sytuacji na osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek udzielenia pacjentowi pomocy jedynie w sposób odpowiadający owym standardom. Trzeba bowiem pamiętać o **istniejących w ochronie zdrowia ograniczeniach**, które – o ile będą usprawiedliwione – będą zezwalały na zastosowanie takich metod postępowania, które nie odpowiadają aktualnej wiedzy medycznej, jednakże w danych okolicznościach stanowią postępowanie medyczne zapewniające pacjentowi najlepszy rodzaj pomocy, jaki może otrzymać.

Po pierwsze, ze względu na olbrzymią ilość różnego rodzaju procedur medycznych, osoba wykonująca zawód medyczny może **nie posiadać odpowiednich umiejętności do przeprowadzenia określonych czynności leczniczych**. W szczególności braki w umiejętnościach mogą dotyczyć nowych procedur, dotychczas przeprowadzonych w niewielu przypadkach, często poza granicami kraju. Jeżeli osoba wykonująca zawód medyczny realizowała obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego, jednak dotychczas nie było dane nabyć jej umiejętności w zakresie przeprowadzenia nowatorskich metod leczenia, usprawiedliwione będzie uzyskanie przez pacjenta pomocy, która nie obejmuje owych nowatorskich metod postępowania, ale jednocześnie jest najlepszą pomocą, jaką pacjent może uzyskać w danych okolicznościach.

Po drugie, ograniczeniem może być również **brak dostępu do określonej aparatury medycznej, produktów leczniczych czy wyrobów medycznych**, w szczególności najnowocześniejszej aparatury czy leków, stosowanych często jedynie poza granicami kraju. Usprawiedliwione może być w związku z tym zastosowanie takich procedur medycznych, które zapewnią pacjentowi najlepszą możliwą pomoc w danych okolicznościach, jednakże bez wykorzystania określonej najnowocześniej aparatury medycznej, produktów leczniczych czy wyrobów medycznych, z uwagi na brak dostępu do nich. Niemniej jednak należy pamiętać, że **w przypadku każdej dziedziny medycyny musi istnieć pewien minimalny standard wyposażenia w aparaturę medyczną i produkty lecznicze, bez spełnienia którego niedopuszczalne powinno być udzielanie świadczeń zdrowotnych**. Między innymi z tego powodu podmiot leczniczy, który chce udzielać świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, musi spełniać określone wymagania w zakresie wyposażenia w aparaturę medyczną.

Po trzecie, zachowanie standardu wynikającego z aktualnej wiedzy medycznej może być czasami **niemożliwe ze względów prawnych**. Najczęściej sytuacja taka będzie miała miejsce wówczas, gdy pacjent nie wyrazi zgody na zastosowanie względem niego określonej metody leczenia.

W końcu po czwarte, ograniczeniem w dostępie do aktualnych metod postępowania mogą być również **względy ekonomiczne**. Należy jednak przyjąć, że ewentualny niedostatek środków finansowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych może skutkować co najwyżej ustaleniem określonej kolejności dostępu do świadczeń. Nie jest tym samym dopuszczalne, ze względów ekonomicznych, udzielanie pacjentom świadczeń zdrowotnych o gorszej jakości niż wynikające z aktualnej wiedzy medycznej.

Należy podkreślić, że pewne ograniczenia dla pacjenta w dostępie do metod postępowania odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej wynikają również z faktu korzystania przez pacjenta wyłącznie ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wówczas pacjentowi przysługują wszystkie świadczenia niezbędne wedle aktualnej wiedzy medycznej, niemniej jednak ograniczone tylko do tych metod leczenia, które zostały uznane za gwarantowane, czyli zawarte są w tzw. koszykach świadczeń gwarantowanych.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
Art. 6. 1.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych **odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej**.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:
Art. 4.

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, **zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej**, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej:
Art. 11. 1.

Pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, **wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej**.

3.1.4. UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z NALEŻYTĄ STARANNOŚCIĄ

Postępowanie odpowiadające wymogom należytej staranności ma zagwarantować pacjentowi bezpieczne i skuteczne wykonanie procedur medycznych, właściwych ze względu na aktualną wiedzę medyczną. Przede wszystkim będą to wszelkiego rodzaju reguły postępowania określające techniczną poprawność wykonywania działań medycznych.

Przykład: reguły dotyczące należytej staranności będą wskazywały np. sposób nacięcia skóry skalpelem, sposób wprowadzenia endoskopu do przewodu pokarmowego podczas gastroskopii itd.

Odpowiedni poziom staranności wyznaczany jest przez wzorzec osoby wykonującej zawód medyczny, w sposób rzetelny wypełniającej swoje obowiązki. Oceniając postępowanie pracownika ochrony zdrowia z punktu widzenia dochowania należytej staranności należy zatem zawsze odpowiedzieć sobie na pytanie, jakby na jego miejscu postąpiła osoba wykonująca ten sam zawód medyczny, która w sposób właściwy i staranny wykonywałaby swoje obowiązki zawodowe.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 8.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych **udzielanych z należytą starannością** przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

Art. 4.

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz **z należytą starannością**.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej:

Art. 11. 1.

Pielęgniarka i położna wykonują zawód **z należytą starannością**, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

3.1.5. OBOWIĄZEK NATYCHMIASTOWEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZE WZGLĘDU NA ZAGROŻENIE ŻYCIA LUB ZDROWIA

Każda placówka ochrony zdrowia, w tym każda osoba wykonująca zawód medyczny, nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia **(osobie będącej w stanie nagłym)**. Odmowa udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej pacjentowi może mieć miejsce wyłącznie wówczas, gdy – według oceny lekarza – zwłoka w udzieleniu świadczeń zdrowotnych nie doprowadzi do powstania niebezpieczeństwa utraty życia lub uszczerbku na zdrowiu u osoby potrzebującej pomocy medycznej albo nie zachodzi inny przypadek niecierpiący zwłoki.

Pojęcie stanu nagłego odnosi się do stanu zdrowia, a nie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych czy ich skutków w postaci na przykład hospitalizacji. **Ocena, czy w danej sytuacji u pacjenta występuje stan nagły należy do osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, bez względu na miejsce, w którym pacjentowi udzielana jest pomoc medyczna**, a informacja o stanie zdrowia powinna się znaleźć w dokumentacji medycznej pacjenta.

Jeżeli pacjent korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a wymaga udzielenia pomocy ze względu na stan nagły, wówczas nie obowiązuje go konieczność posiadania dokumentu uprawniającego do uzyskania konkretnego świadczenia (np. skierowania, zlecenia) ani konieczność zachowania kolejności wynikającej z listy oczekujących.

Przykład: pacjent, u którego rozpoczyna się zawał mięśnia sercowego, a który zgłosi się do lekarza kardiologa udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z uwagi na stan nagły nie musi posiadać skierowania do poradni kardiologicznej i nie obowiązuje go kolejka osób aktualnie oczekujących na wizytę u kardiologa, a nie znajdujących się również w stanie nagłym.

W razie nagłego zachorowania każdy pacjent ma do dyspozycji różne formy pomocy medycznej – w zależności od rodzaju i stopnia ciężkości dolegliwości. W lżejszych przypadkach **osoby uprawnione do świadczeń finansowanych ze środków publicznych** mogą zgłosić się do swojego **lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**, a w nocy lub dni wolne od pracy skorzystać z **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** (numer telefonu i adres placówek, do których należy się wówczas zgłosić można znaleźć w swojej przychodni).

Natomiast **w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia (czyli w stanie nagłym)** bezpłatnie pomocy **każdej osobie** (bez względu na to, czy posiada uprawnienie do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, czy też go nie posiada) udzielają **szpitalne oddziały ratunkowe (centra urazowe) i pogotowie ratunkowe (zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego)**

3.1.5.1. NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to przedłużenie świadczeń lekarskich i pielęgniarskich podstawowej opieki zdrowotnej. **Skorzystać z niej mogą osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.** Pomoc świadczona jest codziennie od godz. 18.00 do godz. 8.00 rano następnego dnia. Opieka nocna i świąteczna działa również przez 24 godziny na dobę w soboty i niedziele, a także w dni świąteczne i inne dni ustawowo wolne od pracy.

Ze świadczeń opieki nocnej i świątecznej można skorzystać w wypadku dolegliwości, z którymi pacjent udałby się po pomoc do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej(lekarza pierwszego kontaktu). Są to najczęściej sytuacje, gdy:

- pacjent nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem zdrowia, ale jego samopoczucie odbiega od „stanu normalnego";
- zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
- pacjent ma istotne obawy, że czekanie do momentu otwarcia przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na rozwój choroby i jego stan zdrowia.

Pomoc medyczna w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmuje lekarską i pielęgniarską opiekę ambulatoryjną, która jest udzielana w wybranej przez pacjenta placówce oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta – w miejscu jego zamieszkania (pobytu). W przypadku konieczności wizyty lekarza w domu pacjenta należy wezwać lekarza z placówki zabezpieczającej opiekę nocną i świąteczną w jego rejonie zamieszkania lub pobytu (najbliżej od miejsca, gdzie przebywa pacjent).

Należy pamiętać, że:

1. jeżeli pacjent chce udać się samodzielnie do placówki, gdzie udzielana jest pomoc medyczna w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, może wybrać dowolną placówkę, która udziela takich świadczeń w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. jeżeli w nocy lub święta pacjent chce wezwać lekarza na wizytę domową, bowiem jego stan zdrowia tego wymaga i nie jest w stanie samodzielnie dotrzeć do placówki medycznej, powinien zadzwonić do najbliższej placówki od swojego miejsca zamieszkania (miejsca, gdzie przebywa), w której udzielana jest pomoc medyczna w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wszystkie rozmowy telefoniczne z pacjentami są rejestrowane, a nagrania są archiwizowane przez okres co najmniej jednego roku.

Lista placówek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jest dostępna u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (pierwszego kontaktu) lub można ją znaleźć na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia (www.nfz.gov.pl) i każdego oddziału wojewódzkiego NFZ.

3.1.5.2. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR) I CENTRUM URAZOWE

Ratownictwo medyczne jest jednym z najważniejszych filarów współczesnego systemu ochrony zdrowia. W celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stworzony został system Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Jeżeli pacjent znajduje się w stanie nagłym, pomoc medyczna jest mu udzielana przez pogotowie ratunkowe (zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego) i szpitalny oddział ratunkowy (centrum urazowe) zawsze bezpłatnie niezależnie od tego, czy jest osobą ubezpieczoną zdrowotnie, czy też nie. Pobieranie opłat od pacjentów, którym pomoc w stanie nagłym została udzielona przez zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego lub w szpitalnym oddziale ratunkowym (centrum urazowym), jest niezgodne z prawem.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez pogotowie ratunkowe (zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego) i szpitalne oddziały ratunkowe (centra urazowe) uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłym. **Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (stan nagły) to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.**

Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) udzielają pomocy medycznej każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, która zostanie przywieziona przez zespół ratownictwa medycznego lub sama się zgłosi do tej jednostki. W części przypadków pacjent, po uzyskaniu pomocy w SOR-ze, może wrócić do domu. Pozostali pacjenci, po wstępnej diagnostyce i leczeniu, są kierowani do oddziałów szpitalnych lub przekazywani do innych placówek specjalistycznych. Każdy szpitalny oddział ratunkowy posiada zaplecze w postaci podstawowych oddziałów szpitalnych – chirurgii ogólnej i urazowej, chorób wewnętrznych oraz anestezjologii i intensywnej terapii, a niekiedy również w postaci innych oddziałów specjalistycznych. W przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci szpitalny oddział ratunkowy posiada ponadto zaplecze w postaci oddziału chirurgii dziecięcej i pediatrii.

W szpitalnym oddziale ratunkowym zapewniony jest dla osób w stanie nagłym całodobowy dostęp do:

1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
2) pracowni diagnostyki obrazowej i komputerowego badania tomograficznego;
3) badań endoskopowych, w tym: gastroskopii, rektoskopii, bronchoskopii.

Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pacjent po zaopatrzeniu w szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli wymaga natychmiastowej hospitalizacji, powinien zostać przyjęty na oddział w szpitalu, w którym udzielono mu pomocy na SOR-ze. Transport do innego, najbliższego szpitala udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie jest zasadny wyłącznie w przypadku braku w strukturze szpitala oddziału właściwego dla pacjenta.

W przypadku ciężkich, mnogich i wielonarządowych obrażeń pacjent może zostać skierowany do centrum urazowego. **Centrum urazowe** przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała (np. w przypadkach poważnych wypadków komunikacyjnych). Centrum urazowe jest wydzieloną funkcjonalnie częścią szpitala, w której działa szpitalny oddział ratunkowy, zaś specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego.

W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy lub centrum urazowe, zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego szpitala udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie (np. toksykologia, oddział oparzeniowy, chirurgia szczękowa).

Szpitalny oddział ratunkowy i centrum urazowe są przeznaczone dla pacjentów wymagających pomocy w stanie nagłym i nie zastępują lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ani lekarza poradni specjalistycznej. Lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego kieruje pacjenta wyłącznie na badania i konsultacje niezbędne ze względu na stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

Do szpitalnego oddziału ratunkowego pacjent może zgłosić się bez skierowania oraz nie obowiązuje rejonizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych według miejsca zamieszkania pacjenta czy też miejsca zdarzenia. Za nieprawidłowe uznać należy:

1. wprowadzanie tzw. „rejonizacji" określającej obszar, na którym zamieszkują pacjenci mogący uzyskać pomoc w konkretnym szpitalnym oddziale ratunkowym. Każdy SOR ma obowiązek udzielić świadczeń zdrowotnych pacjentowi znajdującemu się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia niezależnie od miejsca jego zamieszkania czy też miejsca wystąpienia zdarzenia. Rejonizacja obejmuje jedynie działania ratowniczego zespołu wyjazdowego (karetki pogotowia ratunkowego), dla którego określone zostały rejony operacyjne (obszar działania) – karetka pogotowia może zawieźć pacjenta jedynie do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego (centrum urazowego) lub szpitala wskazanego przez dyspozytora.

2. różnicowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych na przeznaczone wyłącznie dla dorosłych lub wyłącznie dla dzieci. Każdy SOR ma obowiązek udzielić świadczeń zdrowotnych pacjentowi znajdującemu się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, niezależnie od wieku pacjenta.

3. odesłanie pacjenta zgłaszającego objawy wskazujące na zagrożenie zdrowia lub życia ze szpitalnego oddziału ratunkowego bez jego zbadania przez lekarza, a w razie stwierdzenia stanu zagrożenia zdrowia lub życia – bez udzielenia adekwatnej do tego stanu pomocy medycznej. Przekazanie pacjenta znajdującego się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia do innego szpitalnego oddziału ratunkowego może mieć miejsce wyjątkowo, po wcześniejszym uzgodnieniu takiego przekazania. W razie braku możliwości leczenia specjalistycznego w oddziałach szpitala, w którym zlokalizowany jest SOR, personel dokonuje zabezpieczenia medycznego pacjenta oraz (po uzgodnieniu przekazania pacjenta) organizuje transport do innego szpitala.

3.1.5.3. POGOTOWIE RATUNKOWE (ZESPOŁY WYJAZDOWE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO)

Pomoc medyczna w systemie ratownictwa medycznego udzielana jest przez co najmniej trzyosobowe **specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (S)**, w skład których wchodzi lekarz i pielęgniarka lub ratownik medyczny oraz co najmniej dwuosobowe **podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (P)**, w skład których wchodzi pielęgniarka lub ratownik medyczny. W stanach nagłych pomocy medycznej udzielają również **zespoły noworodkowe, czyli neonatologiczne (N)** i **wodne**. Zespoły ratownictwa medycznego (pogotowia ratunkowego) udzielają świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia, a także transportują pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć lub bezpośrednio do placówki prowadzącej specjalistyczne leczenie (np. oddziału toksykologii, oparzeniowego, neurochirurgicznego, torakochirurgicznego, chirurgii szczękowo-twarzowej, kardiologii inwazyjnej, itp.). Szczególną formą doraźnej pomocy medycznej jest **lotnicze pogotowie ratunkowe (LPR)**, o którego użyciu decyduje zawsze dyspozytor medyczny.

Wezwanie zespołu ratownictwa medycznego powinno mieć miejsce **wyłącznie w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, czyli stanach nagłych** mogących prowadzić do istotnego uszczerbku zdrowia. Do takich przypadków należą np. utrata przytomności, drgawki, nasilona duszność, masywny krwotok, porażenie prądem, nagły i ostry ból, zaburzenia rytmu serca, rozległa rana będąca efektem urazu. Nie można korzystać z tej formy pomocy celem uzyskania:

- konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych – poza niezbędnymi dla ratowania zdrowia i życia w danym momencie;
- zwolnienia lekarskiego;
- recepty na stosowane dotychczas leki;
- skierowania do sanatorium oraz innych zaświadczeń i druków medycznych nie związanych z aktualnym zachorowaniem.

Aby wezwać zespół ratownictwa medycznego należy zadzwonić pod numer **999** lub **112**.

Odpowiednio przeszkolony dyspozytor potrafi ocenić, czy stan zdrowia pacjenta wymaga wysłania ambulansu (karetki pogotowia), czy też skierowania go do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. O wysłaniu zespołu ratownictwa medycznego decyduje dyspozytor, który – podczas rozmowy z osobą wzywającą pomocy – zadaje kilka pytań dotyczących: miejsca zdarzenia (adres, lokalizacja), powodu wezwania karetki, krótkiego i dokładnego opisu sytuacji (rodzaj zdarzenia, zachorowania, liczba poszkodowanych), osób potrzebujących pomocy (imię i nazwisko, wiek, płeć), danych osoby wzywającej karetkę (imię i nazwisko, numer telefonu). By usprawnić dojazd ambulansu należy podać dyspozytorowi punkty orientacyjne – charakterystyczne miejsce, na przykład kościół, posterunek Policji itp.

Wezwanie przyjęte do realizacji zostanie potwierdzone słowami"wezwanie przyjęte" W razie stwierdzenia przez dyspozytora na podstawie wywiadu medycznego braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, informuje on osobę dzwoniącą o odmowie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego, z podaniem przyczyn odmowy i zaleceń odnośnie dalszego postępowania. W razie konieczności dyspozytor utrzymuje stały kontakt z osobą dzwoniącą i udziela jej niezbędnych porad w zakresie sposobu udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego.

Zespół ratownictwa medycznego udziela pomocy w miejscu pobytu chorego (miejscu zdarzenia) oraz w razie potrzeby **transportuje pacjenta do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego (centrum urazowego)** lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego bądź lekarza koordynatora medycznego.

W skład zespołów ratownictwa medycznego typu podstawowego wchodzą ratownicy medyczni lub pielęgniarki – są to osoby specjalnie przygotowane do prowadzenia medycznych czynności ratunkowych i zabezpieczenia pacjenta w trakcie transportu do szpitala, natomiast nie mają uprawnień do wystawiania recept, skierowań oraz zaświadczeń (np. zwolnień z pracy).

Obowiązkiem osoby będącej świadkiem powstania nagłego zagrożenia zdrowia lub życia innego człowieka jest skuteczne zawiadomienie podmiotów odpowiedzialnych za udzielanie pomocy medycznej (czyli pogotowia ratunkowego) oraz w miarę posiadanych możliwości i umiejętności udzielenie pierwszej pomocy. W takim przypadku ratującemu przysługuje ochrona prawna jak funkcjonariuszom publicznym oraz zwolnienie z odpowiedzialności za szkody majątkowe spowodowane koniecznością ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłym.

Dobra praktyka: Każda osoba, która zauważy osobę w stanie zagrożenia zdrowia lub życia lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, ma obowiązek wezwania karetki pogotowia. W miarę swoich możliwości ma również obowiązek udzielić pierwszej pomocy osobie w stanie zagrożenia zdrowia lub życia.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 7.

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

Art. 15.

Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

Art. 30.

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.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej:

Art. 12.

Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

Art. 3 pkt 8:

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia

Art. 4.

Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 5.

1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.2)) dla funkcjonariuszy publicznych.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Zobacz także:

art. 12 pkt 7, art. 19, art. 50, art 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

art. 3 pkt 9 i 10, art 27, art 32, art 36, art 44 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

3.1.6. OBOWIĄZEK INFORMOWANIA PACJENTA

Osoby wykonujące zawody medyczne mają obowiązek informowania pacjenta o jego stanie zdrowia oraz stosowanych względem niego procedurach medycznych (metodach leczenia). Przestrzeganie tego obowiązku jest ważne również dlatego, że dopiero kompletna informacja na temat określonych metod diagnostycznych lub terapeutycznych daje podstawę do wyrażenia zgody przez pacjenta na zastosowanie jakiejkolwiek z nich względem niego.

Wszelkie informacje na temat stanu zdrowia i stosowanych metod leczenia powinny być przekazywane pacjentowi w sposób **przystępny**, czyli przy wykorzystaniu słownictwa i terminologii zrozumiałej dla pacjenta ze względu na jego wiek, wykształcenie i stan zdrowia, w szczególności stan psychiczny. Pacjent ma prawo prosić o wyjaśnienie przekazywanych mu informacji tak długo, aż będą one dla niego w pełni zrozumiałe.

Przykład: pacjentki co do zasady nie należy informować, że w jej przypadku konieczne jest wykonanie zabiegu histerektomii; pacjentce należy przekazać informację o potrzebie dokonania zabiegu usunięcia macicy wraz z dokładnym wyjaśnieniem, jaki wpływ na jej stan zdrowia będzie miało wykonanie tego zabiegu, szczególnie w kontekście możliwości posiadania potomstwa.

Informacja na temat stanu zdrowia pacjenta powinna wskazywać m.in. na charakterystykę aktualnego stanu zdrowia pacjenta, rozpoznanie, wyniki leczenia oraz rokowania na przyszłość. Pacjent powinien uzyskać jasne informacje na temat jego aktualnej kondycji psycho – fizycznej, zdiagnozowanych schorzeń (chorób), skuteczności prowadzonego względem niego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz prognoz dla jego stanu zdrowia na przyszłość.

Mówienie prawdy pacjentowi o wynikach diagnozy nie powinno być jednoznaczne z odbieraniem pacjentowi nadziei. Zdarza się bowiem czasem, że dzieją się rzeczy niewytłumaczalne z punktu widzenia współczesnej medycyny. Dlatego trzeba wyraźnie odróżnić przekazywanie pacjentowi informacji o chorobie od określania przewidywanego terminu jej trwania.

Z kolei **informacja o stosowanych procedurach medycznych** powinna wskazywać na proponowane i możliwe metody diagnostyczne i terapeutyczne oraz dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania.

Obowiązkiem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych jest przedstawienie pacjentowi wszystkich procedur medycznych (metod leczenia), które wedle aktualnej wiedzy medycznej mogłyby być zastosowane z uwagi na określony stan zdrowia pacjenta. Informacja ta powinna także zawierać przynajmniej podstawowe informacje wskazujące na sposób wykonania określonej procedury medycznej.

Informacja o dających się przewidzieć następstwach zastosowania określonej metody leczenia powinna zawierać zarówno dane na temat pożądanych skutków określonej procedury medycznej, jak i o możliwych skutkach niepożądanych (tzw. skutki uboczne). Informacja powinna zawierać również określenie dającego się przewidzieć prawdopodobieństwa wystąpienia zarówno skutków pożądanych, jak i niepożądanych.

Przykład: lekarz powinien poinformować pacjenta zarówno o spodziewanych efektach przeprowadzenia konkretnego zabiegu operacyjnego, jak i możliwych do wystąpienia powikłaniach; lekarz powinien ponadto określić, z jakim prawdopodobieństwem można spodziewać się zarówno pozytywnego efektu operacji, jak i wystąpienia ewentualnych powikłań.

Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych nie ma obowiązku informowania pacjenta o wszelkich możliwych skutkach niepożądanych, w tym takich, które zdarzają się niezwykle rzadko lub incydentalnie. Informacja o wszystkich możliwych komplikacjach mogłaby bowiem prowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, w tym jego samopoczucia, oraz niekiedy do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na udzielenie konkretnego świadczenia zdrowotnego, z uwagi na uzyskane informacje na temat możliwych komplikacji.

Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych winna poinformować pacjenta jedynie o normalnych, typowych, częstych powikłaniach (skutkach ubocznych). Jednak szczegółowy zakres przekazywanych danych zawsze powinien być taki, aby pozwalał pacjentowi „podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać". W związku z tym zakres informacji zawsze zależy od celu i charakteru konkretnej metody leczenia oraz „tego, co rozsądna osoba, będąca w sytuacji pacjenta, obiektywnie powinna usłyszeć od lekarza, aby móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu".

Dla przekazania pacjentowi właściwego zakresu informacji niezbędne jest ustalenie, czy wskazania do zastosowania określonej metody leczenia są bezwzględne (ze względu na stan zdrowia pacjenta musi być ona zastosowana) czy też jedynie względne (z uwagi na stan zdrowia pacjenta powinna być ona zastosowana, ale nie ma bezwzględnej konieczności). Im mniej konieczne będą wskazania do zastosowania określonej metody leczenia, tym większy zakres informacji winien uzyskać pacjent przed wyrażeniem zgody na zabieg. W każdym jednak przypadku zakres informacji winien być na tyle szeroki, aby pozwalał podjąć pacjentowi w pełni świadomą decyzję.

Dodatkowo, w przypadku możliwości wystąpienia skutków ubocznych (powikłań), nie jest wymagane przedstawienie przez osobę wykonującą zawód medyczny bardzo szczegółowo wszystkich możliwych objawów powikłań i ich dokładnego opisu. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych skutków ubocznych i wskazanie, jakie mogą mieć one wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu.

Podobny jest zakres informacji o dających się przewidzieć następstwach zaniechania zastosowania określonej procedury medycznej. Jeżeli pacjent nie wyraża zgody na określone działania lecznicze, obowiązkiem osoby udzielającej pomocy pacjentowi jest przekazanie mu pełnej informacji na temat możliwych normalnych, typowych następstw, które mogą wyniknąć z zaniechania wykonania określonego zabiegu leczniczego lub jego opóźnienia, oraz prawdopodobieństwie ich wystąpienia.

Osobą uprawnioną do uzyskania informacji na temat stanu zdrowia i stosowanych procedur medycznych jest co do zasady sam **pełnoletni pacjent**. Niemniej jednak informację w powyższym zakresie należy również udzielić:

1. pacjentowi małoletniemu, czyli poniżej 18 roku życia, z tym że w przypadku pacjentów poniżej 16 roku życia informacja na temat stanu zdrowia i stosowanych procedur medycznych powinna być udzielona jedynie w zakresie i w formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu leczenia;
2. przedstawicielowi ustawowemu (rodzice, opiekunowie);
3. osobie, w stosunku do której pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraził zgodę na udzielenie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta i stosowanych procedur medycznych.

Dodatkowo lekarz, jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat albo jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, ma obowiązek udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta i stosowanych procedurach medycznych **osobie bliskiej dla pacjenta**, czyli małżonkowi, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej (na przykład dzieciom, rodzicom, ale nie rodzeństwu), przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu (konkubentowi lub konkubinie) lub osobie wcześniej wskazanej przez pacjenta.

Poza przedstawicielem ustawowym i osobą bliską (w sytuacji wskazanej powyżej) osoba niebędąca pacjentem może uzyskać informacje na temat stanu zdrowia pacjenta i stosowanych względem niego metod leczenia tylko i wyłącznie wówczas, gdy zostało jej udzielone stosowne upoważnienie. Przekazywanie informacji przez osoby wykonujące zawody medyczne przykładowo członkom rodziny i znajomym, a także dziennikarzom, jeżeli nie zostali oni upoważnieni przez pacjenta do uzyskania informacji na jego temat, jest niedopuszczalne.

Pacjent może zażądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji na temat stanu zdrowia i stosowanych metod leczenia, zaś lekarz zobowiązany jest zastosować się do takiego żądania pacjenta. Pacjent powinien jednak wyraźnie określić, w jakim zakresie nie chce uzyskiwać informacji od lekarza. Należy pamiętać, że z powyższego uprawnienia nie może skorzystać przedstawiciel ustawowy pacjenta.

Lekarz posiada również **tzw. przywilej terapeutyczny**. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć przekazywane pacjentowi informacje o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Ograniczenie informacji może dotyczyć jedynie informacji o stanie zdrowia, w tym o rokowaniu, nie może natomiast odnosić się do zagadnień dotyczących stosowanych metod leczenia. W przypadku zastosowania przywileju terapeutycznego lekarz ma obowiązek udzielenia pełnej informacji na temat stanu zdrowia pacjenta i rokowaniach jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta. Ma również obowiązek udzielenia pełnej informacji pacjentowi na jego wyraźne żądanie.

Informacje powinny być przekazywane przede wszystkim bezpośrednio pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu (ewentualnie osobie upoważnionej do uzyskania informacji) podczas spotkania z nim.

Dobra praktyka: pacjent (przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona) może umówić się z lekarzem, że będzie zwracał się o udzielnie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta przykładowo drogą telefoniczną, zaś celem umożliwienia lekarzowi właściwej identyfikacji osoby podczas rozmowy telefonicznej zostanie ustalone wcześniej hasło (kod), na które pacjent (przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona) powinien się powołać podczas rozmowy.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
Art. 9.

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 i Nr 291, poz. 1707 oraz z 2012 r., poz. 95), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.
7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:
Art. 31.

1. Lekarz 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.
2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
3. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.
4. 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.
5. Obowiązek lekarza, określony w ust. 1, dotyczy także pacjentów, którzy ukończyli 16 lat.
6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)).
7. 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.
8. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o opiekunie faktycznym, należy przez to rozumieć opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3.1.7. OBOWIĄZEK UZYSKANIA ZGODY PACJENTA NA LECZENIE

Obowiązek uzyskania zgody pacjenta na zastosowanie określonej procedury medycznej, zarówno diagnostycznej, jak i terapeutycznej, wynika z konieczności poszanowania jego autonomii i prawa do decydowania o sobie.

Warunkiem udzielenia przez pacjenta skutecznej i ważnej zgody na zastosowanie określonej metody leczenia jest uprzednie przekazanie mu pełnej informacji na temat wszystkich proponowanych i możliwych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania. Brak przekazania pacjentowi uprzedniej i pełnej informacji w powyższym zakresie powoduje, że ewentualna aprobata pacjenta dla podjęcia określonych działań leczniczych względem niego jest nieważna i nie stanowi wymaganej przez prawo zgody.

Zgoda pacjenta co do zasady zawsze obejmuje jedynie tę procedurę medyczną (metodę diagnostyczną lub terapeutyczną), która została wcześniej przedstawiona pacjentowi, oraz przeprowadzoną jedynie w takim zakresie i w taki sposób, jaki wynika z przekazanych mu informacji. Tylko wyjątkowo, gdy w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego lub stosowania innej metody leczniczej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a jednocześnie lekarz nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta (przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu (metody leczenia), jest on uprawniony do stosownej zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego. W takim przypadku lekarz, w miarę możliwości, ma obowiązek zasięgnąć opinii innego lekarza.

Nie jest dopuszczalne odbieranie od pacjentów zgody blankietowej, czyli zgody wyrażonej na początku procesu leczenia, najczęściej na różnego rodzaju gotowych formularzach, a dotyczącej wszystkich działań medycznych, jakie będą podejmowane w przyszłości w stosunku do pacjenta. Obowiązkiem osoby wykonującej zawód medyczny jest uzyskanie bezpośrednio przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego zgody na zastosowanie wyłącznie określonej, skonkretyzowanej metody leczenia.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na leczenie jest co do zasady sam **pełnoletni pacjent, zdolny do świadomego wyrażenia zgody**. Owa zdolność oznacza, że pacjent znajduje się w takim stanie psycho – fizycznym, iż ma możliwość z rozeznaniem rozpoznać okoliczności faktyczne, w jakich się znajduje, i w pełni zrozumieć przekazywane mu informacje. Sam utrudniony kontakt z pacjentem nie oznacza jeszcze, iż nie może on świadomie wyrazić zgody na leczenie. Osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek zawsze indywidualnie ocenić zdolność każdego pacjenta do świadomego wyrażenia zgody na leczenie przed uzyskaniem zgody na konkretne działanie.

Przykład: osobą niezdolną do świadomego wyrażenia zgody jest osoba nieprzytomna lub też będąca pod wpływem leków upośledzających sprawność psychiczną.

W pozostałych przypadkach, co do zasady, istnieje konieczność uzyskania zgody kumulatywnej (łącznej) lub zastępczej (substytucyjnej).

Zgoda zastępcza (substytucyjna) to sytuacja, w której uprawnionym do wyrażenia zgody na zastosowanie określonej metody leczenia jest inna osoba niż sam pacjent lub konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Jeżeli pacjent jest osobą:

1. **małoletnią poniżej 16 roku życia**
2. **pełnoletnią, ale niezdolną do świadomego wyrażenia zgody**

zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego udziela **przedstawiciel ustawowy** pacjenta. W sytuacji, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub też porozumienie się z nim jest niemożliwe, konieczne jest uzyskanie **zezwolenia sądu opiekuńczego**. W tej sytuacji osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych ma obowiązek wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zezwolenie na zastosowanie określonej metody leczenia.

Dobra praktyka: jeżeli pacjent jest osobą pełnoletnią, ale niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, lekarzowi nie wolno informować rodziny, że działania medyczne zostaną podjęte po ubezwłasnowolnieniu pacjenta, wyznaczeniu opiekuna i wyrażeniu przez niego jako przedstawiciela ustawowego zgody na leczenie pacjenta; obowiązkiem lekarza jest, nie czekając na ewentualne rozpoczęcie procedury sądowej w sprawie ubezwłasnowolnienia, wystąpienie osobiście do sądu opiekuńczego o zezwolenie na podjęcie określonych działań medycznych.

Gdy udzielanie świadczeń zdrowotnych ma się ograniczyć jedynie do przeprowadzenia **badania**, zgodę na badanie może wyrazić także **opiekun faktyczny**, czyli osoba, która – nie mając w tym zakresie ustawowego obowiązku – sprawuje stałą opiekę nad pacjentem (np. babcia, wujek).

Należy pamiętać, że w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy (rodzic, opiekun) ma obowiązek wysłuchania dziecka i uwzględnienia w miarę możliwości jego zdania na temat leczenia przed podjęciem decyzji w sprawie zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych.

Zgoda kumulatywna (łączna) to z kolei sytuacja, w której do udzielenia prawnie skutecznej zgody na zastosowanie określonej procedury medycznej (metody leczenia) konieczne jest nie tylko uzyskanie zgody innej niż pacjent osoby, ale również zgoda ze strony samego pacjenta. W pewnych sytuacjach, zamiast możliwości wyrażenia zgody, pacjentowi przyznana jest kompetencja do wyrażenia sprzeciwu wobec określonej interwencji medycznej.

Jeżeli **pacjent jest osobą małoletnią, która ukończyła 16 lat**, zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego udziela zarówno **sam pacjent**, o ile jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, jak i jego **przedstawiciel ustawowy**. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, może oczywiście również wyrazić sprzeciw wobec określonych działań medycznych – wówczas, obok zgody przedstawiciela ustawowego, konieczne będzie uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego.

Z kolei jeżeli pacjent jest osobą:

1. **całkowicie ubezwłasnowolnioną**
2. **chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem**

zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego **udziela przedstawiciel ustawowy** pacjenta, zaś sam **pacjent może jedynie wyrazić sprzeciw** na tę interwencję medyczną. Pacjent nie udziela zgody na podjęcie względem niego działań medycznych, ale co najwyżej może zaprotestować przeciwko udzieleniu mu świadczenia zdrowotnego. W sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na udzielnie świadczenia zdrowotnego, zaś pacjent, należący do powyższej grupy osób sprzeciwi się zastosowaniu określonej metody leczenia, dla uzyskania wymaganej prawnie zgody konieczne jest **zezwolenie sądu opiekuńczego**.

W pewnych przypadkach istnieje również możliwość podjęcia czynności leczniczych mimo braku zgody ze strony przedstawiciela ustawowego. Jeżeli bowiem stosowane procedury medyczne miałyby polegać na wykonaniu zabiegu operacyjnego lub zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, który to zabieg lub metoda byłyby niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia lub spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zaś przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody na zastosowanie tego typu metody leczenia względem pacjenta, lekarz ma możliwość wykonania zabiegu operacyjnego lub podjęcia metody leczniczej tzw. podwyższonego ryzyka po uzyskaniu **zezwolenia sądu**

opiekuńczego. W takiej sytuacji obowiązkiem lekarza jest wystąpienie do sądu z wnioskiem o zezwolenie na wykonanie zabiegu operacyjnego lub zastosowanie metody tzw. podwyższonego ryzyka.

Zgoda pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) lub sprzeciw pacjenta mogą być wyrażone co do zasady **w dowolnej formie**, zarówno pisemnie, jak i ustnie, a także przez każde zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się lub nie określonej czynności medycznej (np. kiwnięcie głową). Niemniej jednak **w przypadku zabiegów operacyjnych lub procedur medycznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta** zgoda pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) powinna być udzielona **pisemnie** i dołączona do dokumentacji medycznej. Należy jednak pamiętać, że brak dochowania formy pisemnej nie powoduje nieważności zgody.

Co do zasady skuteczne są również **tzw. oświadczenia pro futuro**, czyli oświadczenia złożone przez pacjenta na wypadek utraty przytomności, w których wyraża on sprzeciw na zastosowanie względem niego określonej metody leczenia. Oświadczenie takie jest ważne i powinno być respektowane przez osoby udzielające świadczenia zdrowotne, **jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi żadnych wątpliwości**. Konieczne jest przeanalizowanie przez osobę wykonującą zawód medyczny, czy z uwagi na wiek i stan zdrowia pacjenta był on osobą zdolną do wyrażenia tego typu oświadczenia w sposób w pełni świadomy oraz czy ze względu na dokładną treść owego oświadczenia, datę jego złożenia i informacje przekazane przez członków rodziny, a także inne okoliczności faktyczne, nie budzi ono żadnych wątpliwości, w szczególności co do możliwości zmiany decyzji pacjenta co do sprzeciwu na zastosowanie określonej metody leczenia po sporządzeniu oświadczenia. W razie pojawienia się jakichkolwiek wątpliwości należy przyjąć, że oświadczenie złożone przez pacjenta nie jest wiążące, zaś osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek uzyskania zgody zastępczej lub, w pewnych okolicznościach, nawet udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zgody.

W określonych przypadkach, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, możliwe jest udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi **bez zgody pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) lub bez zezwolenia sądu**. Konieczność taka występuje wówczas, gdy:

1. pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek pacjenta nie może on wyrazić zgody i jednocześnie nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym (opiekunem faktycznym);
2. pacjent wymaga zabiegu operacyjnego lub zastosowania metody tzw. podwyższonego ryzyka i nie jest osobą zdolną do świadomego wyrażenia zgody ze względu na wiek lub stan świadomości, zaś zwłoka spowodowana koniecznością przeprowadzenia postępowania w sprawie uzyskania zgody ze strony przedstawiciela ustawowego lub zezwolenia sądu opiekuńczego (także w sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy nie wyraził zgodę na interwencję medyczną) groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia lub spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W przypadku zaistnienia konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta lekarz, w miarę możliwości, ma obowiązek zasięgnąć opinii innego lekarza.

Niekiedy dopuszczalne jest również stosowanie **tzw. przymusu leczniczego**, czyli obowiązkowe podjęcie czynności leczniczych względem pacjenta, nawet przy jego sprzeciwie. Sytuacja taka może mieć miejsce przykładowo w przypadku przymusowego leczenia psychiatrycznego lub przymusowego leczenia uzależnienia od narkotyków.

3

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 16.

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17.

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1–3, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.

Art. 18.

1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.
2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.
3. Przepisy art. 17 ust. 2–4 stosuje się odpowiednio.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

Art. 32.

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.
4. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.
5. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.
6. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz 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.
7. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.
8. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy.

9. Do czynności, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 34 ust. 7.
10. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Art. 33.

1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego 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.
2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.
3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

Art. 34.

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31.
3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 32 ust. 6.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, 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.
8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3–7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

Art. 35.

1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

3.1.8. OBOWIĄZEK ZACHOWANIA TAJEMNICY ZAWODOWEJ

Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta wynika z konieczności respektowania prawa pacjenta do ochrony życia prywatnego, w tym do ochrony danych osobowych.

Tajemnicą zawodową objęte są wszystkie informacje, jakie na temat pacjenta uzyskała osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych. Są to zarówno dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta i stosowanych metod leczenia, jak i wiadomości niezwiązane bezpośrednio z procesem leczenia. Nie ma znaczenia również źródło uzyskania stosownych informacji – tajemnicą są objęte zarówno wiadomości uzyskane bezpośrednio od pacjenta, jak i od osób trzecich czy nawet samodzielnie ustalone przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych. Jedynie fakty powszechnie znane nie będą objęte zakresem tajemnicy zawodowej.

Dobra praktyka: celem zachowania w tajemnicy wszystkich informacji dotyczących pacjenta w szpitalu na łóżkach nie powinny wisieć tzw. karty gorączkowe ani żadne inne dokumenty, które pozwalałyby osobom nieuprawnionym, zwłaszcza odwiedzającym, na swobodny dostęp do danych dotyczących konkretnego pacjenta.

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej nie jest jednak bezwzględny. Istnieją liczne wyjątki, w których osoba wykonująca zawód medyczny jest zwolniona z tajemnicy i może ujawnić wiadomości dotyczące pacjenta.

Po pierwsze, zezwolenie na ujawnienie informacji objętych tajemnicą zawodową mogą przewidywać przepisy różnych ustaw.

Przykład: osoby udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą na przykład informować organy administracji rządowej i samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej; w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz powinien zawiadomić o tym natychmiast prokuratora lub najbliższy posterunek Policji.

W niektórych przypadkach przepisy prawne mogą nawet zawierać obowiązek ujawnienia informacji dotyczących pacjenta, a objętych tajemnicą zawodową.

Przykład: jeżeli lekarz podejrzewa zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną, rozpoznał u pacjenta taką chorobę lub stwierdził zgon z powodu takiej choroby, musi zawiadomić o tym fakcie właściwą jednostkę; lekarz ma obowiązek przedstawić informacje objęte tajemnicą zawodową podczas przesłuchania w charakterze świadka w toku postępowania karnego, jeżeli został zwolniony przez sąd z obowiązku zachowania tajemnicy (niemniej jednak istnieje zakaz przesłuchania osób udzielających świadczeń zdrowotnych na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęły one czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary, oraz zakaz przesłuchania biegłego lekarza lub lekarza udzielającego pomocy medycznej na okoliczność ewentualnych oświadczeń oskarżonego dotyczących zarzucanego mu czynu); osoby wykonujące zawody medyczne, które w związku z udzielaniem pomocy pacjentom stwierdziły podejrzenie popełnienia ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, mają obowiązek niezwłocznego zawiadomienia o tym Policji lub prokuratora.

Po drugie, ujawnienie wiadomości objętych tajemnicą zawodową jest dopuszczalne, jeżeli jej zachowanie może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

Po trzecie, tajemnica zawodowa nie obowiązuje, jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraził zgodę na ujawnienie informacji objętych tajemnicą. Należy jednak pamiętać, że zezwolenie pacjenta powinno jednoznacznie wskazywać, jakie dane objęte tajemnicą zawodową mogą być ujawnione oraz kto ww. informacje może uzyskać.

Po czwarte, tajemnica zawodowa nie wiąże, jeżeli zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w procesie leczenia pacjenta (np. innym lekarzom, pielęgniarkom).

Ponadto lekarze mają obowiązek przekazać informacje objęte tajemnicą lekarską na wniosek odpowiednich organów i instytucji, jeżeli badanie lekarskie zostało przeprowadzone również na ich żądanie.

Przykład: lekarz ma obowiązek przekazania Policji informacji na temat wyniku badania na zawartość alkoholu we krwi u konkretnej osoby, przeprowadzonego na zlecenie Policji.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 13.

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 14.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:
   1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
   2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
   3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
   4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

Art. 40.

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:
   1) tak stanowią ustawy;
   2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
   3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
   4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
   5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
   6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.

4. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej:

Art. 17.

1. Pielęgniarka i położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:
   1) tak stanowią odrębne przepisy;
   2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
   3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
   4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
3. Pielęgniarka i położna, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

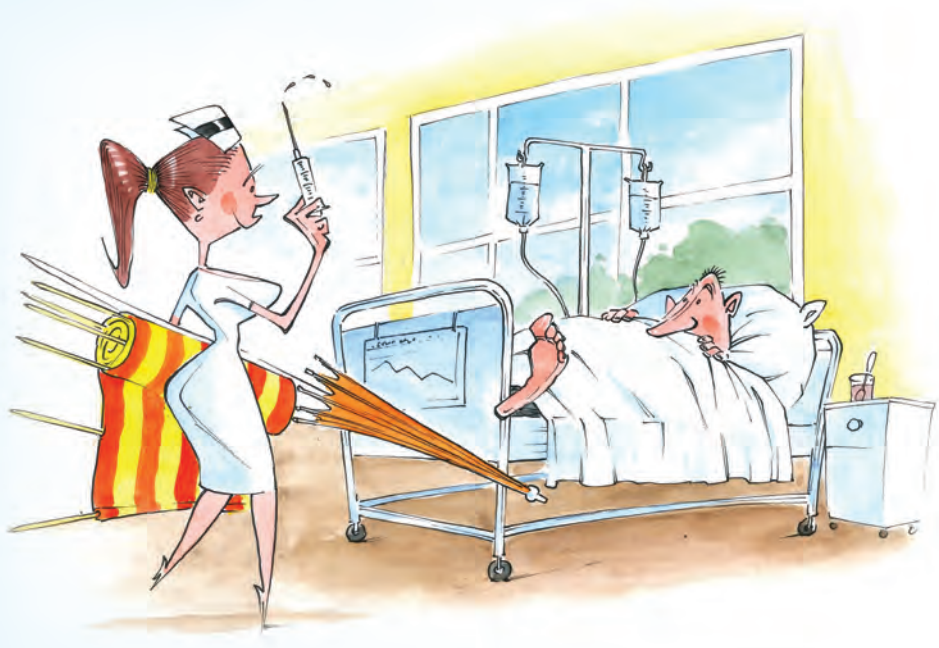
3.1.9. OBOWIĄZEK POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI PACJENTA

W przypadku każdego pacjenta musi być zachowana przez osoby wykonujące zawody medyczne jego godność. Jej elementem jest m.in. obowiązek respektowania elementarnych praw przynależnych człowiekowi, w tym również związanych z prawami pacjenta, i zakaz traktowania człowieka w sposób przedmiotowy, czyli wyłącznie jako obiektu, na którym prowadzone są działania medyczne. Należy respektować wartość własną każdego człowieka jako istoty ludzkiej i traktować pacjenta jako równoprawnego partnera. „Godność osobista jest tą sferą osobowości, która konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi".

W związku z powyższym istnieje obowiązek zapewnienia pacjentom poszanowania intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli przede wszystkim konieczność zagwarantowania odpowiedniej poufności i ochrony prywatności w trakcie procesu leczenia.

Pacjenci powinni być przyjmowani przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pojedynczo, zaś podejmowanie jakichkolwiek działań medycznych względem pacjentów grupowo jest niedopuszczalne. Pacjent powinien mieć możliwość przygotowania się do badania w miarę możliwości w zasłoniętym miejscu, zaś sposób i miejsce podejmowania działań medycznych powinien uniemożliwiać uczestnictwo w nich, nawet przypadkiem, osobom postronnym, w szczególności innym pacjentom. Niemniej w klinikach i szpitalach akademii medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecni, w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych, studenci nauk medycznych, lekarze i inny personel medyczny.

Dobra praktyka: w szpitalach na salach chorych powinny być ustawione parawany, zapewniające pacjentom odpowiedni poziom intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, zaś w trakcie podejmowania jakichkolwiek działań medycznych względem pacjentów osoby odwiedzające powinny zostać wyproszone z sali chorych do czasu zakończenia prowadzonych działań medycznych.



Elementem poszanowania godności pacjenta jest również właściwy stosunek do niego ze strony personelu medycznego. Pacjent ma prawo oczekiwać, iż osoby wykonujące zawody medyczne nie będą go lekceważyć i formułowanych przez niego próśb. Powinny one zwracać się do pacjenta kulturalnie i życzliwie, w odpowiedni i zrozumiały sposób, zachowując cierpliwość i wyrozumiałość. Naruszeniem obowiązku poszanowania godności jest takie traktowanie człowieka, które powoduje w nim poczucie strachu i poniżenia, mogące doprowadzić do załamania fizycznego i psychicznego.

Obowiązek poszanowania godności człowieka obejmuje również **prawo do umierania w spokoju i godności.** Jego elementem jest m.in. obowiązek podjęcia przez osoby wykonujące zawody medyczne wszelkich działań, których celem jest eliminacja lub przynajmniej łagodzenie bólu i cierpień pacjenta. Umierający pacjent powinien mieć również zapewnioną odpowiednią opiekę pielęgnacyjną.

Należy pamiętać, że naruszeniem prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności może być stosowanie względem niego tzw. uporczywej terapii. Przez uporczywą terapię należy rozumieć „stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta".

Prawem pacjenta jest także **możliwość obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych**, co jest istotne zwłaszcza w przypadku pacjentów będących dziećmi. Osoba wykonująca zawód medyczny może sprzeciwić się obecności osoby bliskiej jedynie wówczas, gdy groziłoby to wystąpieniem zagrożenia epidemicznego (np. jeżeli pacjent cierpi na chorobę zakaźną) lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta (np. ze względu na konieczność zachowania warunków aseptyki osoba bliska nie może być obecna na sali operacyjnej podczas przeprowadzania zabiegu).

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 20.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Art. 21.

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 22.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.
3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13 i 14.

3.1.10. PRAWO PACJENTA DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH

Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania:

- osobom wykonującym zawód medyczny,
- Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub
- podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu

działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.

Działania niepożądane produktów leczniczych zgłasza się Prezesowi Urzędu Rejestracji lub podmiotowi odpowiedzialnemu, ze szczególnym uwzględnieniem działań niepożądanych dotyczących:

1. produktów leczniczych zawierających nową substancję czynną – dopuszczonych po raz pierwszy do obrotu w dowolnym państwie w okresie 5 lat poprzedzających zgłoszenie;
2. produktów leczniczych złożonych, zawierających nowe połączenie substancji czynnych;
3. produktów leczniczych zawierających znaną substancję czynną, ale podawanych nową drogą;
4. terapii nowymi postaciami farmaceutycznymi produktów leczniczych;
5. produktów leczniczych, które zyskały nowe wskazanie;
6. przypadków, gdy działanie niepożądane produktu leczniczego stało się powodem zastosowania innego produktu leczniczego, procedury medycznej lub sposobu leczenia stosowanego u pacjenta;
7. wystąpienia działania w trakcie ciąży lub bezpośrednio po porodzie.

Zgłoszenie pojedynczego przypadku działania niepożądanego produktu leczniczego powinno zawierać:

1. inicjały, płeć lub wiek pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie;
2. imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia;
3. w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, adres miejsca wykonywania tego zawodu;
4. podpis osoby, jeżeli zgłoszenie nie jest przekazywane drogą elektroniczną;
5. w zakresie produktu leczniczego co najmniej:
6. nazwę produktu, którego stosowanie podejrzewa się o spowodowanie tego działania niepożądanego,
7. opis wywołanego działania niepożądanego.

Zgłoszenia można dokonać na formularzu dostępnym na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych – www.urpl.gov.pl

Zobacz:

Art. 12a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Art. 2 pkt 3a, 36d i 36e ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne

3.1.11. OBOWIĄZEK PROWADZENIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (zarówno podmiot leczniczy, czyli dawny zakład opieki zdrowotnej, jak i praktyka zawodowa) ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną zawierającą informacje na temat stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej ma z jednej strony zagwarantować pacjentowi dostęp do informacji na temat jego stanu zdrowia i stosowanych względem niego procedur medycznych, z drugiej zaś strony – z uwagi na zapis historii udzielania świadczeń zdrowotnych – pozwala osobom wykonującym zawód medyczny kontrolować proces leczniczy czy też odtworzyć wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta.

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczy każdego przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych. Osoby wykonujące zawody medyczne są zobowiązane sporządzić dokumentację medyczną nie tylko w razie udzielania świadczeń zdrowotnych w przeznaczonych do tego miejscach (np. szpital, przychodnia) lub w domu pacjenta (podczas tzw. wizyt domowych), ale także w przypadku udzielania pomocy medycznej najbliższym członkom rodziny lub nawet samemu sobie.

Dokumentacja medyczna może być prowadzona zarówno **w formie papierowej, jak i elektronicznej**. Należy jednak pamiętać, że od 1 sierpnia 2017 roku dokumentacja medyczna będzie prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej.

Każda dokumentacja medyczna powinna zawierać co najmniej:

1. informacje oznaczające pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania, numer PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a także w razie potrzeby nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania);
2. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
3. opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
4. datę sporządzenia.

Ponadto poszczególne rodzaje dokumentacji medycznej mają obowiązek zawierać dodatkowe elementy, wskazane szczegółowo w przepisach prawa.

Wszystkie wpisy w dokumentacji medycznej (zarówno papierowej, jak i elektronicznej) powinny być dokonane niezwłocznie po udzieleniu określonego świadczenia zdrowotnego. Muszą być sporządzone w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, zaś usunięcie jakiegokolwiek wpisu (nawet błędnego) nie jest dopuszczalne. Dodatkowo każdy wpis w dokumentacji medycznej powinien zawierać oznaczenie osoby dokonującej tego wpisu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu i podpis).

Dokumentacja medyczna dzieli się na **dokumentację indywidualną**, która odnosi się ściśle do konkretnego pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych, oraz **dokumentację zbiorczą**, odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (np. księga raportów lekarskich, księga raportów pielęgniarskich, lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego). Z kolei dokumentacja indywidualna dzieli się na **dokumentację wewnętrzną**, przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej) oraz **dokumentację zewnętrzną**, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez taki podmiot (np. skierowanie, zaświadczenie, karta informacyjna z leczenia szpitalnego).

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, poza obowiązkiem rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej każdego pacjenta, ma również obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej uprawnionym

do tego osobom i jednostkom. Przede wszystkim prawo dostępu do dokumentacji medycznej ma **sam pacjent, jego przedstawiciel ustawowy oraz osoba upoważniona przez pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)**. Po śmierci pacjenta dostęp do dokumentacji medycznej ma przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Żadna z tych osób nie ma obowiązku uzasadniania swego żądania w przedmiocie dostępu do dokumentacji medycznej.

Pacjent oraz jego przedstawiciel ustawowy mają nieograniczony dostęp do dokumentacji medycznej. W przypadku osoby upoważnionej zakres dostępu do dokumentacji medycznej jest wyznaczany przez treść upoważnienia, które może zezwalać na pełny lub ograniczony dostęp do dokumentacji medycznej dla osoby upoważnionej. Treść upoważnienia może być w każdym czasie modyfikowana w tym zakresie. Upoważnienie dla osoby trzeciej do dostępu do dokumentacji medycznej może być złożone w dowolnej formie, zarówno pisemnej, jak i ustnej, jednakże preferowana jest forma pisma – wówczas do dokumentacji medycznej winny być dołączone stosowne upoważnienia w formie pisemnych oświadczeń pacjenta. Wystarczające jest złożenie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego jednego oświadczenia o upoważnieniu określonej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej za życia pacjenta oraz po jego śmierci. Osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta co do zasady nie może udzielić dalszego upoważnienia kolejnej osobie.

Dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej) nie jest uzależniony od wydania przez kogokolwiek sformalizowanej zgody lub decyzji na jej udostępnienie. Jeżeli osoba uprawniona zwraca się do właściwego podmiotu o udostępnienie jej dokumentacji medycznej, podmiot ten ma obowiązek zrealizować jej prośbę bez zbędnej zwłoki. Prośba lub wniosek osoby uprawnionej mogą być złożone w dowolnej formie, ustnej lub pisemnej. Jedynie w przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji medycznej nie jest możliwe, odmowa dostępu do niej wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana osobom uprawnionym na trzy sposoby. **Zarówno pacjent, jak i jego przedstawiciel ustawowy oraz osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta (zarówno za jego życia, jak i po jego śmierci) mają prawo do skorzystania ze wszystkich form udostępnienia im dokumentacji medycznej**. Wybór formy udostępnienia dokumentacji medycznej należy wyłącznie do osoby uprawnionej do dostępu do niej. Jedynie w przypadku osób trzecich upoważnionych do dostępu do dokumentacji medycznej przez pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego) treść upoważnienia może ograniczać sposób dostępu do dokumentacji medycznej jedynie do określonych sposobów jej udostępniania.

Sposobami udostępnienia dokumentacji medycznej w formie papierowej są:

1) **wgląd w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych** – czyli zapoznanie się przez osobę uprawnioną z treścią dokumentacji medycznej w miejscu, gdzie udzielane są świadczenia lub gdzie przechowywana jest dokumentacja; w zakresie wglądu w dokumentację medyczną mieści się również uprawnienie do sporządzenia notatek z informacji w niej zawartych, a także do wykonania zdjęć poszczególnym kartom składającym się na dokumentację medyczną czy też ich skanowania ręcznym skanerem;

2) **sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii** – czyli przekazanie osobie uprawnionej co do zasady papierowej treści fragmentu lub całości dokumentacji medycznej; w zależności od tego, w jaki sposób treść dokumentacji medycznej została sporządzona oraz jaki zakres informacji zawiera, istnieje możliwość otrzymania: **kopii** (czyli powielenie istniejącej dokumentacji, najczęściej w formie kserokopii, także za potwierdzeniem zgodności z oryginałem), **odpisu** (czyli przygotowanie „od nowa", „ręcznie" treści dokumentacji, bez wykorzystania technik kserograficznych) oraz **wypisu** (przygotowywanego na takich samych zasadach co odpis, ale zawierającego jedynie wybrane informacje z dokumentacji medycznej, na przykład historia ordynowanych leków);

3) **wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu** – czyli przekazanie osobie uprawnionej oryginału dokumentacji medycznej z jednoczesnym zobowiązaniem jej do zwrotu dokumentów, gdy już nie będą potrzebne; przed wydaniem pacjentowi (przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej) oryginałów dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien sporządzić dla siebie jej kopię lub odpis.

Z kolei sposobami udostępnienia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej są:

1) **przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją** – czyli wręczenie osobie uprawnionej płyty CD, DVD lub innego nośnika danych z zapisaną dokumentacją medyczną;
2) **dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji** – czyli skopiowanie danych obejmujących dokumentację medyczną na nośnik danych osoby uprawnionej lub też przesłanie kopii dokumentacji medycznej drogą elektroniczną;
3) **przekazanie papierowych wydruków** – czyli dokonanie wydruku dokumentacji medycznej i przekazanie osobie uprawnionej ww. wydruków, także za potwierdzeniem zgodności z oryginałem.

Udostępnienie dokumentacji medycznej może wiązać się z koniecznością poniesienia przez pacjenta (przedstawiciela, osobę upoważnioną) stosowanej opłaty. Uzyskanie wglądu w dokumentację medyczną nigdy nie wiąże się z koniecznością poniesienia jakichkolwiek kosztów, także wówczas, gdy osoba przeglądająca dokumentację sporządza z niej notatki lub wykonuje zdjęcia (skany). Podobnie bezpłatne jest uzyskanie papierowej dokumentacji medycznej w przypadku wydania jej oryginału oraz elektronicznej dokumentacji medycznej w przypadku dokonania jej elektronicznej transmisji (skopiowania lub przesłania).

Udostępnienie dokumentacji papierowej w formie kopii, wypisu lub odpisu może wymagać poniesienia stosownej opłaty. Ponieważ sporządzenie odpisu lub wypisu wiąże się z koniecznością sporządzenia dokumentów „od nowa", bez używania technik kserograficznych, opłata za ich sporządzenie jest wyższa niż w przypadku kopii (kserokopii) dokumentacji medycznej, gdyż musi uwzględniać odpowiednio wyższy nakład pracy poniesiony na sporządzenie odpisu lub wypisu. Jedna strona kopii dokumentacji medycznej może kosztować maksymalnie 76 groszy, zaś jedna strona wyciągu lub odpisu – maksymalnie 7 złotych 56 groszy (według stanu na III kwartał 2014 r.). Należy pamiętać, że cena jednej strony kopii dokumentacji medycznej jest zawsze taka sama, także w sytuacji, gdy jest to kopia, która została potwierdzona za zgodność z oryginałem.

Opłata może być pobrana od pacjenta także w przypadku udostępnienia elektronicznej dokumentacji medycznej w postaci przekazania informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją lub jej papierowych wydruków. W pierwszej sytuacji (przekazanie pacjentowi nośnika danych) może ona wynosić maksymalnie 7 złotych 56 groszy za nośnik danych, w drugiej sytuacji (papierowe wydruki) – z uwagi na to, że nakład pracy potrzebny do ich sporządzenia jest podobny do nakładu pracy niezbędnego do wykonania kopii dokumentacji papierowej – maksymalnie 76 groszy za stronę (według stanu na III kwartał 2014 r.).

Pacjent posiadający kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego ma prawo uzyskać bezpłatnie kopię dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.

Pacjent (przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona) mają prawo dostępu zarówno do dokumentacji indywidualnej, jak i zbiorczej. Trzeba jednak pamiętać, że dokumentacja zbiorcza może być udostępniona osobie uprawnionej tylko w takim zakresie, w jakim dotyczy wyłącznie osoby konkretnego pacjenta. W związku z tym wpisy dotyczące innych osób powinny zostać odpowiednio zasłonięte na czas przeglądania przez pacjenta treści dokumentacji lub wykonywania np. kserokopii, zaś w odpisie lub wypisie powinny być pominięte fragmenty odnoszące się do innych pacjentów.

W niektórych przypadkach, ze względu na charakter poszczególnych dokumentów składających się na dokumentację medyczną, nie będzie możliwe uzyskanie przez osobę uprawnioną dokumentacji medycznej we wszystkich możliwych sposobach. W tych sytuacjach prośba o dostęp do dokumentacji medycznej musi być ograniczona tylko do tych sposobów, które są możliwe do zrealizowania.

Przykład: pacjent nie będzie mógł domagać się kopii (kserokopii) zdjęcia rentgenowskiego, gdyż jej wykonanie nie jest możliwe; pacjent nie będzie mógł co do zasady żądać wydania oryginału dokumentacji zbiorczej ze względu na dane osobowe innych pacjentów i brak możliwości odpowiedniego ich zabezpieczenia.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana również uprawnionym w tym zakresie jednostkom lub instytucjom, jak np. innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych dla zapewnienia ciągłości leczenia pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia dla realizacji jego zadań, organom rentowym w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem itd.

W sytuacji, gdy osoba uprawniona (pacjent, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona) uzyska odmowę dostępu do dokumentacji medycznej lub też nie zostanie jej ona udostępniona bez zbędnej zwłoki, ma ona możliwość skierowania sprawy do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wszczęcie postępowania wyjaśniającego, ewentualnie złożenia do sądu cywilnego pozwu o udostępnienie dokumentacji medycznej we wskazany sposób i w określonym zakresie, a po uzyskaniu wyroku nakazującego udostępnienie – wszczęcia postępowania egzekucyjnego w tym zakresie.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Art. 25. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
   a) nazwisko i imię (imiona),
   b) datę urodzenia,
   c) oznaczenie płci,
   d) adres miejsca zamieszkania,
   e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
4) datę sporządzenia.

Art. 26.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:
   1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
   2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
   2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
   3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
   4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
   5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
   6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
   7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;

11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Art. 27.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Art. 28.

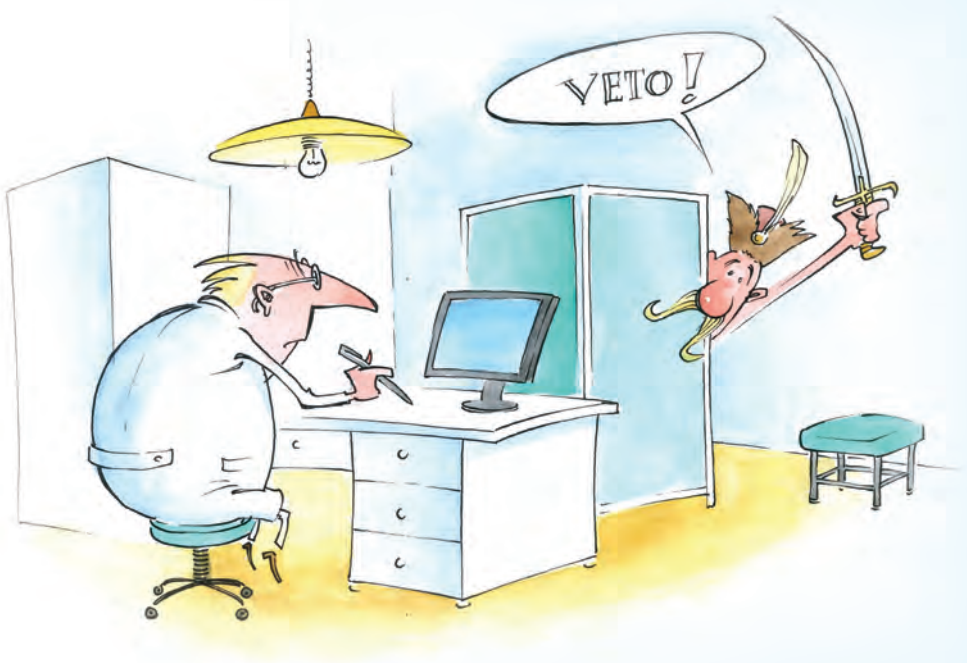
1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.
2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585, z późn. zm.1)) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.)).
2a. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.
3. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.
4. Maksymalna wysokość opłaty za:
1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

Zobacz także:

Art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych § 2, § 4 – 6, § 8, § 10, § 78 – 79, § 83 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

3.1.12. PRAWO PACJENTA DO ZŁOŻENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII LUB ORZECZENIA LEKARZA

Pacjent musi mieć zapewnioną procedurę gwarantującą możliwość odwołania się od niekorzystnych dla niego (z jego punktu widzenia) opinii lub orzeczeń lekarza. Pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) może wyrazić swoje niezadowolenie poprzez złożenie tzw. sprzeciwu. Może on dotyczyć tylko takich opinii lub orzeczeń, które mają wpływ na prawa lub obowiązki pacjentów.



Przykład: opinia lub orzeczenie zawarte w karcie informacyjnej (karcie wypisu ze szpitala), opinia o zakwalifikowaniu pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej (przypadek pilny lub stabilny) przed wpisaniem na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Prawo do złożenia sprzeciwu nie przysługuje w stosunku do tych opinii lub orzeczeń lekarza, od których pacjent może się odwołać w inny sposób w oparciu o już uregulowaną przepisami prawa procedurę odwoławczą. Przykładami takich orzeczeń są:

- orzeczenie lekarza dotyczące przeciwskazań do kierowania pojazdami mechanicznymi – pacjentowi przysługuje odwołanie, wnoszone w ciągu 14 dni, które kieruje się za pośrednictwem lekarza co do zasady do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy;
- orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – pacjentowi przysługuje sprzeciw, wnoszony w ciągu 14 dni, kierowany do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- zaświadczenie dotyczące zdolności do pracy, wydane po wstępnym lub okresowym badaniu lekarskim przez lekarza medycyny pracy – pacjentowi przysługuje wniosek o przeprowadzenie ponownego badania, wnoszony w terminie 7 dni, który składa się za pośrednictwem lekarza co do zasady do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy.

Poza ogólnymi wymogami, takimi jak wskazanie adresata czy autora sprzeciwu oraz złożenie własnoręcznego podpisu, złożenie sprzeciwu, który będzie kwalifikował się do rozpoznania, wymaga spełnienia kilku warunków formalnych:

1. sprzeciw musi wskazywać, z jakim orzeczeniem lub opinią (ewentualnie w jakim zakresie) pacjent się nie zgadza;
2. sprzeciw musi zawierać uzasadnienie, czyli wyjaśnienie przez pacjenta powodów, dla których nie zgadza się z opinią lub orzeczeniem lekarza albo ich częścią;
3. sprzeciw musi wskazywać przepis prawa, z którego wynikają konkretne prawa lub obowiązki pacjenta, które w jego ocenie zostały naruszone przez orzeczenie lub opinię lekarza.

Przykład: jeżeli podczas pobytu pacjenta na oddziale chorób wewnętrznych szpitala wezwany na konsultację lekarz specjalista z zakresu psychiatrii diagnozuje u pacjenta chorobę psychiczną, które to rozpoznanie zostaje wpisane do dokumentacji medycznej, a z którym pacjent się nie zgadza, może złożyć sprzeciw od orzeczenia lekarza psychiatry, wskazując jako przepis prawa, z którego wynika konkretne prawo lub obowiązek pacjenta, art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który daje pacjentowi prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, w tym diagnozy odpowiadającej aktualnej wiedzy medycznej.

Sprzeciw należy skierować w terminie **30 dni** od dnia wydania opinii (orzeczenia) **do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta**, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta.

Po wpłynięciu sprzeciwu, jeżeli został zachowany termin i wszystkie warunki formalne, jest on kierowany przez Rzecznika Praw Pacjenta do rozpoznania przez Komisję Lekarską. Komisja zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta i w miarę potrzeby przeprowadza również jego badanie, a następnie wydaje orzeczenie, w którym podtrzymuje zaskarżoną opinię (orzeczenie) lub zmienia treść zaskarżonej opinii (orzeczenia). Komisja Lekarska powinna rozpoznać sprawę w ciągu 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu przez pacjenta, zaś od jej orzeczenia nie przysługuje już pacjentowi prawo wniesienia kolejnego odwołania.

Zobacz:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
Art. 31.

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.
4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.
5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.
6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.
7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.
8. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
9. Przepisów ust. 1–8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

3.1.13. PRAWA PACJENTA W LECZENIU CAŁODOBOWYM

Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta. Koszty realizacji tego uprawnienia nie mogą obciążać szpitala. Ustanowienie przez szpital opłaty za całodobowy pobyt opiekuna lub osoby towarzyszącej (na przykład małoletniemu pacjentowi) wyrównuje rzeczywisty koszt dobowego pobytu osób trzecich na oddziale. Opłaty te mają na celu rekompensowanie ponoszonych przez szpital kosztów związanych z zaopatrzeniem oddziału w dodatkowe materiały sanitarne i środki czyszczące czy dostawiane opiekunowi łóżko oraz regulowaniem opłat za energię elektryczną i wodę, z których korzystają osoby przebywające przez całą dobę na oddziale.

Pobyt opiekuna prawnego małoletniego pacjenta lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem podlega ograniczeniu w przypadku zagrożenia epidemicznego, bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów lub z uwagi na możliwości organizacyjne placówki (warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu, brak wolnych miejsc, godziny odwiedzin). Koszty związane z eksploatacją pomieszczeń i urządzeń szpitala przez opiekuna pacjenta stanowią koszty realizacji uprawnienia pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską. Należy jednak podkreślić, że opłaty te nie mogą być wygórowane i nie powinny stanowić nadmiernego uszczerbku majątkowego przykładowo dla matki dziecka. W takich sytuacjach opiekun pacjenta może zwrócić się do dyrekcji szpitala z wnioskiem o zwolnienie z opłaty lub jej obniżenie. Warunki, jakie szpital oferuje osobie bliskiej opiekującej się pacjentem, wpływają na wielkość opłaty.

Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w szpitalu począwszy od terminu określonego przez kierownika podmiotu leczniczego, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach prawa.

Dobra praktyka: celowe jest zachowanie pisemnej formy decyzji kierownika podmiotu leczniczego (dyrektora szpitala) przekazanej pacjentowi, ustalającej termin, od którego pacjent niewymagający dalszego leczenia na oddziale szpitalnym jest zmuszony ponieść koszty swojego pobytu. Informacja o takiej decyzji musi być przekazana odpowiednio wcześnie w sposób przystępny, z uzasadnieniem medycznym i prawnym. Pacjent i jego najbliżsi sprawujący nad nim faktyczną opiekę nie mogą być zaskakiwani taką informacją z dnia na dzień. Pacjent musi wiedzieć, że zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób nie wymaga dalszego leczenia na danym oddziale, co stanowi realizację prawa pacjenta do informacji. Wskazane jest również umieszczenie takiej informacji w dokumentacji medycznej pacjenta.

Pacjent przebywający w placówce leczniczej przeznaczonej dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty przechowywania ponosi podmiot wykonujący działalność leczniczą, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta placówka, w której pacjent przebywa, jest obowiązana umożliwić mu kontakt z duchownym jego wyznania.

Zobacz:

Art. 33 – 40 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

3.2. DODATKOWE ZASADY OBOWIĄZUJĄCE PODCZAS UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

3.2.1. ZASADA ZAPEWNIENIA PACJENTOM ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

W Konstytucji RP na władze państwowe jest nałożony obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dostęp taki ma oznaczać realną możliwość skorzystania przez pacjenta z określonych procedur medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Z uwagi na liczbę wszystkich znanych na świecie procedur medycznych i ograniczone środki pieniężne przeznaczone w budżecie państwa na ochronę zdrowia nie istnieje możliwość finansowania przez państwo ze środków publicznych wszystkich znanych świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym obywatel musi uzyskać jasną i szczegółową informację, które metody leczenia będą finansowane przez państwo, a tym samym będą dla niego bezpłatne lub jedynie częściowo płatne, a które państwo nie będzie finansować i za nie pacjent będzie musiał w całości zapłacić samodzielnie.

Świadczenia opieki zdrowotnej, które pacjentowi przysługują jako finansowane ze środków publicznych i tym samym są dla niego bezpłatne lub jedynie częściowo płatne, to właśnie **świadczenia gwarantowane.**

Aby określona procedura medyczna (metoda leczenia) była dla pacjenta świadczeniem gwarantowanym, muszą być spełnione obowiązkowo dwa warunki:

1. **określona metoda leczenia musi być zawarta w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych**

Świadczenia gwarantowane są ograniczone tylko do tych procedur medycznych, które zostały zawarte na tzw. listach świadczeń gwarantowanych. Listy takie zostały stworzone, na podstawie ustawowych kryteriów, przez ministra zdrowia w formie załączników do rozporządzeń i stanowią **tzw. koszyki świadczeń gwarantowanych** (w przypadku leków – lista leków refundowanych). W związku z tym pacjentowi jako świadczenia gwarantowane przysługują wyłącznie te metody leczenia, które zostały wprost wskazane na listach świadczeń gwarantowanych.

Jeżeli jakaś procedura medyczna została określona w koszyku świadczeń gwarantowanych w sposób bardzo ogólny i tym samym nie został wskazany dokładnie sposób jej przeprowadzenia ani określony zestaw materiałów do wykorzystania w trakcie udzielenia świadczenia, należy przyjąć, że w zakresie tej metody leczenia, jako gwarantowane, znajdują się te wszystkie sposoby wykonania danej procedury medycznej i wykorzystanie takich materiałów, które z uwagi na wskazania medyczne i dostępne dane naukowe należy uznać za mieszczące się w ramach określonej metody leczenia.

2. **określona metoda leczenia,** zawarta w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, **musi zostać udzielona pacjentowi z zachowaniem wszystkich zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Sam fakt zamieszczenia określonej metody leczenia przez ministra zdrowia w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych nie oznacza jeszcze, że ta procedura medyczna będzie dla pacjenta zawsze finansowana ze środków publicznych (czyli bezpłatna lub jedynie częściowo płatna). Będzie tak wyłącznie wówczas, gdy świadczenie to zostanie udzielone pacjentowi z zachowaniem wszystkich zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawartych w przepisach prawa.

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostaną omówione w dalszej części niniejszego podręcznika. Wśród nich można wyróżnić jako najważniejsze przede wszystkim następujące zasady: konieczność posiadania przez pacjenta dokumentu uprawniającego do uzyskania konkretnego świadczenia (np. skierowanie, zlecenie, recepta, deklaracja wyboru, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego) i konieczność zachowania kolejności dostępu do świadczeń wynikającej z list oczekujących (tzw. kolejek).

Jeżeli pacjent uzyska świadczenie opieki zdrowotnej znajdujące się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych w sposób niezgodny z zasadami udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, nie będzie to dla niego świadczenie gwarantowane. Podobnie, jeżeli pacjent w zgodzie z wszelkimi zasadami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyska świadczenie, które jednak nie znalazło się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, nie będzie to dla niego świadczenie gwarantowane. W takich sytuacjach to pacjent powinien być zobowiązany do pokrycia całości kosztów zastosowania określonej metody leczenia, zaś Narodowy Fundusz Zdrowia nie może nigdy sfinansować w taki sposób wykonanej procedury medycznej.

Przykład: udzielenie porady przez lekarza specjalistę z zakresu kardiologii pacjentowi nie posiadającemu skierowania do poradni kardiologicznej (i jednocześnie nie znajdującemu się w stanie nagłym) powoduje, że porada ta, mimo iż mieści się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, nie jest dla tego pacjenta świadczeniem gwarantowanym, gdyż zostały naruszone zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (brak skierowania).

W przypadku procedur medycznych wykonywanych w warunkach stacjonarnych i całodobowych (np. w szpitalu, w ramach chirurgii jednego dnia), a także przy wykonywaniu wszystkich zabiegów (bez względu na miejsce) oraz podczas udzielania pomocy w stanach nagłych pacjentom przysługują bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Dobra praktyka: pacjentowi w ramach planowego leczenia na oddziale szpital ma obowiązek zapewnić wszystkie leki konieczne w trakcie hospitalizacji. Szpital nie może odmówić pacjentowi przyjęcia go na planową hospitalizację z tego powodu, że nie przyniósł ze sobą leków zażywanych dotychczas w chorobach przewlekłych w sytuacji, gdy choroba przewlekła nie jest główną przyczyną hospitalizacji. Szpital może bowiem zapewnić pacjentowi również zamienniki dotychczas stosowanych leków, dostępne w szpitalu, zgodnie ze wskazaniami medycznymi. Niemniej pacjent może przynieść ze sobą do szpitala na planową hospitalizację leki dotychczas stosowane w chorobach przewlekłych. Lekarz w szpitalu, mając na uwadze stan zdrowia pacjenta, może dokonać weryfikacji stosowanych dotychczas przez niego leków.

Zobacz:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
Art. 5 pkt 35: Świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie
Art. 35. 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 bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Zobacz także:

Art. 15, art. 31d i art. 61 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

3.2.2. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (czyli bezpłatnych lub jedynie częściowo płatnych) mogą korzystać **wszyscy ubezpieczeni**, czyli osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ubezpieczenie zdrowotne przysługuje z tytułu na przykład: umowy o pracę, umowy zlecenia, prowadzenia działalności gospodarczej, ubezpieczenia w KRUS, uzyskania statusu emeryta lub rencisty, podpisania dobrowolnej umowy o ubezpieczenie zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ponadto ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą korzystać także:

1. osoby nieubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

- **które zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej.**
- **dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia, przy czym osoby nie będące obywatelami polskimi muszą posiadać miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,**
- **kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu – do 42-go dnia po porodzie, jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

2. osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – ubezpieczone w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EFTA, przebywające na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Każda osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia. Osobami tymi mogą być małżonkowie (ale nie konkubenci) oraz wstępni (rodzice, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym. Mimo tego, że prawo gwarantuje świadczenia finansowane ze środków publicznych wszystkim dzieciom do ukończenia 18 roku życia, osoby ubezpieczone mają obowiązek zgłosić również je do ubezpieczenia. Dotyczy to nie tylko dzieci biologicznych, ale również: dzieci małżonka, dzieci przysposobionych, wnuków i dzieci przebywających pod opieką w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18 roku życia. Jeśli dziecko kontynuuje naukę, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny do ukończenia 26 roku życia. Po tym czasie, o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia zdrowotnego. Dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.

Należy pamiętać, że dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia, posiadające obywatelstwo polskie, mają zagwarantowane prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie powinny być odsyłane z powodu braku dowodu ubezpieczenia, nawet jeżeli ubezpieczony rodzic nie dokonał zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia, mimo ustawowego obowiązku.

Należy ponadto pamiętać, że **istnieją pewne sytuacje, w których wszystkim pacjentom, niezależenie od ich uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, zawsze świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są bezpłatnie**. Do sytuacji tych należy udzielanie pomocy medycznej:

- osobom znajdującym się w stanie nagłym w ramach systemu ratownictwa medycznego (czyli przez zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego – karetki pogotowia, szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe);
- osobom, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym – w zakresie świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych;
- osobom uzależnionym od alkoholu – w zakresie leczenia odwykowego;
- osobom uzależnionym od narkotyków – w zakresie leczenia uzależnienia;
- chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo – w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej;

- osobom pozbawionym wolności;
- osobom stwarzającym zagrożenie w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób – w zakresie postępowania terapeutycznego;
- cudzoziemcom umieszczonym w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie dla cudzoziemców jeżeli wymaga tego ich stan zdrowia;
- posiadaczom Karty Polaka, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba że umowa międzynarodowa, w której RP jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne.
- osobom odbywającym służbę w obronie cywilnej lub wykonującym obowiązek szkolenia ludności w zakresie powszechnej samoobrony, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z odbywaniem służby lub wykonywaniem obowiązków albo w bezpośredniej drodze do miejsca ich odbywania lub wykonywania lub w drodze powrotnej.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych takim osobom pokrywane są z budżetu państwa.

Każda z osób uprawnionych do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przed udzieleniem jej pomocy medycznej, jest obowiązana potwierdzić, że przysługuje jej uprawnienie do skorzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a więc dla niej bezpłatnych lub jedynie częściowo płatnych. **Pacjent zobowiązany jest do potwierdzenia swojego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w dniu udzielenia świadczenia, a nie w dniu rejestracji (zapisu) na świadczenie**. W związku z tym świadczeniodawca nie może żądać od pacjenta udokumentowania uprawnienia do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych podczas rejestracji, a dopiero w dniu udzielenia pomocy medycznej.

3.2.2.1. Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osoby ubezpieczone zdrowotnie

Podstawowym sposobem potwierdzenia prawa do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osoby ubezpieczone, do czasu wydania pacjentom karty ubezpieczenia zdrowotnego, **jest elektroniczne potwierdzenie uprawnień pacjenta przez świadczeniodawcę na podstawie numeru PESEL**. Jest ono dokonywane w oparciu o ogólnopolski system, uruchomiony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nazwany: **elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)**. System eWUŚ jest oparty o dane zgromadzone w **Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU)**, prowadzonym przez NFZ.

Pacjent, przed uzyskaniem pomocy medycznej, musi **okazać dokument tożsamości** w postaci dowodu osobistego, prawa jazdy lub paszportu, a w przypadku osób do 18 roku życia – legitymacji szkolnej. Wyjątek od tej zasady stanowią dzieci do 3 miesiąca życia, które mogą jeszcze nie uzyskać własnego numeru PESEL i w tym przypadku elektroniczne potwierdzenie dokonywane jest na podstawie numeru PESEL rodzica. Ponadto tożsamość dziecka, które nie jest jeszcze objęte obowiązkiem szkolnym i nie posiada dowodu osobistego lub paszportu, weryfikowana jest na podstawie oświadczenia przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna).

Świadczeniodawca, po zweryfikowaniu tożsamości pacjenta, wprowadza jego numer PESEL do systemu eWUŚ i uzyskuje informację, czy **w danym dniu** Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdza posiadanie przez pacjenta uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić, że brak potwierdzenia uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ nie oznacza, że nie posiada on prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a jedynie oznacza, że pacjent w danym dniu powinien w inny sposób udokumentować swoje uprawnienie, jeżeli rzeczywiście je posiada.

Przykład: weryfikacja uprawnień pacjenta do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w systemie eWUŚ dokonywana jest w oparciu o numer PESEL pacjenta i jego dokument tożsamości. Niemniej nie wszystkie dokumenty, na podstawie których może być zweryfikowana tożsamość pacjenta, zawierają numer PESEL. Nie jest on przykładowo zamieszczany na legitymacji szkolnej. W związku z tym przedstawiciel ustawowy (rodzic, opiekun) powinien znać numer PESEL dziecka, aby w każdej chwili mógł go przekazać świadczeniodawcy wraz z legitymacją szkolną.

Pacjent, co do zasady, jest zwolniony z obowiązku okazywania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne. Dla świadczeniodawcy potwierdzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez system eWUŚ) posiadania przez pacjenta uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie numeru PESEL stanowi gwarancję sfinansowania przez NFZ świadczenia udzielonego „zweryfikowanej" osobie uprawnionej. Przyjęte rozwiązania mają zagwarantować świadczeniodawcy, który udzielił pomocy medycznej pacjentowi, którego prawo zostało potwierdzone na podstawie systemu eWUŚ, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie odmówi rozliczenia takiego świadczenia z powodu braku uprawnień pacjenta.

Dobra praktyka: jeżeli pacjent podczas wizyty u świadczeniodawcy uzyska informację, że w systemie elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) ma status osoby nieuprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w rzeczywistości takie prawo posiada, powinien wyjaśnić swój status ubezpieczeniowy u płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne (np. pracodawca) lub w instytucji pobierającej ww. składki (ZUS, KRUS), ewentualnie w oddziale wojewódzkim NFZ. Każdy pacjent może sprawdzić swój aktualny status w systemie eWUŚ w ogólnopolskim serwisie Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP).

Jeżeli pacjent uzyska informację od świadczeniodawcy o braku potwierdzenia w systemie eWUŚ jego uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wówczas może przedstawić dowód potwierdzający swoje uprawnienia (dowód ubezpieczenia), ewentualnie – gdy odpowiedniego dokumentu nie posiada – złożyć oświadczenie o posiadaniu uprawnienia do uzyskania tego typu świadczeń.

W pierwszej kolejności pacjent, **poza wcześniejszym przedstawieniem dokumentu tożsamości, powinien okazać dowód ubezpieczenia zdrowotnego**, którym jest **każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Jeżeli **uprawnienie pacjenta do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zostało potwierdzone w systemie eWUŚ, a dodatkowo pacjent nie posiada ze sobą jakiegokolwiek dokumentu mogącego potwierdzić powyższe uprawnienie**, mimo iż w rzeczywistości takie prawo posiada, może on złożyć do dokumentacji medycznej pisemne **oświadczenie o przysługującym mu prawie do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**. W celu złożenia takiego oświadczenia pacjent musi uzupełnić i własnoręcznie podpisać druk oświadczenia, sporządzony według wzoru określonego przez ministra zdrowia, który to druk powinien otrzymać do wypełnienia od świadczeniodawcy.

Uzupełniając oświadczenie pacjent wskazuje, że posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w danym dniu, kiedy jest mu udzielana pomoc medyczna. W wypadku świadczeń opieki zdrowotnej stacjonarnych albo całodobowych oświadczenie obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia zakończenia udzielania świadczenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. Jeżeli leczenie pacjenta trwa dłużej – składa on kolejne oświadczenia, obejmujące okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.

Należy jednak pamiętać, że pacjent, który uzyskał świadczenie opieki zdrowotnej jako finansowane ze środków publicznych po złożeniu stosownego oświadczenia, zaś w rzeczywistości uprawnienia do jego uzyskania nie posiadał, zobowiązany będzie do pokrycia kosztów wykonanych procedur medycznych. Pacjent będzie zwolniony z obowiązku poniesienia kosztów udzielonej mu pomocy medycznej jedynie wówczas, gdy w chwili składania oświadczenia działał w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dobra praktyka: dobrą praktyką jest informowanie pacjenta przy rejestracji, w jaki sposób w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy winien udokumentować prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku, gdyby jego uprawnienie nie zostało potwierdzone przez świadczeniodawcę w systemie eWUŚ.

Należy pamiętać, że pacjent przed ewentualnym złożeniem oświadczenia o przysługującym mu prawie do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w pierwszej kolejności – celem udowodnienia swoich uprawnień – powinien przedstawić świadczeniodawcy dowód ubezpieczenia. **Pacjenci ubezpieczeni zdrowotnie obowiązkowo** są uprawnieni do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych po dokonaniu zgłoszenia ich do ubezpieczenia zdrowotnego przez płatnika składek. W związku z tym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w ich przypadku jest każdy dokument, który potwierdza fakt zgłoszenia pacjenta do ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże pacjenci ubezpieczeni zdrowotnie obowiązkowo muszą również udowodnić, iż w dniu udzielenia świadczenia zdrowotnego ich prawo do jego sfinansowania ze środków publicznych nie wygasło, czyli jest nadal aktualne. Co do zasady prawo to ustaje po upływie 30 dni od daty wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątkowo, dla osób które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną, po upływie 6 miesięcy, a szkołę wyższą, po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów (studentów).

W związku z tym, **celem potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego pacjent musi udowodnić dwie okoliczności:**

1. **zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego;**
2. **posiadanie tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w dniu udzielenia świadczenia lub nie dawniej niż 30 dni wstecz** (w przypadku osób kończących szkołę ponadgimnazjalną – 6 miesięcy, a kończących szkołę wyższą – 4 miesiące).

Przykładowymi dokumentami, spełniającymi powyższe warunki, są:
- dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: aktualny raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę (z którego, na podstawie informacji o odprowadzonej składce na ubezpieczenie zdrowotne, wynika fakt aktualnego zatrudnienia i zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego; nie dotyczy to osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni) lub aktualne zaświadczenie z zakładu pracy (potwierdzające fakt zatrudnienia i zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego) lub legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczątką pracodawcy;– dla osób prowadzących działalność gospodarczą: aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi;
- dla osób ubezpieczonych w KRUS: zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowana przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej);
- dla emerytów i rencistów: legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek przekazu renty lub emerytury;
- dla osób bezrobotnych: aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
- dla członków rodziny osoby ubezpieczonej: zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny osoby ubezpieczonej wraz z dokumentem potwierdzającym tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego osoby zgłaszającej lub aktualnym dokumentem potwierdzającym odprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne przez osobę zgłaszającą; w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki (np. legitymacja szkolna lub studencka) lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności;
- dla studentów po ukończeniu 26. roku życia: zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię (druk ZUS ZZA) wraz z dokumentem potwierdzającym fakt kontynuacji nauki (np. legitymacja studencka lub doktorancka).

Obecne przepisy dają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych co do zasady przez 30 dni od dnia utraty ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z tym **potwierdzenia (aktualizacji) dowodów ubezpieczenia należy dokonywać:**
- **w przypadku dowodów ubezpieczenia zdrowotnego, nie będących dokumentami potwierdzającymi odprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne – po upływie 30 dni od daty wystawienia dokumentu;**
- **w przypadku dowodów ubezpieczenia będących dokumentami potwierdzającymi odprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne – po upływie 30 dni od końca okresu, za który została odprowadzona składka na ubezpieczenie zdrowotne**.

Wyjątkami od tej zasady są:
- legitymacja emeryta – ważna bezterminowo;
- legitymacja rencisty – ważna bezterminowo lub przez okres w niej wskazany.

Z kolei **pacjenci posiadający dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia**, są uprawnieni do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych od dnia określonego w umowie, pod warunkiem opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z tym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w ich przypadku jest umowa zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia, z której wynika początkowy dzień objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Pacjenci ubezpieczeni zdrowotnie dobrowolnie, podobnie jak ci ubezpieczeni obowiązkowo, muszą również udowodnić, iż w dniu udzielenia świadczenia zdrowotnego ich prawo do jego sfinansowania ze środków publicznych nie wygasło, czyli jest nadal aktualne. Co do zasady prawo to również ustaje po upływie 30 dni, tyle że od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne może zaś ustać albo z uwagi na rozwiązanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, albo z uwagi na posiadanie co najmniej miesięcznej zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z tym pacjent dobrowolnie ubezpieczony zdrowotnie powinien zawsze, obok umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, przedstawić aktualny dowód opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Jeżeli **pacjent znajdujący się w stanie nagłym** potrzebuje skorzystać z pomocy medycznej (poza systemem ratownictwa medycznego – czyli **poza pomocą świadczoną przez pogotowie ratunkowe, szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe** – gdzie pomoc udzielana jest zawsze każdemu bezpłatnie), a nie posiada przy sobie aktualnego dowodu ubezpieczenia, **może taki dokument przedstawić w innym czasie**:

- w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
- jeśli świadczenie jest udzielane w oddziale szpitalnym – nie później niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.

Brak przedstawienia dokumentu ubezpieczenia w podanych terminach może być podstawą obciążenia pacjenta kosztami udzielonej pomocy medycznej. Niemniej jednak należy jednocześnie pamiętać, że **brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nigdy nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia osobie znajdującej się w stanie nagłym**, zaś późniejsze niż wynikające z przepisów ustawy przedstawienie dokumentu ubezpieczenia nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu.

3.2.2.2. Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osoby nieubezpieczone

W przypadku **osób nieubezpieczonych, które są obywatelami polskimi, lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, mieszkają na terytorium kraju i są uprawnione do świadczeń z tytułu pomocy społecznej** dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest odpowiednia **decyzja wójta (burmistrza, prezydenta miasta)** gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Decyzja może zostać wydana na wniosek pacjenta, z inicjatywy organu gminy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy złożony niezwłocznie po udzieleniu pomocy medycznej. Na jej podstawie pacjent ma uprawnienie do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez 90 dni od dnia określonego w decyzji lub – w przypadku świadczeń udzielanych w stanie nagłym – od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych. Jeżeli pacjent przed upływem ww. okresu zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, decyzja wójta (burmistrza, prezydenta miasta) przestaje obowiązywać, zaś dalsze leczenie pacjent powinien otrzymać jako osoba ubezpieczona zdrowotnie. W przypadku konieczności przedłużenia okresu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niezbędne jest ponowne wystąpienie z wnioskiem o wydanie kolejnej decyzji.

W przypadku **osób nieubezpieczonych, które są obywatelami polskimi lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach i nie ukończyły 18 lat**, dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest każdy dokument potwierdzający wiek i obywatelstwo tej osoby.

W przypadku **nieubezpieczonych kobiet, które są obywatelkami polskimi lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, , zamieszkują na terytorium Polski i znajdują się w okresie ciąży, porodu lub połogu** dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest **każdy dokument potwierdzający obywatelstwo i miejsce zamieszkania kobiety oraz fakt pozostawania w okresie ciąży lub połogu.** Dokumentem potwierdzającym te ostatnie okoliczności może być zaświadczenie od lekarza o trwającej ciąży (np. karta przebiegu ciąży) lub odpis aktu urodzenia dziecka (na podstawie którego można ustalić termin porodu i tym samym fakt pozostawania kobiety w okresie połogu – czyli okres do 42-go dnia po porodzie).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

Art. 2.
1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:
1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi",
2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
(Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie :
a) które nie ukończyły 18. roku życia, lub
b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu
– zwane dalej „świadczeniobiorcami".
2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Art. 50.
1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:
1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego;
2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.
2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;

2) świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.

3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.) z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakie muszą spełniać świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, występujący do Funduszu o dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, mając na uwadze konieczność zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzanych danych.

5. Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, zawiera imię i nazwisko oraz numer PESEL świadczeniobiorcy, a także informację, według stanu na dzień sporządzenia dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
6. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Świadczeniobiorca składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.".
7a. W sytuacji udzielania świadczeniobiorcy stacjonarnych albo całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia zakończenia udzielania świadczenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej trwa dłużej – świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.
8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość świadczeniobiorcy, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono tożsamość.
9. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742). Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 6 i 9, mając na względzie zapewnienie czytelności oświadczeń.
11. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.
12. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 11, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.
13. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 11 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11.
14. W przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
15. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:

1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6,
2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11
– o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.
16. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:
1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo
1a) potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo
2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6
– osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.
17. Przepisu ust. 16 pkt 2 nie stosuje się do osoby, która w chwili składania oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.
19. Od kwoty należności, o których mowa w ust. 18, nalicza się odsetki ustawowe, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności tych należności.
20. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 18, jeżeli od dnia, w którym zakończono udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 15, upłynęło 5 lat.
21. Należności, o których mowa w ust. 18, ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca te należności stała się ostateczna.
22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56–58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).

Zobacz także:

Art. 3, art. 5 pkt 3, art. 66 – 77, art 82, art 240 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
– załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

3.2.3. DOKUMENTY UPRAWNIAJĄCE DO UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Do uzyskania przez pacjenta określonego świadczenia opieki zdrowotnej jako finansowanego ze środków publicznych co do zasady konieczne jest posiadanie przez niego dokumentu uprawniającego do skorzystania z konkretnego rodzaju pomocy medycznej.

Podstawowymi dokumentami uprawniającymi do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są:

- **skierowanie** (do szpitala, lekarza specjalisty, leczenia uzdrowiskowego, do skorzystania z opieki długoterminowej czy rehabilitacji leczniczej)
- **zlecenie** (na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze czy przejazd środkami transportu sanitarnego)
- **recepta na leki i wyroby medyczne.**
- **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego**

Co do zasady wszystkie dokumenty uprawniające pacjenta do skorzystania z konkretnego świadczenia opieki zdrowotnej jako finansowanego ze środków publicznych muszą być sporządzone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, czyli takiego lekarza, który zawarł z NFZ-em umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjątkiem w tym zakresie jest skierowanie do szpitala – może być ono wystawione przez każdego lekarza, również udzielającego świadczeń wyłącznie prywatnie.

Pacjent jest zobowiązany do przekazania i pozostawienia u świadczeniodawcy oryginału dokumentu uprawniającego go do uzyskania określonego świadczenia (np. skierowania) najpóźniej w dniu udzielenia świadczenia. Niemniej w wypadku **skierowań do poradni specjalistycznej lub szpitala pacjent jest zobowiązany do przekazania oryginału skierowania nie później niż w ciągu 14 dni roboczych od dnia dokonania rejestracji,** pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.
Specyficzną kategorią dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych są **deklaracje wyboru** świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a także lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, które zostaną omówione przy okazji prawa wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta.

3.2.3.1. SKIEROWANIA DO LEKARZA SPECJALISTY I DO SZPITALA

Skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia leczenia pacjenta. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do poradni lub szpitala.

Po objęciu pacjenta opieką danej poradni specjalistycznej skierowanie ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania i jak długo lekarz specjalista prowadzący pacjenta wyznacza terminy kolejnych wizyt (na przykład dopóki nie zostanie wyleczone schorzenie, na które skierowanie zostało wystawione lub nie zostanie zakończone leczenie w poradni specjalistycznej). Jednakże w poradni rehabilitacyjnej na podstawie jednego skierowania leczenie prowadzone przez lekarza specjalistę z dziedziny rehabilitacji leczniczej (porady udzielane przez tego lekarza) może być prowadzone nie dłużej niż 12 miesięcy.

Jeżeli w trakcie pierwszej wizyty okaże się, że pacjent musi kontynuować leczenie, nie ma potrzeby uzyskania ponownego skierowania. Od tej pory specjalista wyznacza terminy kolejnych wizyt kontrolnych, decyduje o niezbędnych badaniach, lekach i zabiegach. Jeśli zajdzie taka potrzeba, lekarz specjalista wypisze również skierowanie do innego specjalisty.

Podobnie jest w przypadku skierowania na leczenie szpitalne – co do zasady nie ma ustalonego administracyjnie terminu ważności; zachowuje ono ważność tak długo, jak długo istnieje przyczyna jego wystawienia. Jedynie ważność skierowania do szpitala psychiatrycznego wygasa po upływie 14 dni. Termin ten ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala.

Pacjenci nie powinni być odsyłani z powrotem do lekarza kierującego z powodu niekompletności skierowań. Należy poprosić o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub braku umieszczenia pacjenta na liście oczekujących.

3.2.3.2. SKIEROWANIA NA REHABILITACJĘ I LECZENIE UZDROWISKOWE

Skierowania na rehabilitację leczniczą (czyli porady rehabilitacyjne, pobyty dzienne i stacjonarne) są ważne, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę wykonania w stosunku do pacjenta zabiegów rehabilitacyjnych. Wyjątek stanowi skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne (czyli realizowane w gabinecie rehabilitacyjnym), które powinno być zarejestrowane w terminie 30 dni (wpisane na listę oczekujących), bez względu na to, kiedy pacjent będzie mógł rozpocząć rehabilitację.
Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe jest ważne 18 miesięcy licząc od dnia jego wystawienia przez lekarza kierującego. Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe po upływie powyższego okresu podlega weryfikacji. Powinno być ono rozpatrzone przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 30 dni od daty jego wpływu. Termin ten może zostać przedłużony nie więcej niż o 14 dni.

3.2.3.3. SKIEROWANIA DO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia leczenia pacjenta w ramach opieki długoterminowej. Dodatkową przesłanką, wpływającą na ważność skierowania, jest spełnianie przez pacjenta kryteriów wyznaczanych przez skalę Barthel. **Skala Barthel** to skala, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia przewlekle chorych, osób, które przebyły leczenie szpitalne i nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, które ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitację powinny przebywać w zakładzie opiekuńczym i które w ocenie karty oceny świadczeniobiorcy – skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich (opartą na skali Barthel) – uzyskały 40 punktów lub mniej.

3.2.3.4. ZLECENIA NA WYROBY MEDYCZNE

Zlecenia na wyroby medyczne, takie jak na przykład wózki inwalidzkie, aparaty ortopedyczne, protezy, aparaty słuchowe, szkła okularowe czy materace przeciwodleżynowe, nie mają terminu ważności, mogą być realizowane bezterminowo. Przed złożeniem zlecenia do realizacji pacjent musi dokonać jego potwierdzenia do refundacji. Natomiast zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie w wyroby medyczne takie jak pieluchomajtki, cewniki urologiczne, sprzęt stomijny, worki do zbiórki moczu, zestawy infuzyjne (wkłucia) do pomp insulinowych są ważne do końca miesiąca, na który zostały wystawione. Pacjent może być zaopatrzony jednorazowo w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły. Zaopatrzenie comiesięczne realizowane jest na bieżąco i nie dotyczą go ewentualne kolejki. Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim wypadku zlecenie może być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru zlecenia lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

3.2.3.5. ZLECENIA NA TRANSPORT SANITARNY

Realizacja bezpłatnego transportu sanitarnego finansowanego ze środków publicznych, w tym transportu lotniczego, wymaga zlecenia lekarza (felczera) ubezpieczenia zdrowotnego. Jest możliwa do najbliższego podmiotu leczniczego realizującego świadczenia zdrowotne we właściwym zakresie i z powrotem w trzech przypadkach:

1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia;
2) potrzeby zapewnienia ciągłości leczenia;
3) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia.

W przypadkach niewymienionych powyżej na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

Przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 40 % ze środków publicznych, gdy ze zlecenia wynika, że pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub wymaga korzystania ze środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ponadto ww. transport jest ograniczony do sytuacji, w których u pacjenta stwierdzono przynajmniej jedno z poniższych schorzeń:

1) chorobę krwi i narządów krwiotwórczych,
2) chorobę nowotworową,
3) chorobę oczu,
4) chorobę przemiany materii,
5) chorobę psychiczną lub zaburzenia zachowania,
6) chorobę skóry lub tkanki podskórnej,
7) chorobę układu krążenia,
8) chorobę układu moczowo-płciowego,
9) chorobę układu nerwowego,
10) chorobę układu oddechowego,
11) chorobę układu ruchu,
12) chorobę układu trawiennego,
13) chorobę układu wydzielania wewnętrznego,
14) chorobę zakaźną lub pasożytniczą,
15) uraz lub zatrucie,
16) wadę rozwojową wrodzoną, zniekształcenia lub aberracje chromosomowe.

W pozostałych przypadkach transport sanitarny jest opłacany w całości przez pacjenta.

Transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej

W podstawowej opiece zdrowotnej pacjentom powinien być zapewniony, z uwagi na wskazania medyczne, przewóz środkiem transportu sanitarnego drogowego (ambulansem) do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym także z powrotem do miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta.

Transport sanitarny obejmuje przewóz pacjenta:
1) z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
2) z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
3) z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;

4) z miejsca zamieszkania (pobytu) celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest pacjent, i z powrotem;
5) z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

Zlecenie na transport sanitarny wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej po dokonaniu oceny stanu zdrowia pacjenta oraz oceny dysfunkcji jego narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego. Przewóz środkami transportu sanitarnego może być dla pacjenta bezpłatny, częściowo odpłatny (40%) lub pełnopłatny. Chory pokrywa koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym a docelowym, wskazanym w zleceniu transportu sanitarnego.

Zlecenie na transport do poradni specjalistycznej, do której nie jest wymagane skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. poradni ginekologicznej, onkologicznej), w tym do lekarza dentysty na pierwszą poradę wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Po objęciu pacjenta w stałe leczenie przez lekarza specjalistę lub lekarza dentystę zlecenia na transport do poradni specjalistycznej (tam i z powrotem) na kolejne konsultacje wydaje lekarz specjalista z poradni specjalistycznej (lub lekarz dentysta).

Tylko lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma możliwość zlecenia, oprócz opisanego powyżej transportu sanitarnego, także **transportu sanitarnego tzw. „dalekiego"**, który obejmuje:

1) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca zamieszkania pacjenta, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru pacjenta, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w momencie uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania;

2) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru pacjenta, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i pacjent wymaga kontynuacji leczenia w kraju, oraz gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do korzystania z transportu sanitarnego;

3) przewóz w celu zapewnienia ciągłości sprawowanej opieki specjalistycznej, realizowany z miejsca zamieszkania pacjenta do najbliższego właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń świadczeniodawcy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi pacjent musi pozostawać pod stałą opieką danego świadczeniodawcy i odległość pomiędzy miejscem zamieszkania pacjenta a tym świadczeniodawcą przekracza łącznie tam i z powrotem 120 km;

4) przewóz w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych, realizowany z miejsca zamieszkania pacjenta do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem tam i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi pacjent musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców, zaś miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej łącznie tam i z powrotem 120 km, a ogólny stan zdrowia pacjenta nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy (podobne zasady dotyczą również świadczeń możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, będących procedurą kwalifikacji wstępnej pacjentów do świadczeń wysokospecjalistycznych).

O wyrażenie zgody na skorzystanie z transportu sanitarnego „dalekiego" przez dyrektora właściwego terytorialnie oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia występuje pacjent lub osoba upoważniona w jego imieniu. Odpowiedni wzór wniosku określa załącznik do obowiązującego Zarządzenia w sprawie określenia

warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Wniosek musi zostać zweryfikowany i potwierdzony przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Do wniosku dołącza się zaświadczenia (sporządzone w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, potwierdzające zasadność przewozu.

3.2.3.6. RECEPTY WYSTAWIANE PRZEZ LEKARZY

Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje pacjentowi na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę uprawniającą do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych.

W każdym przypadku warunkiem koniecznym do wystawienia pacjentowi recept na leki refundowane, w tym także w leczeniu chorób przewlekłych, jest dysponowanie przez lekarza udokumentowanym rozpoznaniem schorzenia – ustalonym samodzielnie lub przez innych lekarzy w związku z prowadzonymi przez nich diagnostyką i leczeniem pacjenta.

Termin realizacji większości recept nie może przekroczyć 30 dni od daty ich wystawienia, a recept na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego (pozajelitowego) nie może przekroczyć 7 dni od daty ich wystawienia. W przypadku produktów z importu docelowego (w wyjątkowych sytuacjach pacjent może uzyskać zgodę na zakup leków niedopuszczonych do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej) termin nie może być dłuższy niż 120 dni. Z kolei recepty, na których przepisywane są preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, są realizowane nie później niż w ciągu 14 dni od daty ich wystawienia. W przypadku importu docelowego należy pamiętać również, aby przedłożyć w aptece prawidłowo wypełnione i potwierdzone zapotrzebowanie na lek, którego termin ważności nie może przekroczyć 60 dni od daty jego zatwierdzenia przez ministra do spraw zdrowia. Recepty na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta ważne są 90 dni od daty ich wystawienia. Należy pamiętać, że w przypadku przepisania na recepcie więcej niż jednego leku, termin realizacji recepty liczony jest indywidualnie dla każdego z nich.

Termin ważności recepty należy liczyć od następnego dnia po dniu, który został uwidoczniony na recepcie, a upływa on w siódmym, trzydziestym, dziewięćdziesiątym lub sto dwudziestym dniu (w zależności od rodzaju przepisanego leku), bez względu na dzień kalendarzowy, w którym ten dzień przypada.

Istnieje możliwość wystawienia dla pacjenta trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania leku, nieprzekraczające łącznie 90 dni, przy określeniu dnia, od którego może nastąpić ich realizacja, a w przypadku recept na środki antykoncepcyjne do sześciu recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania. W związku z tym pacjenci, zwłaszcza chorzy przewlekle, nie muszą w każdym miesiącu rejestrować się do lekarza w celu uzyskania kolejnej recepty. Powyższe zasady służą również temu, aby pacjent nie musiał wykupywać w aptece za jednym razem leków na 90 – dniowy okres stosowania.

Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim wypadku recepta może być przekazana osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

Antybiotyki są finansowane ze środków publicznych we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji refundacyjnych. W Charakterystyce Produktu Leczniczego wymienione są jednostki chorobowe, w których konkretny antybiotyk może być stosowany oraz (opcjonalnie) drobnoustroje, które

je wywołują. Ordynacja przez lekarza refundowanego antybiotyku może mieć charakter empiryczny. Oznacza to, że jest oparta na obrazie klinicznym i danych epidemiologicznych, czyli znajomości rozpowszechnienia najczęstszych patogenów bakteryjnych oraz ich wrażliwości na antybiotyki. Według informacji zawartych w Charakterystykach Produktów Leczniczych podczas doboru leku należy wziąć pod uwagę oficjalne wytyczne dotyczące oporności bakterii oraz prawidłowego stosowania leków przeciwbakteryjnych. Wykonanie antybiogramu w zdecydowanej większości przypadków nie jest warunkiem koniecznym do zaordynowania refundowanego antybiotyku.

3.2.3.7. KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Pacjent, u którego lekarz stwierdził **podejrzenie nowotworu złośliwego**, ma prawo uzyskać kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, uprawniającą do diagnostyki onkologicznej. Jeżeli zaś u pacjenta zostanie stwierdzony nowotwór złośliwy, ma on prawo na podstawie ww. karty do leczenia onkologicznego. Karta może być również wydana pacjentowi przez lekarza udzielającego świadczeń w poradni specjalistycznej lub w szpitalu. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zastępuje skierowania do poradni specjalistycznych i szpitala, a także uprawnia pacjenta do wpisania na odrębną listę oczekujących przeznaczoną dla pacjentów posiadających ww. kartę.

Zobacz:

Art. 32a, 33, art. 33a, art. 40 – 41, art. 56 – 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Art. 38 i art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
Art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
§ 3, § 8, § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich

3.2.4. WYBÓR ŚWIADCZENIODAWCY

Wybór świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)

Każdy pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w tym każda osoba ubezpieczona zdrowotnie) ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w drodze złożenia stosownej **deklaracji wyboru**. Dokonując wyboru ww. świadczeniodawcy, pacjent jednocześnie dokonuje wyboru **konkretnego** lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Nie obowiązuje w tym zakresie rejonizacja. Uprawnionemu pacjentowi przysługuje prawo wyboru tylko jednego świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz wskazania tylko jednego lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent składający deklarację wyboru nie ma obowiązku dokonania wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ u tego samego świadczeniodawcy i nie ma obowiązku zapisywania całej rodziny do tej samej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych. Wyboru lub zmiany wyboru dokonuje się bezpośrednio u świadczeniodawcy w przychodni i nie trzeba tego faktu potwierdzać w oddziale wojewódzkim NFZ.
Przy wypełnieniu deklaracji wyboru, która powinna być dostępna w każdej placówce podstawowej opieki zdrowotnej, **pacjent powinien** otrzymać do wglądu instrukcję. Lekarz, pielęgniarka, położna POZ nie mogą odmówić żadnemu uprawnionemu pacjentowi zapisania się na listę podopiecznych ze względu na wiek, płeć czy stan zdrowia. Jedyne ograniczenia, jakie mogą zaistnieć podczas składania deklaracji, wynikają z limitów podopiecznych przypadających na jedną osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych.

Aktualnie obowiązujące limity podopiecznych:
1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny, lekarz medycyny ogólnej, internista, pediatra) – do 2750 osób;
2. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – do 2750 osób;
3. Położna podstawowej opieki zdrowotnej – do 6600 osób populacji żeńskiej, w tym noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia;
4. Pielęgniarka szkolna – w zależności od typu szkoły do 1100 uczniów.

Kiedy pacjent zgłosi się do lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których złożył deklarację, a którzy nie pracują już w danej przychodni, świadczeniodawca nie może odmówić mu udzielenia pomocy medycznej. Jeżeli pacjent chce nadal korzystać z usług tej przychodni, powinien dokonać ponownego wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ.

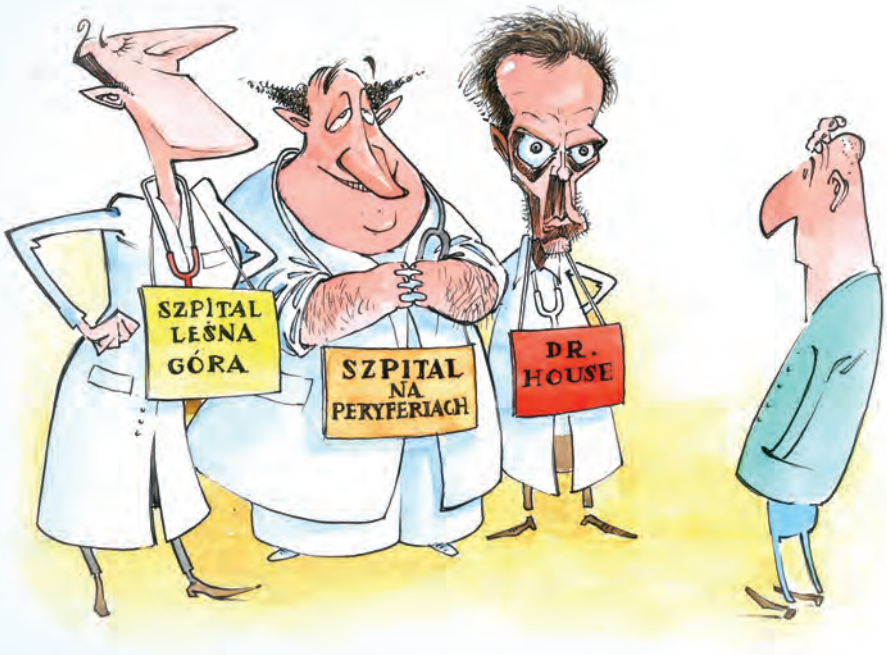
Podczas pobytu poza miejscem zamieszkania, np. na wakacjach czy w delegacji, pacjent ma prawo do skorzystania w miejscu pobytu z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Nie jest wymagane w takiej sytuacji złożenie lub zmiana deklaracji wyboru świadczeniodawcy oraz lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ.

Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru (zmiany) lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie częściej niż trzy razy w roku. W przypadku, gdy pacjent po raz czwarty w danym roku kalendarzowym zmienia lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ, jest zobowiązany do wniesienia na rachunek oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia opłaty w wysokości 80 zł.
Opłaty nie pobiera się w przypadku:
1. zmiany miejsca zamieszkania przez pacjenta;
2. zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej;
3. z powodu innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

Prawa wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie mają jedynie osoby pozbawione wolności, przebywające z aresztach śledczych lub zakładach karnych. Wyjątkowo również prawo wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ może być ograniczone (np. w stosunku do osób pełniących służbę w formacjach uzbrojonych niewchodzących w skład Sił Zbrojnych).

Wybór szpitala i poradni specjalistycznej

Pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru każdego szpitala i poradni specjalistycznej na terenie całego kraju, która posiada zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Prawa wyboru szpitala i poradni specjalistycznej nie mają jedynie osoby pozbawione wolności, przebywające z aresztach śledczych lub zakładach karnych.
Wyjątkowo prawo wyboru szpitala i poradni specjalistycznej może być ograniczone (np. w stosunku do osób pełniących służbę w formacjach uzbrojonych niewchodzących w skład Sił Zbrojnych).



Zasady postępowania przy rejestracji w placówce medycznej

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych powoływanie się na rejonizację jest niedopuszczalne.

   Pacjent nie może zostać odesłany do miejsca swojego zamieszkania w sytuacji, gdy dokonał wyboru świadczeniodawcy na podstawie uzyskanego skierowania do leczenia w rodzaju: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie specjalistyczne), leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, opieki psychiatrycznej, opieki długoterminowej i hospicyjno – paliatywnej.

2. Pracownik rejestracji nie powinien zadawać pacjentowi szczegółowych pytań dotyczących choroby, jej przyczyn i przebiegu.
   Zakres pytań zadanych przez pracownika rejestracji powinien dotyczyć tylko obszaru pozwalającego na dokonanie rejestracji pacjenta (imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, ewentualnie nr telefonu pacjenta w celu potwierdzenia wizyty oraz dane zawarte w skierowaniu, w szczególności kategorię medyczną pacjenta.).
   Poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać kompletną informację o:
   zakresach świadczeń udzielanych w placówce, kolejce oczekujących na świadczenia, godzinach pracy poradni, w których możliwe jest zapisywanie się do lekarzy, wymaganych dokumentach koniecznych przy przyjęciu do lekarza, adresach miejsc wykonywania zleconych badań diagnostycznych, zasadach udostępniania dokumentacji medycznej i innych informacji dotyczących organizacji pracy placówki.

3. Ustalanie przez świadczeniodawcę konkretnego dnia lub wyznaczenie konkretnych godzin zapisów do lekarza jest niezgodne z prawem.
(np. raz na kwartał, „po 1 czerwca", za miesiąc „będą nowe terminy", każdego pierwszego dnia miesiąca)
Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę.

4. Pacjent nie może być zmuszany do osobistego dokonania rejestracji.
Pacjent rejestracji do lekarza może dokonać: osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osoby trzeciej lub drogą elektroniczną. (za wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej).Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek prowadzenia telefonicznej rejestracji pacjentów na dzień kolejny lub termin uzgodniony ze świadczeniobiorcą w sytuacji, gdy ze względu na ilość przyjmowanych pacjentów osoba zgłaszająca potrzebę wizyty u lekarza POZ w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, nie może być przyjęta w dniu zgłoszenia.

5. Pacjent nie może być zmuszony podczas rejestracji do udokumentowania uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uprawnienie pacjenta do skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinno być weryfikowane przez świadczeniodawcę w dniu udzielenia pacjentowi świadczenia, a nie w dniu rejestracji (zapisu) na świadczenie.

6. Pacjent jest zobowiązany dostarczyć świadczeniodawcy w ciągu 14 dni roboczych oryginał wymaganego skierowania w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.
Świadczeniodawca nie może wymagać od pacjenta, aby podczas rejestracji pozostawił skierowanie i uzależniał od tego skuteczność rejestracji. Niemniej w ciągu 14 dni roboczych do dnia rejestracji do poradni specjalistycznej lub szpitala pacjent jest zobowiązany dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

7. Termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza.

   W sytuacji, gdy pacjent jest objęty leczeniem specjalistycznym, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. To lekarz powinien zapewnić ciągłość leczenia, a nie pracownicy rejestracji. Traktowanie tych pacjentów na równi z pacjentami oczekującymi na pierwszą wizytę lekarską zapisanymi na liście oczekujących jest działaniem niezgodnym z zasadami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Żądanie od pacjenta aktualizacji skierowania jest nieuzasadnione.

   Jeżeli pacjent zostanie objęty stałym leczeniem specjalistycznym i ustalane są kolejne terminy wizyt specjalistycznych, kontynuacja leczenia odbywa się na podstawie skierowania, które stanowiło podstawę pierwszorazowej porady specjalistycznej. Dotyczy to kolejnych porad specjalistycznych udzielonych pacjentow, zarówno w danym roku kalendarzowym jak i w dalszym. okresie. Wyjątkiem jest poradnia rehabilitacyjna, do której skierowanie jest ważne przez 12 miesięcy od dnia objęcia opieką lekarską.

9. Świadczeniodawca powinien poinformować pacjenta o ewentualnej zmianie terminu udzielenia świadczenia.

   Ustalenie terminu udzielenia świadczenia stanowi zobowiązanie się świadczeniodawcy do wykonania świadczenia opieki zdrowotnej. Nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczenia stanowi podstawę do nałożenia kary umownej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeżeli wystąpią okoliczności uniemożliwiające

zachowanie uzgodnionego terminu, zwłaszcza leczenia w poradni specjalistycznej lub szpitalu (planowa hospitalizacja), świadczeniodawca musi poinformować pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wykonania świadczenia i jej przyczynie (na przykład telefonicznie, drogą elektroniczną, listownie) oraz wyznaczyć kolejny termin porady specjalistycznej lub hospitalizacji. Powodem przesunięcia terminu udzielenia świadczenia mogą być tylko okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących. Powiadomienie takie musi być skuteczne, tzn. świadczeniodawca powinien otrzymać potwierdzenie, że pacjent został powiadomiony. Dotyczy to również przypadku zmiany terminu na wcześniejszy.

W przypadku nieobecności lekarza w terminie udzielenia świadczenia pacjent powinien zostać poinformowany o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie podczas jego nieobecności. Informacja taka powinna zostać udostępniona w miejscu udzielania świadczeń.

10. Pacjent, gdy nie może stawić się na wizytę w umówionym terminie, jest zobowiązany poinformować o tym świadczeniodawcę, biorąc pod uwagę dobro innych oczekujących na leczenie pacjentów. W wypadku niezgłoszenia się w ustalonym terminie pacjent podlega skreśleniu z listy oczekujących. Jeżeli niestawiennictwo wynikało z siły wyższej, pacjent może w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin złożyć wniosek o przywrócenie na listę oczekujących.

Zobacz:

Art. 20, art. 23a, art. 28 – 31 i art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Art. 115 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy
§ 13 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

3.2.5. OBOWIĄZEK ZACHOWANIA KOLEJNOŚCI DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYNIKAJĄCEJ Z LISTY OCZEKUJĄCYCH

Co do zasady każdemu pacjentowi pomoc medyczna powinna być udzielona w dniu jego zgłoszenia się do placówki ochrony zdrowia. W sytuacji, kiedy nie jest to możliwe z różnych względów (np. ograniczenia finansowe, sprzętowe), konieczne jest istnienie procedury zapewniającej, aby każdy pacjent w sprawiedliwy sposób i we właściwej kolejności, z uwagi na stan zdrowia, uzyskał dostęp do określonej procedury medycznej. W tym celu kolejność dostępu do świadczeń została uregulowana w oparciu o formalnie zorganizowany **system list oczekujących (tzw. kolejki)**.

Sformalizowane listy oczekujących na udzielenie pomocy medycznej nie obowiązują we wszystkich dziedzinach medycyny, ale ograniczone są do dwóch zasadniczych sytuacji. Po pierwsze, listy oczekujących (tzw. kolejki) obowiązują w stosunku do **wszystkich świadczeń udzielanych w szpitalach**. Należy pamiętać, że chodzi w tym przypadku nie tylko o świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego, ale o każdy rodzaj procedury medycznej, która jest wykonywana na oddziale szpitalnym. Mogą to być zatem również przykładowo świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej czy programów lekowych, jeżeli są wykonywane na oddziale szpitalnym.

Po drugie, listy oczekujących obowiązują w stosunku do **wszystkich świadczeń specjalistycznych udzielanych w warunkach ambulatoryjnych**, czyli takich, w przypadku których pacjent nie wymaga hospitalizacji czy też całodziennego pobytu w placówce ochrony zdrowia (np. szpital, chirurgia jednego dnia). Należy pamiętać, że chodzi w tym przypadku nie tylko o świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (np. różnego rodzaju poradnie specjalistyczne), ale o każdy rodzaj procedury medycznej o charakterze specjalistycznym, która jest wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, czyli bez konieczności całodziennego pobytu pacjenta w określonej placówce. Przykładem w tym zakresie mogą być świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej czy też leczenia stomatologicznego.

Z powyższego wynika, że sformalizowane listy oczekujących (tzw. kolejki) nie są prowadzone w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, które nie mają charakteru specjalistycznego, a jednocześnie są udzielane w warunkach ambulatoryjnych. Przede wszystkim dotyczy to świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Przykład: listy oczekujących (tzw. kolejki) nie obowiązują w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli w przypadku świadczeń udzielanych przez lekarzy, pielęgniarki i położne tzw. pierwszego kontaktu; w tych sytuacjach pacjent powinien być co do zasady przyjęty w dniu zgłoszenia się do lekarza (pielęgniarki, położnej) pierwszego kontaktu.

Brak obowiązku prowadzenia sformalizowanych list oczekujących według kryteriów ustawowych nie oznacza jednak całkowitej dowolności w sposobie przyjmowania pacjentów. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może wprowadzić odpowiednią kolejność udzielania świadczeń.

Dobra praktyka: rejestracja do lekarzy pierwszego kontaktu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinna być prowadzona poprzez wyznaczanie pacjentom konkretnych godzin wizyt, a zatem wprowadzenie kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych; rozwiązanie takie pozwoli uniknąć niepotrzebnego przesiadywania przez pacjentów po kilka godzin na korytarzach przed gabinetami lekarskimi.

Ponadto tzw. kolejki nie obowiązują w odniesieniu do tych wszystkich świadczeń, które nie są udzielane w szpitalach i które nie można uznać za świadczenia zdrowotne specjalistyczne udzielane w warunkach ambulatoryjnych.

Przykład: sformalizowane listy oczekujących (tzw. kolejki) nie obowiązują przy zaopatrzeniu pacjenta w leki.

Umieszczenie pacjenta w odpowiednim miejscu na liście oczekujących następuje wyłącznie na podstawie kryteriów medycznych. Są nimi: stan zdrowia pacjenta, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie zdrowotne oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Przy zastosowaniu tychże kryteriów pacjent musi być zakwalifikowany do jednej z dwóch kategorii medycznych: **przypadek pilny** lub **przypadek stabilny**. Stan pacjenta jest określany jako przypadek pilny, „jeżeli 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", w pozostałych przypadkach stan zdrowia pacjenta określany jest jako przypadek stabilny .

Należy wyraźnie **odróżnić od siebie przypadek (stan) nagły od przypadku pilnego**. Przypadek nagły to sytuacja, w której ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pacjent musi uzyskać pomoc medyczną niezwłocznie. W tego typu sytuacjach nie obowiązują żadne listy oczekujących, a świadczenia zdrowotne winny być udzielone pacjentowi natychmiast, bez względu na osoby oczekujące na udzielenie tego samego świadczenia w ramach tzw. kolejki. Z kolei przypadek pilny to sytuacja, w której nie zachodzi konieczność natychmiastowego udzielenia pomocy pacjentowi (a zatem nie znajduje się on w stanie nagłym), niemniej jednak ze względu na stan zdrowia odpowiednia pomoc medyczna winna być mu udzielona w sposób pilny, a zatem jak najszybciej będzie to tylko możliwe, w tym przed innymi osobami już oczekującymi w kolejce na to samo świadczenie zdrowotne, zakwalifikowanymi jako przypadek stabilny.

Kategoria medyczna nadana pacjentowi ma kluczowe znaczenie dla jego miejsca na liście oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, czyli w tzw. kolejce. Świadczeniodawca prowadzi listę osób oczekujących co do zasady w stosunku do określonego zakresu świadczeń, na której **umieszcza zawsze według kolejności zgłoszeń** zarówno osoby zaliczone do kategorii medycznej przypadek pilny, jak i przypadek stabilny. Niemniej jednak **osoby w kategorii medycznej przypadek pilny są zawsze umieszczane w kolejce przed osobami zaliczonymi do kategorii przypadek stabilny**.

Każdy pacjent korzystający ze świadczeń w szpitalu lub świadczeń specjalistycznych w warunkach ambulatoryjnych powinien najpierw zostać zakwalifikowany do odpowiedniej ze względu na jego stan zdrowia kategorii medycznej. Kwalifikacji tej najczęściej dokonuje się podczas wypisywania skierowania – czy to do szpitala, czy to do poradni specjalistycznej. Brak jakiejkolwiek adnotacji na skierowaniu oznacza, że pacjenta należy uznawać za przypadek stabilny. Zakwalifikowanie pacjenta przez lekarza jako przypadek pilny wymaga zamieszczenia jednoznacznej informacji w tym zakresie na skierowaniu (np. pilny, „cito"), potwierdzonej odrębnie podpisem i pieczątką lekarza.

Dobra praktyka: zakwalifikowanie pacjenta jako przypadek pilny powinno być odzwierciedlone w odpowiedni sposób na skierowaniu w widocznym miejscu, tak aby pacjent bez żadnych problemów podczas rejestracji mógł odszukać i przekazać informację w tym zakresie.

W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach pacjent powinien zostać zakwalifikowany jako przypadek pilny lub przypadek stabilny przez lekarza kierującego. Niemniej lekarz pracujący w szpitalu ma zawsze obowiązek przed wpisaniem pacjenta na odpowiednie miejsce w kolejce oczekujących zweryfikować poprawność kwalifikacji pacjenta dokonaną przez lekarza kierującego albo potwierdzając jej właściwość, albo ją odpowiednio zmieniając (z kategorii stabilnej na pilną lub odwrotnie).

W przypadku świadczeń zdrowotnych o charakterze specjalistycznym udzielanych w warunkach ambulatoryjnych (poradniach specjalistycznych) pacjent również powinien zostać zakwalifikowany jako

przypadek pilny lub przypadek stabilny przez lekarza kierującego. Lekarz specjalista ma obowiązek wziąć pod uwagę tę kwalifikację przy umieszczeniu pacjenta na liście oczekujących, co oznacza, że może on uznać kwalifikację dokonaną przez lekarza kierującego od razu za wiążącą lub też dokonać własnej kwalifikacji.

Należy ponadto pamiętać, że istnieje grupa pacjentów, którzy są uprawnieni do uzyskania świadczeń zdrowotnych w innym terminie niż ewentualnie wynikający z listy oczekujących.

Po pierwsze, pacjent może wymagać udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego **w ściśle określonym terminie, z uwagi na realizację określonego etapu w ramach planu leczenia**. Wówczas świadczenie zdrowotne winno być mu udzielone właśnie w terminie wynikającym z realizowanego planu leczenia, zaś pacjenta takiego nie umieszcza się na żadnej liście oczekujących.

Przykład: jeżeli pacjentowi w szpitalnym oddziale ratunkowym został założony gips na nogę z zaleceniem zdjęcia go za dwa tygodnie w poradni chirurgicznej, to pacjent musi być przyjęty w wybranej przez siebie poradni chirurgicznej za dwa tygodnie, bez względu na ewentualne osoby oczekujące w kolejce do tej poradni chirurgicznej; obowiązek obsłużenia takiego pacjenta nie powinien jednak zaburzać ustalonej wcześniej kolejności udzielania świadczeń w danym dniu w tej poradni.

Po drugie, istnieje grupa pacjentów, która jest uprawniona do uzyskania świadczeń zdrowotnych **„poza kolejnością"**. Należą do nich: pacjent posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu", inwalida wojenny i wojskowy, kombatant, uprawniony żołnierz lub pracownik w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, a także w pewnym zakresie weteran poszkodowany. Osoby te powinny mieć udzielone świadczenia zdrowotne w dniu zgłoszenia się do jednostki ochrony zdrowia, niemniej nie powinno to zaburzać ustalonej już wcześniej w danej placówce kolejności udzielania świadczeń w danym dniu. W przypadku gdy udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza uprawnionemu pacjentowi inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia się przez pacjenta.

Dobra praktyka: w dokumentacji medycznej osób o nabytych na stałe uprawnieniach do uzyskania świadczeń zdrowotnych poza kolejnością, jak również innych szczególnych uprawnieniach, warto odnotować stosowną informację przy pierwszej wizycie pacjenta i okazaniu przez niego dokumentu potwierdzającego szczególne uprawnienia. Praktyka ta wyeliminuje konieczność każdorazowego przedstawiania przez pacjenta ww. dokumentu, co uprości proces rejestracji i ograniczy występowanie sytuacji konfliktowych.

Po trzecie, pacjenci posiadający kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego umieszczani są na odrębnej liście oczekujących, w ramach której nie stosuje się podziału na przypadki pilne i stabilne. Po czwarte, na liście oczekujących nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

Pacjent, po zgłoszeniu się do jednostki udzielającej świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jeżeli tylko nie może być przyjęty w tym samym dniu, powinien być wpisany na listę oczekujących zgodnie z kolejnością zgłoszenia i kategorią medyczną, którą posiada (przypadek pilny, przypadek stabilny). Świadczeniodawca jest zobowiązany wpisać pacjenta na odpowiednie miejsce w kolejce, **informując go na piśmie o planowanym terminie** udzielenia świadczenia. Nie jest dopuszczalne wpisanie pacjenta na listę oczekujących bez przekazania mu informacji na temat przewidywanego terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Umieszczenie pacjenta na liście oczekujących powinno nastąpić w dniu jego zgłoszenia się do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Niedopuszczalne jest ustalanie określonych dni, w których pacjenci będą zapisywani na listy oczekujących.

Dobra praktyka: z uwagi na konieczność zachowania odpowiedniej kolejności wynikającej z list oczekujących pacjentowi powinna być przekazana informacja na temat dokładnego dnia i godziny, o której powinien stawić się w placówce ochrony zdrowia. Świadczeniodawca nie powinien ustalać terminu o tej samej godzinie dla kilku pacjentów ani co do zasady wyznaczać przedziału czasowego, w szczególności kilkugodzinnego, w trakcie którego pacjent zostanie obsłużony.

Pacjent może dokonać zgłoszenia na listę oczekujących u wybranego świadczeniodawcy w każdy sposób umożliwiający rejestrację – zarówno osobiście, jak i telefonicznie, za pośrednictwem osoby trzeciej lub internetu. Każdy świadczeniodawca jest zobowiązany umożliwić pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną oraz monitorowanie statusu na liście oczekujących. Wszystkie dane niezbędne do umieszczenia pacjenta na liście oczekujących świadczeniodawca może uzyskać za pomocą każdej z ww. dróg. Nie jest dopuszczalne zobowiązywanie pacjenta do zgłoszenia się do placówki medycznej, jeżeli rejestracja nie została dokonana osobiście, celem dokończenia procesu rejestracji. Niemniej pacjent jest zobowiązany w ciągu 14 dni roboczych od dnia rejestracji do poradni specjalistycznej lub szpitala dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

Pacjent może być wpisany wyłącznie na jedną listę oczekujących na udzielenie tego samego świadczenia zdrowotnego. Niedopuszczalne jest dokonanie przez pacjenta rejestracji na kilka list oczekujących w różnych placówkach medycznych.

W przypadku niektórych świadczeń opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi **spersonalizowane listy oczekujących**. Zawierają one informację o wszystkich osobach oczekujących na wybrane procedury medyczne w skali całego kraju, pozwalając na ich jednoznaczną identyfikację poprzez numer PESEL. Listy spersonalizowane prowadzone są w odniesieniu do wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), endoprotezoplastyka stawu biodrowego, rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, endoprotezoplastyka stawu kolanowego, rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego. Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o przygotowywane na bieżąco raporty, ustala pacjentów, którzy wpisali się na kilka list oczekujących na udzielenie ww. świadczeń. Do każdej osoby kierowane jest pismo z prośbą o wybór jednego terminu udzielenia świadczenia (i tym samym świadczeniodawcy). Pacjenci, którzy nie dokonają wyboru terminu, pozostają tylko na tej liście oczekujących, na którą wpisali się najpóźniej, zostając wykreśleni z pozostałych list.

Ponadto minister zdrowia może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których listy oczekujących, ze względu na znacznie utrudnioną dostępność, są prowadzone w specjalnej aplikacji udostępnionej przez NFZ. W trakcie oczekiwania przez pacjenta na planowany termin udzielenia świadczenia zdrowotnego może okazać się, że z pewnych względów nie będzie możliwe jego dotrzymanie. W trakcie oczekiwania przez pacjenta na planowany termin udzielenia świadczenia zdrowotnego może okazać się, że z pewnych względów nie będzie możliwe jego dotrzymanie.

Przykład: ze względu na potrzebę przyjęcia pacjentów w stanie nagłym czy też konieczność udzielenia świadczeń pacjentom w kategorii medycznej przypadek pilny okres oczekiwania na zabieg może ulec wydłużeniu; ze względu na rezygnację z uzyskania świadczenia przez osoby znajdujące się w kolejce czas oczekiwania może ulec skróceniu.

W takiej sytuacji świadczeniodawca jest zobowiązany w każdy dostępny mu sposób (na przykład listownie,elefonicznie, mailowo) poinformować pacjenta o zmianie terminu udzielenia świadczenia. Pacjent musi uzyskać uzasadnienie zmiany terminu oraz informację na temat nowego terminu.

Jeżeli pacjent nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie przez niego wskazanym, jest on zobowiązany do poinformowania go o tym fakcie w każdy możliwy sposób (osobiście, telefonicznie, mailowo, za pośrednictwem osoby trzeciej). Informacja ta powinna stanowić podstawę do odpowiedniego przesunięcia

terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego. W sytuacji kiedy pacjent nie poinformuje świadczeniodawcę o braku możliwość stawienia się w wyznaczonym terminie i nie zgłosi się na ustalony termin wizyty, podlega on skreśleniu z listy oczekujących. Jeżeli jednak niezgłoszenie się do świadczeniodawcy nastąpiło z powodu siły wyższej, pacjent może złożyć wniosek o przywrócenie na listę oczekujących, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony przez świadczeniodawcę termin.

W trakcie oczekiwania przez pacjenta na planowany termin udzielenia świadczenia zdrowotnego może również dojść do zmiany jego stanu zdrowia, która to zmiana będzie uzasadniała udzielenie pomocy medycznej we wcześniejszym terminie niż pierwotnie wyznaczony. W takiej sytuacji pacjent jest zobowiązany zgłosić się do szpitala lub poradni specjalistycznej, gdzie oczekuje na leczenie i poinformować o zmianie swojego stanu zdrowia, zaś świadczeniodawca – jeżeli wynika to z kryteriów medycznych – koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia.

Ze względu na to, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane są przez świadczeniodawców z NFZ-em zasadniczo na czas określony, a nadto istnieje możliwość zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania działalności leczniczej, może zaistnieć sytuacja, w której pacjent wpisany na listę oczekujących nie będzie mógł uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy we wskazanym terminie ze względu na wcześniejsze zakończenie wykonywania przez tego świadczeniodawcę umowy z NFZ-em. W takiej sytuacji pacjent może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę, zaś jego kolejność na tejże liście oczekujących powinna być ustalona z uwzględnieniem daty pierwotnego zgłoszenia się do świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy z NFZ-em. W tym celu pacjent powinien otrzymać bezpłatnie od świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy z NFZ-em, zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się oraz oryginał skierowania.

Informacje na temat liczby oczekujących na udzielenie konkretnego świadczenia zdrowotnego i średnim czasie oczekiwania, w podziale na przypadki pilne i stabilne, są publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie internetowej www.kolejki.nfz.gov.pl. Każdy pacjent może zapoznać się z liczbą osób oczekujących na udzielenie konkretnego świadczenia zdrowotnego w różnych placówkach i wybrać dla siebie placówkę, w której kolejka jest najkrótsza. Pacjent może również uzyskać informację w powyższym zakresie telefonicznie w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zobacz:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
Art. 20.
1. 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.

1a. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

1b. Zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę.

2a. Świadczeniobiorca jest obowiązany dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. Do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania

stosuje się przepisy art. 165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 101, z późn. zm.).

7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.

8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.

9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.

10. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

10a. W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

10b. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10e. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

10f. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących przepis ust. 10b stosuje się odpowiednio.

12. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, zwaną dalej „diagnostyką onkologiczną", lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanym dalej „leczeniem onkologicznym", świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Do listy tej nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie ust. 11.

Zobacz także

Art. 20–24c, art 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
§ 1 – 4 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

3.3. ZASADY OBOWIĄZUJĄCE PRZY UDZIELANIU WYBRANYCH RODZAJÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

3.3.1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)

Opieka sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych w przychodni / ośrodku zdrowia codziennie od poniedziałku do piątku **w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00**. Po godzinie 18.00 w dni powszednie oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy pacjenci mają zagwarantowane świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W przeważających przypadkach pacjent przyjmowany jest **w dniu zgłoszenia** (w stanach nagłych, schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach porada udzielana jest w dniu zgłoszenia). zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

Jednak:

- w chorobach przewlekłych – jeśli pacjent nie skarży się na gorsze samopoczucie,
- przy kontynuacji leczenia,
- gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem nie wynika z konieczności uzyskania pomocy medycznej, porady mogą być udzielane w innym, uzgodnionym między świadczeniodawcą a pacjentem, terminie.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej decyduje o diagnostyce, sposobach leczenia, kierowaniu pacjentów do poradni specjalistycznych, a także o skierowaniu na leczenie szpitalne. Po wydaniu skierowania na leczenia szpitalne lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może na „żądanie" szpitala wydać zaświadczenie zawierające między innymi dane dotyczące aktualnego stanu zdrowia pacjenta, ale nie o braku przeciwskazań do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego u pacjenta. Wydając zaświadczenie lekarz POZ opiera się na informacjach uzyskanych poprzez wywiad lekarski, przeprowadzone badanie fizykalne oraz analizę posiadanej dokumentacji medycznej pacjenta.

Ustalenie zakresu badań, które potwierdzają rozpoznanie wstępne, jakie powinny być dołączone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do skierowania na leczenie specjalistyczne bądź szpitalne powinno być ustalone dla każdego pacjenta „zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną", a więc jedynie przez lekarza kierującego. Nieprawidłowością jest z jednej strony przekazywanie pacjentowi skierowania bez dołączenia wyników badań, nieprawidłowością jest z drugiej strony określanie przez poradnie specjalistyczne zestawu badań, warunkujących przyjęcie pacjenta na pierwszą konsultację. Pacjenci zgłaszają się do poradni z różnymi jednostkami chorobowymi, mogą więc potrzebować różnych badań potwierdzających diagnozę.

O kierowaniu pacjenta przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na badania bezpłatne powinny decydować tylko względy medyczne. Lekarz POZ nie jest zobligowany do wypisania skierowań na badania na żądanie pacjenta, jeżeli ich wykonanie nie ma medycznego uzasadnienia. Należy jednak pamiętać, że ciągłe lub okresowe pozostawanie pacjenta w opiece specjalistycznej ze względu na przewlekłą, trwającą czasem do końca życia chorobę nie zwalania lekarza pierwszego kontaktu z wykonywania badań, których rodzaj i zakres są w jego kompetencji. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien wystawić skierowanie na badania i wskazać pacjentowi miejsce, gdzie powinien się udać, by uzyskać je bezpłatnie. Praktyka polegająca na tym, że lekarz POZ zaleca wykonanie określonych badań, a jednocześnie nie wystawia na nie skierowania, narusza ustawowe uprawnienie pacjenta do zapewnienia mu badań diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych, w tym badań laboratoryjnych.

Jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie chce wystawić skierowania na badanie, które zaleca jako niezbędne w trakcie leczenia, pacjent może zażądać pisemnego oświadczenia w tej sprawie. Jeżeli lekarz

wystawi skierowanie na badania, to musi wskazać miejsce, gdzie pacjent może te badania wykonać bezpłatnie. Jeżeli dana placówka nie dysponuje odpowiednią pracownią (analityczną, diagnostyczną) do wykonania zaleconego badania, wówczas lekarz powinien wskazać pacjentowi inną placówkę (pracownię), w której może te badania wykonać bezpłatnie, na podstawie zawartej przez lekarza kierującego umowy na wykonanie takiego badania. Jeżeli pacjent skorzysta z dowolnie wybranego przez siebie laboratorium, pracowni diagnostycznej – zapłaci za zalecone badania z własnych środków.

Niedopuszczalne są sytuacje, w których lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje pacjentowi skierowanie na badanie diagnostyczne, zaś w pracowni diagnostycznej pacjent jest wpisywany na listę oczekujących na badanie i informowany o odległym terminie jego wykonania (na przykład usg brzucha za trzy miesiące). Taka sytuacja świadczy o niewłaściwej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Skierowania na tzw. badania kosztochłonne (ASDK) mogą wystawiać tylko lekarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz psychiatrii i leczenia uzależnień. Wyjątkiem są badania endoskopowe przewodu pokarmowego (gastroskopia, kolonoskopia), na które mogą kierować lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Badania kosztochłonne to badania wysokospecjalistyczne (na przykład tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) i powinny być wykonywane po wykorzystaniu innych procedur diagnostycznych będących w kompetencji lekarza POZ.

W czasie leczenia pacjenta w szpitalu lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może wystawiać zleceń na wyroby medyczne, w tym na pieluchomajtki. Wszystkie świadczenia rzeczowe i towarzyszące powinien zapewnić pacjentowi szpital. Lekarz POZ nie może także ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji.

Do kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej należy także wnioskowanie o leczenie uzdrowiskowe, niektóre przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Ponadto realizuje zadania z obszaru profilaktyki i promocji zdrowia, jest odpowiedzialny za wykonywanie szczepień ochronnych, w tym także szczepień u dzieci i młodzieży szkolnej oraz przeprowadzanie profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może również wydawać bezpłatnie orzeczenia i zaświadczenia lekarskie na życzenie pacjenta, jeżeli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może ordynować pacjentowi na podstawie recept leki refundowane, jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi. Uzasadnienie i udokumentowanie uprawnień pacjenta do korzystania z refundacji lekowej musi znajdować odzwierciedlenie w prowadzonej przez lekarza dokumentacji medycznej. W związku z powyższym należy pamiętać, że lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący pacjenta w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy oraz w każdym przypadku zmiany leczenia, informowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Lekarz POZ może kontynuować leczenie farmakologiczne pacjenta zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada taką pisemną informację od lekarza specjalisty.

Z powyższego wynika, że w sytuacji pacjenta chorego przewlekle wypisywanie recept na leki refundowane związane z chorobą przewlekłą jest możliwe tylko wtedy, kiedy lekarz posiada pełną informację uzasadniającą ordynowanie takich leków. Za taką informację należy również uznać udokumentowany proces diagnozowania i leczenia (w tym również farmakoterapii), prowadzony samodzielnie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Przepisy nie ograniczają kompetencji zawodowych i autonomii decyzji lekarzy POZ, w tym także

w odniesieniu do diagnozowania i leczenia chorób przewlekłych. Dysponowanie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wydaną przez lekarza specjalistę informacją o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, nie wyklucza możliwości samodzielnego zweryfikowania przez lekarza POZ zasadności zaordynowania leków, o których wypisanie pacjent zwrócił się do niego, jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej samodzielnie (bez konsultacji z lekarzem specjalistą) zdiagnozuje u pacjenta chorobę przewlekłą.

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta w procesie interdyscyplinarnego procesu leczenia (czyli leczenia przez specjalistów oraz koordynowania jego trybu przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) ze szczególnym uwzględnieniem wzajemnego monitorowania ordynacji leków, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej winien posiadać informację na temat prowadzonego procesu terapeutyczno-diagnostycznego także od lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Biorąc pod uwagę powszechność obowiązywania przepisów prawa dotyczących zasad wykonywania zawodu lekarza, zasad dokumentowania udzielanych świadczeń oraz praw pacjenta nie można kwestionować wartości merytorycznych odpowiednio autoryzowanych zaświadczeń i informacji dotyczących ustalonego rozpoznania, wykonanych badań, zastosowanego leczenia oraz zaleceń do dalszego postępowania wydanych pacjentowi dla jego celów przez lekarza specjalistę udzielającego świadczeń zgodnych z posiadaną specjalizacją w placówce, która nie realizuje świadczeń na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, przedłożonych przez pacjenta lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego (celem zapoznania się z ich treścią. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego powinien przyjąć taką informację uzyskaną od pacjenta i włączyć ją do dokumentacji medycznej pacjenta oraz ewentualnie wykorzystać w realizowanym przez siebie procesie leczenia.

Dobra praktyka: wyjeżdżając poza swoje miejsce zamieszkania pacjent powinien zabrać ze sobą niezbędną dokumentację medyczną (np. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, informacje i zaświadczenia lekarskie o zażywanych lekach w chorobach przewlekłych, wyniki badań lekarskich, badań diagnostycznych), która umożliwi właściwe ordynowanie leków (wystawienie recept) lekarzowi, który nie sprawuje bieżącej opieki nad pacjentem. Dotyczy to zarówno sytuacji, gdy skończą się pacjentowi leki stale zażywane w chorobach przewlekłych, jak również pomocy medycznej w stanach nagłych, udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego lub szpitalny oddział ratunkowy.

Opieka sprawowana przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej

Pacjent ma prawo do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej codziennie **od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00** w pełnym zakresie, natomiast w dni powszednie po godz. 18.00 oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej – w zakresie zapewniającym kontynuację niezbędnych świadczeń wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji. Pielęgniarka POZ realizuje świadczenia na podstawie zleceń od wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego (pracujących w ramach umowy z NFZ). Położna podstawowej opieki zdrowotnej realizuje świadczenia zdrowotne w gabinecie, jak i w domu pacjenta z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczej i ginekologicznej oraz zapewnia ciągłość świadczeń profilaktycznych, pielęgnacyjnych i leczniczych, **od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00.**

W schorzeniach ostrych i nagłych pomoc medyczna ze strony pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej winna nastąpić **w dniu zgłoszenia,** w schorzeniach przewlekłych pielęgniarka lub położna uzgadnia termin wizyty z pacjentem.

Obszar działalności pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej to m.in.:

- realizacja zleceń lekarskich w gabinecie oraz w miejscu zamieszkania / pobytu pacjenta;
- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych podopiecznych;
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych;
- planowanie i realizowanie opieki pielęgnacyjnej;
- udzielanie pielęgniarskich świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych samodzielnie;
- edukacja zdrowotna, profilaktyka chorób i promocja zdrowia.

Pacjentowi przysługują również zaświadczenia wystawione przez położną podstawowej opieki zdrowotnej, wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Opieka sprawowana przez pielęgniarkę szkolną

Pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna sprawują opieką profilaktyczną nad uczniami szkoły od klasy „0" (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu odpowiednim do liczby uczniów i typu szkoły, z uwzględnieniem planu godzin lekcyjnych, zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy.

Świadczenia są realizowane w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, a w sytuacji, gdy na terenie szkoły nie ma takiego gabinetu – w przychodni / ośrodku zdrowia.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana przez pielęgniarkę, higienistkę szkolną lub położną obejmuje w szczególności:

- wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych;
- kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;

- czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
- sprawowanie, odpowiednio do typu szkoły, czynnej opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością, w tym realizacja, wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście pacjentów znajduje się uczeń, zabiegów i procedur medycznych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruć;
- prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) grupowej profilaktyki fluorkowej;
- udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej;
- doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

Zobacz:

Załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarz, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej
Załącznik nr 1, 2, 3 i 4 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
§ 12 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

3.3.2. LECZENIE SZPITALNE

Każda osoba uprawniona do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo do leczenia szpitalnego w każdym szpitalu w Rzeczypospolitej Polskiej, który podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Skierowanie do szpitala może wystawić każdy lekarz, w tym lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista działający na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także lekarz przyjmujący w gabinecie prywatnym, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Do skierowania lekarz kierujący (rodzinny, specjalista) dołącza wyniki badań, które uzasadniają wstępne rozpoznanie i skierowanie pacjenta na leczenie szpitalne. Bez skierowania szpital udzieli świadczeń w stanach nagłych, czyli sytuacjach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, oraz w razie porodu, a także osobom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Leczenie szpitalne realizowane jest albo w formie **hospitalizacji**, czyli całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trybie planowym lub nagłym, obejmującego proces diagnostyczno – terapeutyczny oraz pielęgnowania i rehabilitacji, albo w formie **leczenia jednego dnia**, czyli udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpital udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji albo leczenia jednego dnia zobowiązany jest do zapewnienia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń towarzyszących (związane z hospitalizacją wyżywienie i zakwaterowanie, transport sanitarny). Ponadto – w ramach hospitalizacji – szpital zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską (położnych) we wszystkie dni tygodnia.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje, w tym m.in. kwalifikację anestezjologiczną i określenie grupy krwi pacjenta. Badania niezbędne do hospitalizacji pacjenta a zwłaszcza wykonania zabiegu operacyjnego (w tym badania zawarte w wykazie badań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a nie związane z potwierdzeniem rozpoznania wstępnego) powinny być wykonane przez szpital przyjmujący pacjenta. Pacjent nie może być odsyłany ze szpitala do lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty w celu wykonania dodatkowych badań. Powyższe badania szpital jest zobowiązany wykonać we własnym zakresie.

Dobra praktyka: Byłam pacjentką oddziału laryngologii (...). Jakież było moje zdziwienie, gdy w rejestracji szpitala otrzymałam „Kartę praw pacjenta", „Obowiązki pacjenta" oraz „Przewodnik dla pacjenta", a także informację „Ból po Pana/Pani zabiegu chirurgicznym. Co Pan/Pani powinien/powinna wiedzieć?". Wciągu ostatnich lat byłam kilkukrotnie hospitalizowana, lecz nigdy nie spotkałam się z taką informacją dla pacjenta. Podczas badań przed zabiegiem za każdym razem pytano mnie, czy mogą mnie zbadać studenci. Zostałam szczegółowo poinformowana na czym polega mój zabieg. Lekarze wytłumaczyli mi i innym pacjentom, jakie lekarstwa będziemy dostawali i „na co są". Pozostaję pod wrażeniem tego, jak na tym oddziale są przestrzegane prawa pacjenta

Ponadto szpital ponosi koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie leczenia szpitalnego. Pacjent nie może również ponosić kosztów transportu sanitarnego wynikającego z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w innym szpitalu lub poradni specjalistycznej oraz konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym.

W sytuacji, gdy lekarz w szpitalu zażąda opłaty za badania, leki, środki opatrunkowe i sprzęt medyczny niezbędny do leczenia, będzie to bezpodstawne i bezprawne. Niedopuszczalne jest również wypisywanie recept i zmuszanie pacjentów do wykupienia leków koniecznych do prowadzenia leczenia w szpitalu. W takim wypadku należy zażądać rachunków za „dodatkowe'' wydatki (z wyraźnym zapisem, kto wystawia rachunek i za co) oraz skontaktować się z Rzecznikiem Praw Pacjenta lub Narodowym Funduszem Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje usług dodatkowych, świadczonych w szpitalach, takich jak: indywidualny dyżur pielęgniarki czy telewizor w pokoju. Odpłatny może być również całodobowy pobyt opiekuna dziecka (tzw. koszty hotelowe), które jest leczone na oddziale szpitalnym.

W placówkach, które posiadają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe mogą być realizowane **świadczenia w ramach programów lekowych**. Programy lekowe stworzone zostały z myślą o chorych, u których zazwyczaj leczenie standardowo stosowanymi lekami nie przyniosło spodziewanych efektów terapeutycznych. W ramach programów lekowych finansowane jest leczenie wybranych jednostek chorobowych określonymi substancjami leczniczymi.

W placówkach, które posiadają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne – program chemioterapii niestandardowej mogą być realizowane **świadczenia w ramach programów chemioterapii niestandardowej.** Chemioterapia jest to metoda leczenia nowotworów złośliwych za pomocą leków cytostatycznych. Są to substancje działające toksycznie na komórki nowotworowe. Świadczenie „chemioterapia niestandardowa" jest procedurą podania leku w terapii nowotworów realizowaną z wykorzystaniem substancji, które nie znajdują się w wykazie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów określonym w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych.

Po zakończeniu leczenia szpitalnego pacjent powinien otrzymać kartę informacyjną. Ponadto, w razie zaistnienia takiej potrzeby, pacjentowi należy również wydać: skierowania na świadczenia zlecone w karcie informacyjnej, recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej, a także zlecenia na transport sanitarny.

Zobacz:

Art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
§ 2, § 3, § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
§ 12 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

3.3.3. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (PORADNIE SPECJALISTYCZNE)

Co do zasady pacjent może skorzystać z porady lekarza specjalisty sfinansowanej ze środków publicznych wyłącznie na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej / lekarza rodzinnego lub innego lekarza specjalisty z poradni, która udziela świadczeń na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Skierowanie nie jest potrzebne w wypadku, gdy pacjent znajduje się w stanie nagłym, a także gdy pacjent chce się udać do:

- ginekologa i położnika,
- dentysty,
- onkologa,
- psychiatry,
- wenerologa.

Ponadto skierowanie do specjalisty nie jest wymagane:
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego,
- gdy pacjent jest inwalidą wojennym i wojskowym, osobą represjonowaną, kombatantem lub cywilną niewidomą ofiarą działań wojennych,
- gdy pacjent jest uprawnionym żołnierzem lub pracownikiem albo weteranem poszkodowanym w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju;
- dla osób posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Skierowaniem do lekarza specjalisty nie jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Jeżeli istnieje potrzeba kontynuowania przez pacjenta leczenia w poradni specjalistycznej, powinien on – poza ww. dokumentami – otrzymać w szpitalu także odpowiednie skierowanie.

Przykład: pacjentowi, któremu w szpitalnym oddziale ratunkowym założono opatrunek gipsowy z zaleceniem zdjęcia go w poradni chirurgicznej za dwa tygodnie, należy wydać – poza kartą informacyjną – także skierowanie do odpowiedniej poradni specjalistycznej.

Porada specjalistyczna to wydanie przez specjalistę opinii o stanie zdrowia pacjenta oraz wskazanie dalszego toku leczenia na podstawie wykonanych badań diagnostycznych. Podczas pierwszej wizyty specjalista decyduje o tym, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też konieczne jest objęcie leczeniem stałym.

Jeśli wystarczy jednorazowa konsultacja, specjalista odsyła pacjenta z powrotem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który będzie kontynuował leczenie. Jeżeli jednak w trakcie pierwszej porady okaże się, że trzeba kontynuować leczenie u specjalisty, nie ma potrzeby uzyskania ponownego skierowania. Od tej pory specjalista wyznacza terminy kolejnych wizyt kontrolnych, decyduje o niezbędnych badaniach, lekach i zabiegach. W wypadku, gdy pacjent objęty jest leczeniem specjalistycznym i wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista. Badania należy wykonywać w placówkach wskazanych przez lekarza kierującego.

Każdy lekarz specjalista obowiązany jest do pisemnego poinformowania lekarza kierującego lub podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach i ich stosowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Otrzymane od lekarza specjalisty zaświadczenie pacjent powinien przekazać lekarzowi kierującemu lub podstawowej opieki zdrowotnej, do którego jest zadeklarowany. Wydanie przedmiotowej informacji przez lekarza specjalistę nie stanowi samodzielnego

świadczenia opieki zdrowotnej i powinno zostać zrealizowane w ramach udzielanej porady lekarskiej, w dacie tej porady. W sytuacji, gdy pacjent nie uzyskał wyżej wymienionej informacji w dacie udzielanego świadczenia, lekarz poradni specjalistycznej powinien zapewnić jej wydanie poza kolejnością w możliwie najbliższym, uzgodnionym z pacjentem terminie. Realizacja przez lekarza specjalistę obowiązku wydawania informacji na temat procesu leczenia pacjenta nie zależy od faktu zwrócenia się przez pacjenta do lekarza specjalisty o jej uzyskanie dla lekarza kierującego lub lekarza POZ.

Warto zwrócić uwagę **na komunikat Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 27 stycznia 2010 r.:**

Zwracam się do wszystkich pacjentów, którzy spotkają się utrudnieniami w uzyskaniu rejestracji do lekarzy specjalistów. Zgodnie z § 13 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Na wizytę świadczeniobiorca ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy rejestracji. Ustalenie przez świadczeniodawcę dni do zapisywania się jest niezgodne z prawem między innymi stanowi praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. Zgodnie z art. 68 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku uznania praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 500.000 złotych w przypadku nie podjęcia działań określonych w decyzji. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przedmiotowe zgłoszenia przyjmuje pod numerem bezpłatnej infolinii 0-800-190-590 oraz drogą elektroniczną sekretariat@bpp.gov.pl.

Dobra praktyka: jeżeli wskazany pacjentowi termin wizyty w poradni specjalistycznej jest odległy, pacjent powinien uzyskać informację o możliwości skorzystania z porady specjalisty w innych placówkach mających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. W miarę możliwości pacjent powinien uzyskać adres miejsca udzielania świadczeń w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, gdzie kolejka do danego specjalisty jest krótsza.

W sytuacji, gdy pacjent jest objęty leczeniem specjalistycznym, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. To lekarz powinien zapewnić ciągłość leczenia, a nie pracownicy rejestracji. Traktowanie takich pacjentów na równi z pacjentami oczekującymi na pierwszą wizytę lekarską, zapisanymi na liście oczekujących, jest działaniem niezgodnym z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjentów kontynuujących leczenie nie umieszcza się bowiem na liście oczekujących.

Realizacja kolejnej wizyty u specjalisty odbywa się zawsze na podstawie skierowania, które stanowiło podstawę pierwszorazowej porady specjalistycznej. Dotyczy to także wszystkich kolejnych porad specjalistycznych udzielonych pacjentowi zarówno w danym roku kalendarzowym, jak i w dalszym okresie. Nie ma zatem potrzeby aktualizowania skierowania.

Zobacz:

Art. 20 i 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
§ 12 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
§ 5 – 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

3.3.4. REHABILITACJA LECZNICZA

Rehabilitacja lecznicza to kompleksowe postępowanie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym, czyli poprawę jakości życia. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej na zabiegi fizjoterapeutyczne może zostać wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej realizowane są w ramach:
- rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej;
- rehabilitacji ogólnoustrojowej, kardiologicznej, pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii i dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego na oddziałach dziennych, rehabilitacja słuchu i mowy, rehabilitacja wzroku;
- rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, kardiologicznej i pulmonologicznej na oddziałach stacjonarnych.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku dysfunkcji narządu ruchu wywołanej wadami postawy – lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji z poradni rehabilitacji leczniczej lub poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w tym poradni wad postawy).

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje do pięciu zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.

Rehabilitacja w warunkach domowych

Przeznaczona jest dla pacjenta, który nie porusza się samodzielnie i nie ma możliwości dotarcia do placówki rehabilitacyjnej. Po otrzymaniu skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pacjent ustala w poradni/gabinecie/zakładzie rehabilitacyjnym, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, termin domowej lekarskiej porady rehabilitacyjnej, wizyty fizjoterapeutycznej w domu, porady, zabiegów. Każda placówka realizująca świadczenia rehabilitacyjne w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia ma obowiązek świadczenia wizyt domowych.

Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W jej trakcie wykonywanych jest do pięciu zabiegów dziennie. W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na zabiegi, za pisemna zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym

Przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od 15 do 30 dni zabiegowych, średnio po pięć zabiegów dziennie. W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemna zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku dzieci do 18. roku życia o częstotliwości rehabilitacji decyduje lekarz prowadzący.

Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi dla jednego pacjenta do 120 dni w roku kalendarzowym. W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemna zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pacjent lub opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.

Rehabilitacja na oddziale stacjonarnym

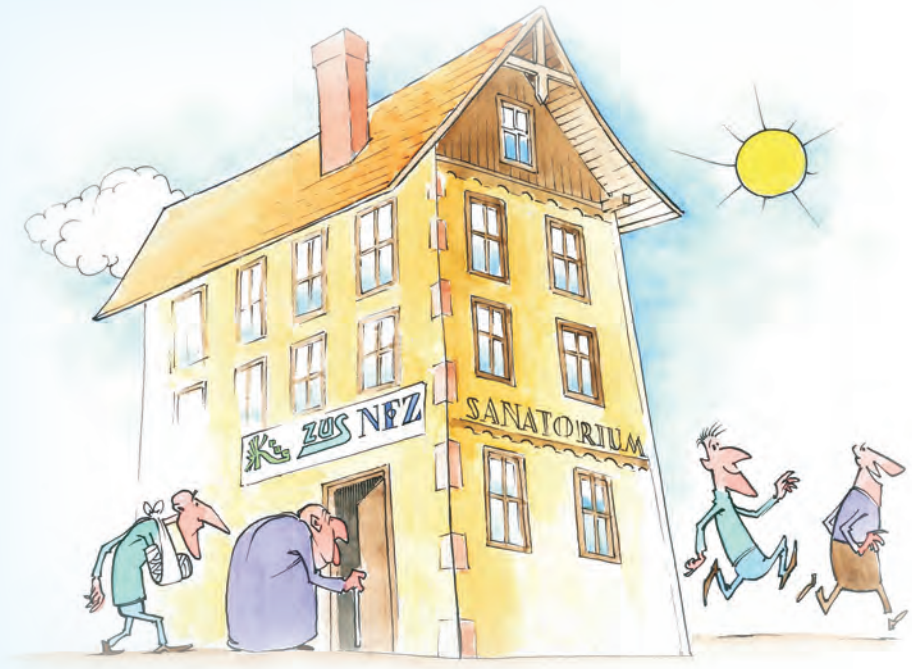
Przeznaczona jest dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych, a także całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

Zobacz:

§ 4 – 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

3.3.5. LECZNICTWO UZDROWISKOWE

Lecznictwo uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jego zadaniem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych oraz szeroko pojęta profilaktyka. Z sanatorium można skorzystać w ramach pobytów tzw. „komercyjnych" (pełna odpłatność ze strony kuracjusza) oraz kierowanych przez instytucje ubezpieczeniowe (NFZ, ZUS, KRUS).



Pacjenci, ze względu na miejsce udzielania świadczeń i czas trwania leczenia, kierowani są na leczenie uzdrowiskowe:

- do szpitala uzdrowiskowego dla dorosłych – okres 21 dni;
- do sanatorium uzdrowiskowego dla dorosłych – okres 21 dni;
- do szpitala uzdrowiskowego dla dzieci w wieku od 3 do 18 lat – okres 27 dni;
- do sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat z opiekunem – okres 21 dni;
- do sanatorium uzdrowiskowego dla dzieci w wieku od 7 do 18 lat – okres 21 dni;
- na rehabilitację dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym – okres 28 dni;
- na rehabilitację dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym – okres 28 dni.

Możliwe jest również leczenie ambulatoryjne dla dorosłych i dzieci – od 6 do 18 dni.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, biorąc pod uwagę wskazania i przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz w przypadku dorosłych – zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego nie częściej niż raz na 18 miesięcy. Lekarz podejmuje decyzję o zasadności wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, zaś wypełnione skierowanie przesyłane jest do Narodowego Funduszu Zdrowia. Żądanie zapłaty za wypisanie skierowania jest bezprawne.

3

Rodzaj leczenia uzdrowiskowego (szpital, sanatorium, rehabilitacja szpitalna lub sanatoryjna) określa zatrudniony w Narodowym Funduszu Zdrowia lekarz specjalista z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej po dokonaniu oceny skierowania pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego. Taka ocena obejmuje: pozytywne lub negatywne zaopiniowanie wniosku do wyjazdu, określenie miejscowości uzdrowiskowej właściwej do leczenia schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania, rodzaj leczenia i jego tryb oraz czas trwania kuracji. Opinia nie musi pokrywać się z zaleceniami lekarza wystawiającego skierowanie, które nie są wiążące dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wysyła do każdego pacjenta, którego skierowanie na leczenie uzdrowiskowe uzyskało aprobatę lekarza specjalisty do leczenia w warunkach uzdrowiskowych informację o jego rozpatrzeniu. Pismo jest wysyłane w terminie 30 dni od daty wpływu skierowania do oddziału wojewódzkiego NFZ i zawiera informację dotyczącą profilu leczenia, zakresu świadczeń i przypuszczalnego czasu oczekiwania na realizację leczenia.

Skierowania z pozytywną kwalifikacją są potwierdzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia według kolejności ich składania. Potwierdzając skierowanie oddział wojewódzki NFZ określa mi.in. odpowiedni zakład lecznictwa uzdrowiskowego, datę rozpoczęcia leczenia i czas jego trwania. Dokumentacja przesyłana jest następnie na adres pacjenta, nie później niż 14 dni przed datą rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego. Skierowanie, którego Narodowy Fundusz Zdrowia nie potwierdzi, bowiem gdy lekarz specjalista zatrudniony w NFZ nie zaaprobował celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe, jest zwracane lekarzowi, który je wystawił, wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia skierowania.

Leczenie uzdrowiskowe jest prowadzone przez cały rok, a wyniki leczenia nie zależą od pory roku.

Jeśli pacjent otrzyma skierowanie do szpitala uzdrowiskowego, Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa w całości koszty opieki medycznej, zabiegów oraz zakwaterowania i wyżywienia. Bezpłatne jest również leczenie sanatoryjne i szpitalne dzieci. W przypadku dziecka skierowanego na leczenie sanatoryjne pod opieką osoby dorosłej – opiekun pokrywa pełny koszt swojego pobytu zgodnie z cennikiem zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, do którego dziecko zostało skierowane na leczenie. Natomiast osoby dorosłe skierowane na leczenie uzdrowiskowe do sanatorium muszą pokryć część kosztów zakwaterowania i wyżywienia. Opłaty pobierane są bezpośrednio w sanatoriach przed rozpoczęciem pobytu, w zależności od standardu pokoju, którymi dysponują poszczególne sanatoria, oraz sezonu rozliczeniowego, w którym pacjent korzysta ze świadczeń w sanatorium. Pacjent dokonuje wyboru standardu pokoju, biorąc pod uwagę możliwości świadczeniodawcy. Także transport – bez względu na formę leczenia – odbywa się na koszt pacjenta.

Rozpoczęcie leczenia następuje w dniu określonym w potwierdzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia skierowaniu. Pierwszy dzień rozpoczyna się o godzinie 14:00, a ostatni dzień kończy się o godzinie 12:00.

Zobacz:

§ 3 – 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego

3.3.6. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

W ramach uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pacjentowi przysługują następujące świadczenia w opiece długoterminowej:

- opieka długoterminowa w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- pielęgniarska opieka długoterminowa;
- domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie,
- opieka paliatywna i hospicyjna;

Celem zakładu opiekuńczo-leczniczego (zol) i pielęgnacyjno-opiekuńczego jest objęcie całodobowymi świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi, rehabilitacyjnymi oraz kontynuacją leczenia osób, którzy w ocenie według skali poziomu samodzielności Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji.

W przypadku dzieci do ukończenia 3. roku życia nie dokonuje się oceny skalą Barthel. Wniosek do zakładu opieki długoterminowej wystawia lekarza rodzinny lub lekarz z oddziału szpitalnego, po zakończonym leczenia w warunkach szpitalnych. Do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie mogą być przyjmowani pacjenci w terminalnej fazie choroby i pacjenci z chorobą psychiczną. Czas pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest uzależniony od jego stanu zdrowia.

Jeśli ocena stanu zdrowia pacjenta, dokonywana przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia, przekroczy 40 punktów w skali Barthel, to NFZ nie finansuje dalszego leczenia. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zdrowotne udzielane w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania. Pacjent ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w zol, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Zakład opiekuńczo-leczniczy nie jest domem pomocy społecznej. Zakłady te przeznaczone są dla osób mających określone problemy zdrowotne (Nie mogą więc trafiać tam pacjenci, kwalifikujący się do domów pomocy społecznej lub u których jedynym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna).

Opieka paliatywna i hospicyjna jest całościową, wszechstronną opieką nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Opieka ta obejmuje swym zakresem przede wszystkim: zwalczanie bólu chorego i innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Opiekę paliatywną i hospicyjną prowadzą:
– poradnia medycyny paliatywnej;
– hospicja stacjonarne / oddział medycyny paliatywnej;
– hospicja domowe dla dorosłych lub dzieci.

Poradnia medycyny paliatywnej przeznaczona jest dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe, potrzebują leczenia p/bólowego i wsparcia.
Porada obejmuje:
badania podmiotowe, badanie przedmiotowe, ordynację leków (w tym leków p/bólowych), zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych, zlecanie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultacje, do szpitala, do stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej, poradę lekarską w poradni lub domu

świadczeniobiorcy, poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu pacjenta, zabieg pielęgniarski lub wizytę pielęgniarki w domu pacjenta,wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta.

Do hospicjum stacjonarnego/oddziale medycyny paliatywnej pacjenci kierowani są przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia gwarantowane realizowane w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej obejmują:
–świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne i leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna), leczenie innych objawów somatycznych, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację, zapobieganie powikłaniom, badania zlecone przez zatrudnionego lekarza, zaopatrzenie w konieczne wyroby medyczne, opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie pacjentów do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Każdy zgłoszony pacjent w terminalnej fazie choroby musi być objęty opieką lub należy mu wskazać innego, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania, świadczeniodawcę.

Świadczenia gwarantowane realizowane w hospicjach domowych dla dorosłych lub dzieci obejmują świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna), leczenie innych objawów somatycznych, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację, zapobieganie powikłaniom, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym oraz ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wskazanych wyrobów medycznych (np.koncentrator tlenu, ssak elektryczny, inhalator, glukometr, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, pompy infuzyjne, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie).

Pielęgniarską opieką długoterminową w domu pacjenta mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie, którzy w ocenie według zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów i nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych, stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej niewymagające hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagające jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej (w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka i fizjoterapeuta) należy:
a) wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny,
b) stworzenie chorym i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu.

Świadczeniami mogą być objęci pacjenci, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo.

Zobacz:

§ 3 – 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej
§ 3 – 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

SZCZEGÓLNE GRUPY PACJENTÓW

4.1. PACJENT W DOMU

Opieka medyczna finansowana ze środków publicznych świadczona jest nie tylko w placówkach ochrony zdrowia. Na pomoc medyczną finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia może liczyć również obłożnie chory przebywający w domu.

Lekarz pierwszego kontaktu (podstawowej opieki zdrowotnej) z wizytą domową
Jeśli pacjent jest obłożnie chory i przebywa w domu, ma prawo do pomocy ze strony lekarza pierwszego kontaktu (podstawowej opieki zdrowotnej). W przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi można zgłosić telefonicznie potrzebę wizyty domowej u pacjenta w godzinach pracy przychodni (od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00). Wizytę lekarza wieczorem, nocą, w niedzielę czy święta można uzyskać w ramach tzw. nocnej i świątecznej opieki medycznej.

Jeżeli podczas wizyty domowej lekarz stwierdzi, iż ze względu na pogorszenie stanu zdrowia konieczne jest przewiezienie pacjenta do szpitala, może on w takiej sytuacji liczyć na transport do najbliższego szpitala udzielającego świadczeń we właściwym zakresie. Wizytę lekarza wieczorem, nocą, w niedzielę czy święta można uzyskać bezpłatnie w ramach tzw. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, po wcześniejszym telelefonicznym ustaleniu wizytyw najbliższej placówce nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od swojego miejsca zamieszkania.W każdym przypadku zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia każdy ma prawo również wezwać pogotowie ratunkowe.

Lekarz specjalista na wizycie domowej
Lekarz wystawiający skierowanie do specjalisty może wskazać, że pacjent wymaga udzielenia porady w domu. Potrzebę takiej wizyty może również w razie konieczności zgłosić pacjent lub jego opiekun. Każda poradnia specjalistyczna mająca umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia może udzielić takiej pomocy w uzasadnionych medycznie przypadkach – wówczas lekarz specjalista udaje się na wizytę domową.

Domowa pomoc pielęgniarska dla osób obłożnie chorych
W przypadku osoby obłożnie chorej często konieczna jest zmiana opatrunków czy na przykład regularne zastrzyki. Pacjent może wówczas liczyć na pomoc pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli stan zdrowia pacjenta będzie wymagał zachowania ciągłości udzielania świadczeń pielęgniarskich również po godz. 18.00 lub w soboty, niedziele oraz dni wolne od pracy, wówczas pacjent uzyska pomoc w ramach tzw. nocnej i świątecznej opieki medycznej.

Pielęgniarka pomaga w terapii prowadzonej przez lekarza, aplikuje zastrzyki, zmienia opatrunki, wykonuje podstawowe zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze – także w stomiach, przetokach i trudno gojących się ranach. Jeśli osoba chora wymaga specjalnej diety i karmienia może liczyć na wsparcie pielęgniarki w ustaleniu sposobu żywienia i rodzaju pokarmu. Fachowa opieka pielęgniarska pozwoli także zapobiec powikłaniom wywołanym długotrwałym unieruchomieniem, pielęgniarka pomaga bowiem również w podstawowych ćwiczeniach rehabilitacyjnych. Opiekun zajmujący się pacjentem może liczyć także na rady w zakresie codziennej opieki i pielęgnacji.

Pielęgniarka pomaga osobie obłożnie i przewlekle chorej tak długo, jak długo wymaga tego jej stan. Jeśli jednak pacjent potrzebuje na okres dłuższy niż 2 tygodnie dożylnej kroplówki, cewnikowania, zabiegów w przypadku stomii, przetoki, karmienia przez zgłębnik, płukania pęcherza moczowego bądź pielęgnacji ze względu na rurkę tracheotomijną, warto wówczas skorzystać z pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Domowa pomoc położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Położna prowadzi edukację przedporodową dla kobiet w ciąży, wspomaga opiekę nad noworodkiem/niemowlęciem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, również podczas wizyt domowych. Ponadto kobieta w każdym okresie swojego życia może zwrócić się do niej po fachową pomoc i opiekę w domu po operacjach ginekologiczno-położniczych, gdy konieczne jest przykładowo aplikowanie zastrzyków domięśniowych czy dożylnych, leczenie i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn.

Domowa pielęgniarska opieka długoterminowa

Jeśli pacjent jest obłożnie chory, nie wymaga pobytu w szpitalu, ale potrzebuje systematycznej opieki pielęgniarskiej, może zostać zakwalifikowany do pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, którzy w ocenie według zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. W zakwalifikowaniu pacjenta do objęcia opieką pomoże lekarz pierwszego kontaktu oraz pielęgniarka środowiskowa. Lekarz wystawia stosowne skierowanie określając stan zdrowia pacjenta i rodzaj niezbędnej pomocy. Pielęgniarka wypełnia druk kwalifikacji opisując stopień samodzielności pacjenta (m.in. w zakresie poruszania się, czynności higienicznych itp).

Pielęgniarka opieki długoterminowej odwiedza pacjenta co najmniej 4 razy w tygodniu. W razie potrzeby dostępna jest również w niedzielę, święta i dni wolne od pracy. Pacjent może liczyć na pomoc w zakresie pielęgnacji, zmianie opatrunków, dbałości o sprzęt stomijny czy cewnik, aplikowaniu leków i zastrzyków. Opiekun natomiast uzyska od pielęgniarki istotne wskazówki, jak pielęgnować pacjenta na co dzień.

Czas objęcia pacjenta opieką jest uzależniony od jego stanu zdrowia pacjenta. Ocenę jego stanu zdrowia dokonuje pielęgniarka na koniec każdego miesiąca. W przypadku, gdy pacjent uzyska więcej niż 40 punktów wg skali Barthel, NFZ nie finansuje dalszej opieki.

Rehabilitacja domowa

Jeśli pacjent wymaga rehabilitacji i cierpi na zaburzenia narządów ruchu, które utrudniają samodzielne przemieszczanie się, co wyklucza wizyty w ambulatorium, może być objęty rehabilitacją w warunkach domowych.

Ta forma opieki przeznaczona jest dla pacjentów:
- z uszkodzeniami mózgu, na przykład po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach (do 12 miesięcy od zdarzenia);
- z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia);
- ze schorzeniami przewlekle postępującymi (miopatia, choroba Parkinsona, zapalenia wielomięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, kolagenozy, przewlekłe zespoły pozapiramidowe, reumatoidalne zapalenie stawów);
- ze zwyrodnieniami stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu (do 6 miesięcy po operacji);
- z urazami kończyn dolnych (do 6 miesięcy po urazie).

W uzyskaniu tego typu opieki pomoże lekarz, który wyda skierowanie do poradni rehabilitacyjnej. Po otrzymaniu takiego skierowania należy zgłosić się do placówki mającej umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (każda poradnia rehabilitacyjna mająca kontrakt z NFZ ma obowiązek świadczyć opiekę domową) i ustalić w wybranej placówce termin wizyty lekarskiej w domu.

Dokładny przebieg rehabilitacji zależy od wskazań lekarskich. Lekarz określa częstotliwość zabiegów zgodnie z potrzebami zdrowotnymi pacjenta. Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym oraz nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zobacz:

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

4.2. PACJENT – DZIECKO

Opieka nad dziećmi w szpitalach nie może ograniczać się jedynie do procesu leczenia w całkowitej izolacji od warunków domowych, bez udziału rodziców i zaspokojenia potrzeb emocjonalnych małych pacjentów. Rodzice mają prawo i możliwość, aby być z dzieckiem w szpitalu, bowiem boją się, że dziecko źle zniesie pobyt w szpitalu, zaś leczenie będzie związane z bólem i nieprzyjemnymi zabiegami. W większości przypadków można sprawić, żeby planowy pobyt w szpitalu i wykonywane zabiegi lub badania nie były dla dziecka trudnym przeżyciem. Zdarza się nawet, że dzieci wspominają pobyt w szpitalu lub zabieg operacyjny jako ciekawą przygodę.

Wiele zależy od dorosłych – rodziców, opiekunów i personelu medycznego. To emocje dorosłych (na przykład ich lęki, zniecierpliwienie) wpływają na stan psychiczny dziecka – zarówno noworodka, jak i nastolatka. Żeby placówka medyczna była przyjazna dzieciom, nie wystarczą kolorowe rysunki na ścianach, ładne meble lub bajkowa pościel. Najważniejszy jest uśmiech, czas na rozmowę i poznanie potrzeb małego pacjenta. Przyjazną atmosferę można stworzyć bez ponoszenia nakładów finansowych.

Prawa przysługujące rodzicom posiadającym pełną władzę rodzicielską

Każde z rodziców ma prawo do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących leczenia dziecka, przy czym decyzje dotyczące zabiegów operacyjnych lub stosowania metod tzw. podwyższonego ryzyka powinny być podejmowane przez obojga rodziców. Takie same prawa jak rodzice mają pozostali przedstawiciele ustawowi, na przykład opiekun prawny ustanowiony przez sąd opiekuńczy.

W przypadku dzieci wszystkie decyzje dotyczące leczenia podejmuje przedstawiciel ustawowy – najczęściej rodzic. Ma on prawo do wyrażenia zgody na udzielenie dziecku danego świadczenia zdrowotnego lub może odmówić takiej zgody. Podejmując tak ważną decyzję warto dokładnie zapoznać się z informacjami na temat stanu zdrowia dziecka. Zgoda na zabieg operacyjny, a także leczenie i badania związane z podwyższonym ryzykiem, musi być przez rodzica wyrażona na piśmie. Należy pamiętać, że w przypadku dzieci powyżej 16 roku życia zgoda na leczenie powinna być również wyrażona przez dziecko. W przypadku zabiegów operacyjnych taka zgoda musi być udzielona na piśmie. Jeśli dziecko, które ukończyło 16 lat, nie wyraziło zgody na badanie lub leczenie mimo zgody rodzica, to wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Opiekun faktyczny, czyli osoba, która sprawuje stałą i faktyczną pieczę nad dzieckiem, ale nie ma obowiązku prawnego, aby taką opiekę pełnić, ma prawo jedynie do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania dziecka, ale nie może on decydować o leczeniu, a zwłaszcza nie może wyrazić zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego lub innych czynności wiążących się z podwyższonym ryzykiem.

Przykład: jeśli dziecko wymaga operacji, a rodzice przebywają za granicą, to babcia, aktualnie opiekująca się dzieckiem, nie może wyrazić zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. Lekarz powinien wtedy wystąpić o zgodę do sądu opiekuńczego.

Lekarz może zwrócić się o zgodę do sądu opiekuńczego także wtedy, gdy rodzice nie wyrażają zgody na leczenie, a stan dziecka takiego leczenia wymaga.

Zdarzają się sytuacje, gdy stan dziecka wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a nie można skontaktować się z rodzicem. Lekarz może wtedy, bez wcześniejszej zgody sądu opiekuńczego, wykonać wszystkie czynności, które są niezbędne. Niezbędne, czyli takie, które lekarz musi przeprowadzić, aby pacjentowi nie groziła utrata życia, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia.

Rodzice mają prawo do uzyskania pełnej informacji na temat stanu zdrowia dziecka. O stanie zdrowia dziecka, rozpoznaniu, proponowanych badaniach i metodach leczniczych (dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania), wynikach leczenia oraz rokowaniu należy rozmawiać z lekarzem, który

ma obowiązek przekazać te informacje w przystępny sposób. Najlepiej jeśli jest to wyznaczony lekarz, który prowadzi proces leczenia dziecka i dobrze zna małego pacjenta. Pielęgniarki udzielają tylko informacji dotyczących opieki pielęgnacyjnej.

Dzieci, które dysponują dostatecznym rozeznaniem, także powinny uzyskać od personelu medycznego informacje o wykonywanych badaniach i zabiegach, ale zakres i forma przekazywanych im informacji powinny być dostosowane do wieku dziecka. Rozmowa z dzieckiem może umożliwić współpracę ze strony dziecka, co jest często niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu leczenia. Z kolei dziecko, które ukończyło 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej i pełnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych badaniach i metodach leczenia (dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania), wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna przy pacjencie osoba bliska – w przypadku dziecka jest to najczęściej rodzic. Personel może się na to nie zgodzić tylko w sytuacji, gdy istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta (na przykład w trakcie wykonywania operacji). Za każdym razem informacja o odmowie zgody na obecność rodzica przy badaniu lub zabiegu musi być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Trzeba jednak pamiętać, że każdy pacjent, zwłaszcza dziecko, ma prawo do intymności i poszanowania godności podczas wykonywania wszystkich czynności medycznych. Niedopuszczalne jest w szczególności zawstydzanie dzieci, bowiem wstyd może być pamiętany dłużej niż ból fizyczny. Przeprowadzając badania i zabiegi wymagające naruszenia sfery intymnej dziecka należy wcześniej porozmawiać z nim, wyjaśnić, na czym badanie lub zabieg będzie polegało i dlaczego trzeba je przeprowadzić. Ilość osób obecnych przy takich czynnościach powinna być ograniczona do niezbędnego minimum, natomiast w przypadku małych dzieci często niezbędna będzie obecność rodzica lub opiekuna. Starsze dziecko może być skrępowane obecnością rodzica i jeśli poprosi, aby rodzice nie byli obecni przy badaniach lub zabiegach, należy tę prośbę uszanować.

Dobra praktyka: jako jednolitą praktykę postępowania na wszystkich oddziałach szpitala należałoby wprowadzić umożliwienie uczestnictwa osoby bliskiej (rodzica) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom, zwłaszcza w gabinetach zabiegowych. Wskazane byłoby, aby opieka lekarska i pielęgniarska zorganizowana z pełnym poszanowaniem tego typu praw dziecka była obowiązującym trybem postępowania personelu medycznego we wszystkich oddziałach.

Każdy pacjent, w szczególności dziecko, ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – taką opiekę sprawuje osoba bliska (rodzic), który zostaje z dzieckiem w szpitalu i może on przebywać z dzieckiem przez całą dobę. Rodzice ponoszą koszty realizacji tego prawa, czyli koszty pobytu na oddziale. Opłaty są ustalone przez dyrektora szpitala i rodzic powinien być o nich poinformowany w momencie przyjęcia dziecka do szpitala. Z takich opłat zwykle zwolnione są matki karmiące dziecko piersią.

Rodzic ma także prawo dostępu do pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka, w szczególności nie musi sam siebie upoważniać do uzyskania dostępu do niej.

Jak rozmawiać z dzieckiem o chorobie?

Dzieci inaczej niż dorośli rozumieją pojęcie zdrowia, choroby, objawów, leczenia. Inaczej rozumieją także znaczenie wszelkich działań, które są przy nich wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów i inny personel medyczny. To rozumienie zależy od stopnia ich rozwoju poznawczego, który zmienia się wraz z wiekiem.

Dziecko młodsze niż 2-letnie jest za małe, by rozumieć chorobę. Koncentruje się na zdarzeniach danej chwili, rozumie to, co może dotknąć. W tym wieku dziecko jest najbardziej przerażone oddaleniem od rodziców. Półtoraroczne dziecko zaczyna rozumieć otoczenie, dlatego trzeba szczerze mówić mu o wizytach u lekarza czy bolesnych zabiegach i zapewniać je, że płacz nie jest niczym złym, jeśli przykładowo zastrzyk boli. Taka szczerość buduje zaufanie do rodziców i daje dziecku poczucie, że jego doznania są rozumiane.

Dzieci w wieku od 2 do 7 lat opisując chorobę nie odróżniają przyczyny od skutku, tak na przykład katar nie jest dla nich objawem choroby, lecz samą chorobą. Gdy próbują wyjaśnić chorobę kojarzą ją z wydarzeniami zewnętrznymi, przykładowo z własnym zachowaniem. Takie tłumaczenie może doprowadzić dziecko do przekonania, że choroba jest karą za zrobienie czegoś złego. W rozmowie z dzieckiem w tym wieku ważne jest, aby zapewnić je, że choroba nie jest karą za złe czyny czy słowa. Chorobę można wyjaśnić w prosty sposób używając obrazów zrozumiałych dla dziecka, na przykład jako walkę dobra ze złem. Należy wyjaśnić dziecku, że leczenie jest konieczne i zapewnić je, że przyniesie to poprawę samopoczucia. Rozmowa o chorobie, objawach, badaniach i leczeniu musi być szczera, bez bagatelizowania tego, co będzie trudne czy bolesne.

Sposób myślenia dzieci pomiędzy 7 a 12 rokiem życia staje się bardziej konkretny i logiczny. Dziecko w tym wieku zaczyna rozumieć związki pomiędzy rzeczami i wydarzeniami, potrafi wytłumaczyć dolegliwość w kategoriach przyczyny i skutku, ale w sposób ograniczony jego poziomem rozwoju poznawczego i wiedzą. Rozumie ono, że poprawa jego stanu zdrowia zależy od brania leków i przestrzegania zaleceń lekarza. Dziecku w tym wieku można dostarczyć więcej szczegółów przy wyjaśnianiu natury choroby, ale nadal trzeba odwoływać się do znanych mu sytuacji. Do 12 roku życia dziecko nie potrafi myśleć abstrakcyjnie, co oznacza, że ma ograniczoną zdolność analizowania i przewidywania. Dlatego, gdy choruje, boi się konkretnych sytuacji, na przykład bolesnych zastrzyków, oddzielenia od rodziców, konieczności leżenia w łóżku, zażywania niesmacznych lekarstw, ograniczenia swobody i możliwości zabawy. Dziecko w tym wieku nie boi się odległych w czasie konsekwencji choroby, takich jak przykładowo utrata pełnej sprawności czy nawet śmierć.

Dzieci powyżej 12 roku życia myślą abstrakcyjnie i mają coraz większą wiedzę biologiczną. Nastolatek rozumie związki o bardzo skomplikowanej naturze i potrafi wyobrażać sobie rzeczy, które nie były jego doświadczeniem, dlatego rozumie przyczyny swojego samopoczucia. Nastolatek myśli o chorobie w kategoriach szczegółowych dolegliwości, a także może odbierać chorobę jako ograniczenie lub zmianę codziennego życia.

Na każdym etapie rozwoju dziecka należy rozmawiać z nim o jego chorobie. Kiedy dziecko nie ma wystarczających informacji dotyczących go dolegliwości, badań czy leczenia, snuje własne domysły, przypuszczenia, fantazje na temat tego, co się z nim dzieje. Samo próbuje wyjaśniać przyczyny choroby. Wyjaśnienia te są często nieracjonalne, jednak mają ogromny wpływ na zachowanie i samopoczucie dziecka. Może zrodzić się w nim poczucie winy.

Zarówno rodzice, jak i personel medyczny, podejmując z dzieckiem rozmowę o chorobie i leczeniu powinni:
- dostosować zakres tematyczny rozmowy do wieku dziecka, używając języka zrozumiałego dla niego; w tym celu można wykorzystać bajki terapeutyczne, rysunki lub zabawę, na przykład poprzez odgrywanie scenek leczenia pluszowego misia, lalki czy zabawę zestawem małego lekarza;
- przekazywać informacje w sposób prosty, konkretny, pozbawiony silnych emocji;
- zachować w rozmowie szczerość; nie należy oszukiwać dziecka, że działania lekarza nie będą bolały, jeśli zabieg może być bolesny;
- przekazać dziecku jasne informacje, co może zrobić, aby pomóc w leczeniu.

Rozmowa z rodzicami – wskazówki dla personelu medycznego

Rozmowy z rodzicami chorych dzieci często są bardzo trudne dla personelu medycznego. Rodzice mogą być zdenerwowani, zadają dużo pytań albo zapominają, co już usłyszeli od lekarza lub pielęgniarki. W związku z tym personel medyczny powinien znaleźć więcej czasu na spokojną rozmowę celem udzielenia rodzicom pełnej informacji na temat stanu zdrowia ich dziecka, także po raz kolejny w tym samym zakresie. Nie należy przekazywać informacji w biegu, przykładowo na korytarzu w obecności innych rodziców lub pacjentów.

Należy pamiętać, że rodzic, podobnie jak dziecko, często nie zna terminologii medycznej, w związku z czym informacje powinny być przekazywane w sposób jasny, a słownictwo musi być dostosowane do rozmówcy. Niekiedy warto zadać rodzicom pytania lub poprosić o powtórzenie własnymi słowami tego, co usłyszeli, a także przekazać informacje w formie pisemnej, aby lekarz, pielęgniarka lub położna mieli pewność, że rodzice dokładnie zrozumieli i zapamiętali przekazane im informacje.

Pobyt dziecka w szpitalu – wskazówki dla rodziców

Rodzice powinni pamiętać, że wszystko co robi i o co prosi personel medyczny ma na celu dobro dziecka i jego szybszy powrót do zdrowia. W związku z tym nie należy przeszkadzać lekarzom, pielęgniarkom czy położnym w wykonywaniu czynności medycznych. Rodzice mogą udzielić stosownej pomocy, przykładowo przytrzymując dziecko podczas pobierania krwi czy zakładania opatrunku, odwracać uwagę dziecka od nieprzyjemnych zabiegów, ale nie powinni skupiać się na obserwowaniu pracy personelu medycznego.

Rodzice powinni dbać o bezpieczeństwo dziecka w szpitalu, a także o porządek na sali chorych. Należy pamiętać, że przyniesione do szpitala rzeczy, przykładowo zabawki dla dziecka, nie mogą przeszkadzać personelowi w wykonywaniu czynności medycznych. Rodzice muszą również pamiętać, że nie mogą samodzielnie, bez zgody personelu, włączać urządzeń medycznych, podkręcać kroplówek itp. Co więcej, powinni również uczyć dziecko, aby samodzielnie tego także nie robiło. Dla zapewnienia bezpieczeństwa dziecka konieczne jest uzyskanie od lekarza informacji, czy może ono kontaktować się z pacjentami z innych sal, celem uniknięcia możliwości zarażenia dodatkową chorobą.

Rodzice powinni pamiętać, że ich pobyt z dzieckiem w szpitalu nie może powodować braku odpowiednich warunków pobytu dla innych dzieci. Należy liczyć się z potrzebami innych pacjentów, zwłaszcza w zakresie prawa do wypoczynku w ciszy i spokoju. W związku z tym, w miarę możliwości, warto ograniczyć do minimum ilość osób odwiedzających, jednocześnie przebywających w sali chorych.

Dobre praktyki: Niektóre placówki medyczne wdrażają rozwiązania, które poprawiają komfort pobytu dziecka w szpitalu. Poniżej przedstawiono kilka przykładów.

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie:

Rodzice mają możliwość ciągłej obecności przy dziecku w czasie hospitalizacji (24 godz. na dobę, przez cały okres leczenia szpitalnego). Stworzono godziwe warunki sanitarne i socjalne dla towarzyszących dziecku rodziców/opiekunów (fotele przyłóżkowe i koce, umożliwiające także nocny wypoczynek rodzica; pokoje socjalne, łazienki, prysznice; możliwość zamówienia posiłków w firmie cateringowej).

Umożliwiono rodzicom obecność przy wykonywaniu zabiegów i badań, zwłaszcza tych, które towarzyszą przyjęciu dziecka do szpitala, czyli: badanie lekarskie, pobieranie krwi, zakładanie wenflonu, podłączanie kroplówki, podawanie leków różnymi drogami, inhalacje czy też badanie USG lub EKG. Obecność rodziców jest możliwa także w czasie innych badań diagnostycznych czy zabiegów zaleconych dziecku i przeprowadzanych w trakcie hospitalizacji lub postępowania ambulatoryjnego, np. EEG, badanie chlorków w pocie, spirometria, punkcje, testy skórne, RTG, tomografia komputerowa (w przypadku dwóch ostatnich badań tylko po zastosowaniu wymaganych środków ochronnych). Jedynie w przypadku niektórych badań (RTG, tomografia komputerowa) istnieją przeciwwskazania medyczne, uniemożliwiające rodzicom obecność przy dziecku w trakcie ich przeprowadzania, np. ciąża matki uniemożliwia jej obecność przy dziecku w czasie badania RTG czy tomografii komputerowej, ze względu na szkodliwe dla płodu promieniowanie towarzyszące tym badaniom.

Przygotowano kąciki zabaw w oddziałach dla dzieci młodszych oraz w przychodni, a także kącik rekreacyjny dla rodziców i starszych dzieci.

Poradnia Stomatologiczna dla dzieci „Uśmiech Malucha" w Warszawie:

W sytuacji, w której niezbędne staje się wkłucie igły do żyły małego pacjenta, używamy rutynowo plastra EMLA całkowicie znieczulającego skórę. We współczesnej praktyce pediatrycznej zaleca się również wykonywanie nieprzyjemnych zabiegów u dzieci w znieczuleniu ogólnym. W ten sposób można bez stresu, lęku, czy choćby zwykłego zmęczenia przeprowadzić długotrwałe leczenie za jednym razem (bez konieczności kilku, czy kilkunastu wizyt). Dziecko usypia w obecności rodziców po doustnym podaniu leków uspokajających, a kiedy budzi się, nawet nie wie, że wyleczyliśmy mu nie jeden, ale kilka zębów naraz. Rodzice mogą towarzyszyć dziecku aż do pełnego zaśnięcia, a także wtedy, gdy budzi się po zabiegu. Do dyspozycji rodziców oddany jest ogród i pokój wypoczynkowy, gdzie można napić się kawy lub herbaty. Obecność mamy i taty zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa. Po zabiegu, nie tylko nic dziecka nie boli, ale również nie pamięta, że stało się coś nietypowego.

Wysokospecjalistyczny szpital pediatryczny Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, wprowadził w życie założenia, które można przedstawić jako komplet zasad:

1. Szpital musi być jak najbardziej przyjazny Dzieciom i ich Opiekunom. Między innymi z tego powodu jedno z Rodziców lub Opiekunów powinno być w pobliżu Dziecka przez całą dobę (od początku szpital Centrum Zdrowia Dziecka posiadał „Hotel dla Matki i Dziecka", gdzie Dzieci przebywały nieodpłatnie, na tzw. skierowanie z oddziału a Rodzice za symboliczną odpłatnością. Obecnie hotel ma charakter komercyjny, nie mniej jednak Rodzice Pacjentów szpitala klinicznego IPCZD mają preferencje w kwaterowaniu i opłatach).
2. Jeśli szpital pozwala Rodzicom na nocowanie, powinni mieć oni zapewnione warunki pobytu w szpitalu (minimum to: łazienka z pełnym węzłem sanitarnym wyłącznie do użytku Rodziców, miejsce do odpoczynku, zaplecze kuchenne, zamykane szafki na bagaż).
3. Aby ułatwić współpracę Rodziców z personelem medycznym, wszyscy Opiekunowie powinni zapoznać się przy przyjęciu Dziecka na oddział z pisemnym regulaminem, w którym określone są zasady pobytu Dziecka i Rodzica na oddziale.
4. Podczas całego pobytu w szpitalu Opiekunowie i Dzieci (w zależności od wieku) powinni być informowani w przystępny, zrozumiały sposób o postępach w leczeniu.
5. W szpitalu każdemu Dziecku winni jesteśmy szacunek, a jego intymność powinna być respektowana tak jak w przypadku dorosłych. Ważne jest również, aby w maksymalny sposób oszczędzić Dziecku stresu związanego z pobytem w szpitalu.
6. W miarę możliwości powinno się minimalizować ból odczuwany przez Dziecko przy zabiegach i operacjach (np. stosowanie kremu znieczulającego EMLA przed iniekcjami, interaktywne psychozabawy w szpital, itp.).
7. Opiekunowie powinni mieć możliwość towarzyszenia Dziecku podczas drobniejszych zabiegów, o ile oczywiście nie ma do tego przeciwwskazań medycznych.
8. Dzieci muszą mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby (każdy oddział kliniczny szpitala IPCZD posiada znakomicie wyposażone sale przedszkolne oraz sale lekcyjne gdzie fachową opiekę pedagogiczną zapewniają Pacjentom pracownicy Zespołu Szkół Specjalnych im. Ewy Szelburg Zarembiny).
9. Najważniejsza z zasad określa, że pobyt w szpitalu jest ostatecznością, a Dzieci powinny być w miarę możliwości leczone ambulatoryjnie lub w domu.

Zobacz:

Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu:

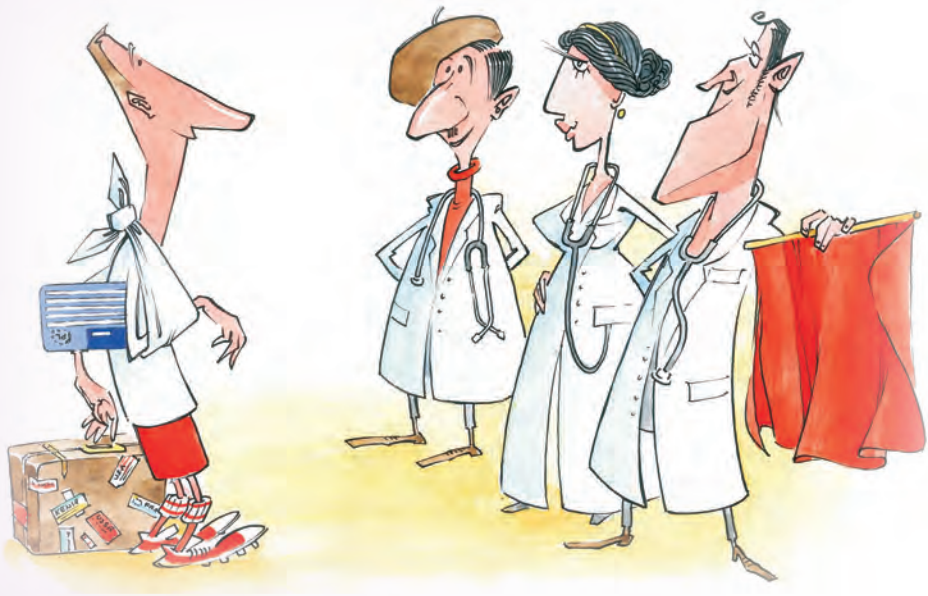
1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.
2. Powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających – 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 zachęcani 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.

Zobacz także:

Art. 95 i art. 97 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy
Art. 9, art. 17 – 18, art. 21, art. 26, art. 33 – 35 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Art. 31 – 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

LECZENIE NA TERENIE UNII EUROPEJSKIEJ LUB W KRAJACH EUROPEJSKIEGO STOWARZYSZENIA WOLNEGO HANDLU (EFTA)

Pacjent będący osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może również w określonych sytuacjach skorzystać z pomocy medycznej w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej lub krajach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA – Islandia, Norwegia, Lichtenstein i Szwajcaria), dla niego bezpłatnej lub jedynie częściowo płatnej, lub tymczasowo płatnej. Warunki, jakie należy spełnić, aby skorzystać z tego typu pomocy medycznej zależą od tego, czy świadczenia mają charakter nieplanowany, czy też planowany.



5.1. Świadczenia nieplanowane na terenie Unii Europejskiej (EFTA)

Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w jednym z krajów członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA, którym to krajem jest m.in. Rzeczpospolita Polska, przebywający w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA), jest **uprawniony do uzyskania świadczeń zdrowotnych, które stają się niezbędne podczas jego pobytu z powodów medycznych**, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Są to tzw. świadczenia nieplanowane, gdyż **w ich przypadku celem pobytu pacjenta w innym państwie nie jest i nie może być poddanie się leczeniu**. Dotyczy to zatem różnego rodzaju wyjazdów zagranicznych w związku z wykonywaną pracą, w celach turystycznych itd. Celem wprowadzenia tej regulacji jest zapewnienie pacjentowi możliwości kontynuowania pobytu w wybranym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) zgodnie z wcześniejszymi planami, bez konieczności wcześniejszego powrotu do kraju, celem uzyskania właściwej pomocy medycznej.

Do skorzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych uprawnione są osoby **ubezpieczone w rozumieniu prawa unijnego**, a zatem **wszystkie osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** w danym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA). Z punktu widzenia obywateli Rzeczypospolitej Polskiej pod tym pojęciem będzie się rozumiało nie tylko osoby podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale także np. nieubezpieczone dzieci do 18 roku życia oraz wszystkie inne osoby uprawnione do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Poza ubezpieczonymi z niezbędnych świadczeń zdrowotnych na terenie Unii Europejskiej (EFTA) mogą również skorzystać **członkowie ich rodzin** (np. małżonek, dzieci).

Pacjent, chcący skorzystać z niezbędnych świadczeń zdrowotnych na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej (EFTA), musi udokumentować, że posiada uprawnienie do skorzystania z tego typu świadczeń. Dowodem posiadania uprawnienia w tym zakresie jest okazanie przez pacjenta ważnej **europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ)**, ewentualnie – gdy wyjątkowe okoliczności uniemożliwiły wydanie karty – ważnego **certyfikatu** tymczasowo zastępującego kartę.

Celem uzyskania europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego pacjent powinien złożyć wniosek o jej wydanie – osobiście, za pośrednictwem osoby trzeciej, pocztą lub drogą elektroniczną, w dowolnym oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Do wniosku powinny być dołączone dokumenty potwierdzające prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Karty EKUZ są wydawane pacjentom bezpłatnie. Co do zasady są one ważne przez 5 lat (emeryci), 6 miesięcy (osoby: ubezpieczone – zatrudnione, prowadzące pozarolniczą i rolniczą działalność gospodarczą, pobierające rentę, studenci zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię, członkowie rodzin ubezpieczonych) lub 2 miesiące (pozostali ubezpieczeni). Okres ważności kart EKUZ wydawanych osobom nieubezpieczonym posiadającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzależniony jest co do zasady od czasu trwania ich uprawnienia.

Możliwość skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym kraju na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego trwa tak długo, jak długo osoba uprawniona posiada prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na terenie swojego państwa. Utrata uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, na przykład z uwagi na utratę statusu osoby ubezpieczonej zdrowotnie, powoduje brak możliwości posłużenia się europejską kartą ubezpieczenia zdrowotnego celem uzyskania świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA), mimo formalnego jej okresu ważności. W przypadku skorzystania przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych na podstawie EKUZ po utracie uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia będzie dochodził bezpośrednio od pacjenta zwrotu kosztów poniesionych na jego leczenie poza granicami kraju.

Pacjent jest uprawniony wyłącznie do takich świadczeń, które są **niezbędne ze względów medycznych z uwagi na planowany czas pobytu w państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) oraz charakter**

samego świadczenia zdrowotnego. Przede wszystkim zakresem niezbędnych świadczeń są objęte te procedury medyczne, które zapobiegają przymusowemu powrotowi ubezpieczonego do kraju przed końcem planowanego pobytu. Dotyczy to zatem zasadniczo tych schorzeń, na które pacjent zachorował podczas pobytu za granicą. Zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących pacjentowi obejmuje jednak również pomoc medyczną udzielaną w związku z chorobą przewlekłą lub inną chorobą już istniejącą, a także realizowanymi już z tego tytułu świadczeniami, oraz w związku z ciążą i narodzinami dziecka, pod warunkiem jednak, że otrzymanie tych świadczeń nie było celem pobytu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA).

O potrzebie, zakresie i sposobie leczenia celem udzielenia koniecznej pomocy umożliwiającej kontynuowanie zaplanowanego pobytu w państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) decyduje wyłącznie lekarz badający pacjenta w państwie jego pobytu. Narodowy Fundusz Zdrowia jest związany rozpoznaniem i zaleceniami lekarza oraz wyborem metody leczenia, za które zobowiązany jest do poniesienia kosztów ich udzielenia uprawnionym pacjentom.

Świadczenia zdrowotne osobie uprawnionej udzielane są **na takich samych zasadach, na jakich może skorzystać ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych osoba ubezpieczona w państwie pobytu** osoby uprawnionej. Oznacza to, że jeżeli w swoim kraju pacjent może uzyskać określone świadczenie zdrowotne wyłącznie za częściową odpłatnością, zaś w państwie pobytu jest ono udzielane ubezpieczonym bezpłatnie, osoba uprawniona również musi je uzyskać bezpłatnie. Jeżeli z kolei w swoim kraju pacjent może uzyskać określone świadczenie zdrowotnie bezpłatnie, zaś w państwie pobytu jest ono udzielane ubezpieczonym za częściową odpłatnością, osoba uprawniona również musi ponieść w odpowiednim zakresie koszty udzielenia pomocy medycznej.

W przypadku poniesienia kosztów leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) w zakresie świadczeń zdrowotnych niezbędnych z medycznego punktu widzenia podczas pobytu, przykładowo z powodu braku karty EKUZ, pacjent może złożyć do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia **wniosek o zwrot kosztów leczenia**. Warunkiem refundacji jest posiadanie przez pacjenta w dniu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej za granicą prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej oraz przedstawienie dowodów potwierdzających wysokość poniesionych kosztów (np. rachunki, faktury).

5.2. Świadczenia planowane na terenie Unii Europejskiej (EFTA)

Po spełnieniu określonych przesłanek ubezpieczony (lub członek jego rodziny) może również udać się do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej (EFTA) celem uzyskania określonych świadczeń zdrowotnych. Są to tzw. **świadczenia planowane**, gdyż w ich przypadku celem pobytu pacjenta w innym państwie jest właśnie chęć poddania się leczeniu.

Pacjent, który chciałby skorzystać z leczenia planowanego na terenie Unii Europejskiej (EFTA), ma do wyboru dwie drogi postępowania: **procedurę wynikającą z przepisów o koordynacji** (rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego) i **procedurę wynikającą z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów.** Powyższe procedury, mimo pewnych podobieństw, zostały jednak skonstruowane zasadniczo odmiennie.

Po pierwsze, w wypadku procedury wynikającej z przepisów o koordynacji pacjent zobowiązany jest co do zasady do uzyskania uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w każdym wypadku planowanego leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA). Z kolei w wypadku procedury wynikającej z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej co do zasady posiadanie przez pacjenta uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ nie jest wymagane, ale minister zdrowia może określić wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, które takiej uprzedniej zgody jednak będą wymagały.

Po drugie, odmienna jest procedura finansowania planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za granicą. W wypadku procedury wynikającej z przepisów o koordynacji koszty leczenia pokrywane są od razu i bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia, zaś pacjent co do zasady nie jest zobowiązany do dokonywania żadnych płatności, poza wynikającymi z ewentualnych zasad współpłatności istniejących w państwach członkowskich leczenia. Z kolei w wypadku procedury wynikającej z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej to pacjent jest najpierw zobowiązany do pokrycia pełnych kosztów leczenia, a dopiero później może domagać się zwrotu tychże kosztów w państwie członkowskim ubezpieczenia.

Po trzecie, odmienny jest poziom zwrotu kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone za granicą. W wypadku procedury wynikającej z przepisów o koordynacji państwo członkowskie ubezpieczenia pokrywa pełne koszty leczenia, niezależnie od kosztów tego leczenia w tym państwie. Z kolei w wypadku procedury wynikającej z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej to pacjent uzyskuje zwrot kosztów leczenia jedynie do wysokości, jaka miałaby zastosowanie w państwie członkowskim ubezpieczenia w przypadku takiej opieki zdrowotnej udzielonej na jego terytorium (bez przekraczania faktycznych kosztów uzyskanej opieki zdrowotnej).

Z powyższego zestawienia wynika, że **korzystniejsza dla pacjenta jest procedura wynikająca z przepisów o koordynacji**, bowiem – mimo potrzeby uzyskania uprzedniej zgody na leczenie – zasadniczo zwalnia ona pacjenta z konieczności samodzielnego pokrywania kosztów leczenia, które w całości od razu są opłacane przez NFZ (poza kosztami leczenia wynikającymi z ewentualnych zasad współpłatności istniejących w państwach członkowskich leczenia).

Pacjent, składając wniosek o wydanie uprzedniej zgody na planowane leczenie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA), może wskazać, w oparciu o którą z ww. procedur winna mu być wydana zgoda. Jeżeli pacjent nie wybierze konkretnej procedury, a spełnione będą przesłanki do wydania zgody w oparciu o przepisy o koordynacji, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ jest zobowiązany do wydania uprzedniej zgody właśnie w ramach procedury wynikającej z przepisów o koordynacji.

5.2.1. Procedura wynikająca z przepisów o koordynacji

Zasadą skorzystania przez ubezpieczonego ze świadczeń planowych w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) w oparciu o procedurę wynikającą z przepisów o koordynacji jest **uzyskanie uprzedniego zezwolenia (zgody)**. Zakres świadczeń, do których otrzymania uprawniony jest ubezpieczony, zależy właśnie od treści zezwolenia.

W przypadku ubezpieczonych obywateli Rzeczypospolitej Polskiej zgoda wydawana jest przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ co do zasady właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, po rozpatrzeniu wniosku złożonego przez samego pacjenta lub inną osobę uprawnioną. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma obowiązek wydać zezwolenie (zgodę) na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA), jeżeli zostaną spełnione dwa warunki:

1. świadczenie objęte zezwoleniem jest przewidziane przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje zezwolenie na leczenie w innym kraju Unii Europejskiej (EFTA), **jeżeli wniosek dotyczy świadczenia mieszczącego się w zakresie świadczeń gwarantowanych,** a zatem zamieszczonego w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych. Tylko bowiem takie świadczenia są przewidziane przez polskie ustawodawstwo jako finansowane ze środków publicznych.

Jeżeli jakaś procedura medyczna została określona w koszyku świadczeń gwarantowanych w sposób bardzo ogólny i tym samym nie został wskazany dokładnie sposób jej przeprowadzenia ani określony zestaw materiałów do wykorzystania w trakcie udzielenia świadczenia, należy przyjąć, że w zakresie tej metody leczenia, jako gwarantowane, znajdują się te wszystkie sposoby wykonania danej procedury medycznej i wykorzystanie takich materiałów, które z uwagi na wskazania medyczne i dostępne dane naukowe należy uznać za mieszczące się w ramach określonej metody leczenia, nawet wówczas, gdy ww. metoda leczenia nie jest praktykowana.

2. **pacjent nie może uzyskać w kraju świadczenia objętego zezwoleniem w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia,** w uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia zainteresowanego oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Ustalenie, czy pacjent nie może uzyskać w kraju odpowiedniego z medycznego punktu widzenia leczenia we właściwym czasie, następuje poprzez porównanie czasu, w jakim określone świadczenie zdrowotne powinno być udzielone pacjentowi oraz czasu, w jakim możliwe jest realne udzielenie tego samego świadczenia lub tak samo skutecznego świadczenia na terytorium kraju. Termin, w jakim najpóźniej z medycznego punktu widzenia pacjent powinien uzyskać określone świadczenie zdrowotne, określa w opinii dołączanej do wniosku lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł profesora lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta, dotychczasowy przebieg choroby i rokowania co do dalszego jej przebiegu.

Z kolei ustalenie terminu, w jakim pacjent może realnie uzyskać określone świadczenie w kraju, dokonuje się w oparciu o analizę list oczekujących na udzielnie danej procedury medycznej we wszystkich placówkach medycznych. Jeżeli termin, w jakim pacjent winien uzyskać świadczenie zdrowotne zgodnie z opinią właściwego lekarza jest krótszy niż najkrótszy termin oczekiwania u dowolnego świadczeniodawcy w kraju na udzielenie tego świadczenia, pacjent nie może uzyskać w kraju świadczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia. W takiej sytuacji dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ jest zobowiązany do wydania zezwolenia na leczenie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA).

Wniosek może złożyć nie tylko sam pacjent, ale także m.in. jego przedstawiciel ustawowy lub małżonek. Jest on składany na urzędowym formularzu, który można uzyskać na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia lub bezpośrednio w dowolnym oddziale wojewódzkim. Pacjent (wnioskodawca) wypełnia część pierwszą wniosku, a następnie przekazuje go lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego (specjaliście właściwej dziedziny medycyny). Lekarz ocenia konieczność przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych wskazanych we wniosku w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania pacjenta na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju oraz wskazuje placówkę opieki medycznej znajdującą się w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej (EFTA), w której pacjent powinien uzyskać dane świadczenie zdrowotne, i uzasadnia jej wybór, a także wskazuje proponowany środek transportu. Wypełniony w ten sposób wniosek pacjent składa w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Decyzję w sprawie wydania lub odmowy wydania pacjentowi zgody na przeprowadzenie albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. W razie niekorzystnej decyzji pacjentowi przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ, a następnie skarga do sądu administracyjnego.

Pacjent ma możliwość domagania się **refundacji kosztów leczenia** planowanego nie tylko w przypadku, gdy mimo uzyskania uprzedniej zgody na leczenie zobowiązany był do poniesienia określonych kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej (nie wynikających z z ewentualnych zasad współpłatności istniejących w państwach członkowskich leczenia), ale także wówczas, jeżeli złożył wniosek o wyrażenie zgody na planowe leczenie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA), uzyskał negatywną decyzję, udał się za granicę i uzyskał świadczenie zdrowotne na koszt własny, zaś następnie – w toku postępowania przed sądem administracyjnym – decyzja odmowna została uznana za bezzasadną. Refundacji można domagać się również wówczas, gdy pacjent podjął leczenie za granicą bez uzyskania uprzedniej zgody, jeżeli uzyskanie zezwolenia mogłoby być na tyle długotrwałe, że w sposób niekorzystny wpłynęłoby na szansę powrotu do zdrowia pacjenta. Wniosek o refundację należy skierować do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zaś warunkiem refundacji jest posiadanie przez pacjenta w dniu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej za granicą prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej oraz przedstawienie dowodów potwierdzających wysokość poniesionych kosztów (np. rachunki, faktury).

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma możliwość, ale nie obowiązek, wydania pacjentowi zgody (zezwolenia) na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (EFTA) najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, a także do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, gdy przewidywane koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

Ponadto Prezes NFZ ma możliwość skierowania pacjenta na przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

5.2.2. Procedura wynikająca z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

W trybie procedury wynikającej z dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej ubezpieczony pacjent najpierw udaje się na planowane leczenie do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej (czasem po uzyskaniu uprzedniej zgody na leczenie), gdzie pokrywa samodzielnie w całości koszty leczenia, a następnie po powrocie do kraju dopiero może domagać się **zwrotu kosztów leczenia od NFZ-u.**

Zwrot kosztów może dotyczyć wyłącznie tych świadczeń opieki zdrowotnej, **które mieszczą się w zakresie świadczeń gwarantowanych**, a zatem zostały zawarte w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych. Wyjątkiem w tym zakresie są: obowiązkowe szczepienia ochronne, opieka długoterminowa, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego oraz przydział i dostęp do narządów przeznaczonych do przeszczepów, które to świadczenia nie podlegają procedurze zwrotu kosztów.

Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów za planowane świadczenie opieki zdrowotnej udzielone za granicą jest spełnienie przez pacjenta takich samych wymagań, jakie są niezbędne do sfinansowania ze środków publicznych danego świadczenia w kraju. W związku z tym pacjent powinien posiadać stosowne skierowanie, zlecenie lub receptę, jeżeli są wymagane przez prawo polskie, niemniej dokumenty te mogą być również wystawione przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej.

Wniosek o zwrot kosztów składa się na urzędowym formularzu. Do wniosku należy dołączyć oryginał rachunku zawierający m.in. dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia udzielonego pacjentowi (w razie braku takich informacji na rachunku należy dołączyć stosowną dokumentację medyczną) oraz ewentualnie dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z rachunku, a także oryginał lub kopię skierowania, zlecenia lub recepty, jeżeli ich posiadanie było wymagane. Jeżeli ww. dokumenty zostały sporządzone w języku obcym, należy również dołączyć ich tłumaczenie na język polski, które nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć co do zasady w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta **w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku na udzielone świadczenie opieki zdrowotnej**. Brak dochowania powyższego terminu będzie skutkował odmową zwrotu kosztów leczenia. Decyzję administracyjną w przedmiocie zwrotu kosztów leczenia wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, od której przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ, a następnie skarga do sądu administracyjnego.

Fundusz dokonuje zwrotu kosztów leczenia jedynie do wysokości odpowiadającej kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między NFZ-em a świadczeniodawcami (z pewnymi wyjątkami).

W pewnych wypadkach warunkiem dochodzenia zwrotu kosztów leczenia może być **konieczność uzyskania uprzedniej zgody na leczenie w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej**, wydawanej w drodze decyzji administracyjnej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ co do zasady właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Minister zdrowia może bowiem określić w drodze rozporządzenia wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uzyskania takiej zgody, mając na względzie dobro pacjentów oraz gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych, a także konieczność należytego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju. Wykaz ten może zawierać wyłącznie:

1) świadczenia opieki zdrowotnej podlegające wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich, a jednocześnie których udzielenie wymaga:
a) pozostawania pacjenta w szpitalu do dnia następnego lub
b) zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury i sprzętu medycznego

2) świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia pacjenta.

5

Ustalony przez ministra zdrowia wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uzyskania uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera następujące procedury:

1) świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;

2) leczenie w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;

3) terapia izotopowa;
4) teleradioterapia stereotaktyczna;
5) teleradioterapia hadronowa wiązką protonów;
6) terapia hiperbaryczna;
7) wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne;
8) badania genetyczne;
9) pozytonowa tomografia emisyjna;
10) badania medycyny nuklearnej;
11) tomografia komputerowa;
12) rezonans magnetyczny.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może odmówić wydania uprzedniej zgody na leczenie tylko, gdy świadczenie gwarantowane objęte wnioskiem:

1) może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o NFZ-em w terminie dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na udzielenie konkretnego świadczeń opieki zdrowotnej;

2) stwarza dla zdrowia świadczeniobiorcy znaczne ryzyko, którego nie równoważą potencjalne korzyści zdrowotne, jakie może on odnieść dzięki uzyskaniu tego świadczenia

3) stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa

4) ma zostać udzielone przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, co do którego zachodzą istotne wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa, ustanowionych przez państwo, w którym udziela on świadczeń zdrowotnych.

W razie niekorzystnej decyzji dotyczącej zgody na leczenie pacjentowi przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ, a następnie skarga do sądu administracyjnego. Ponadto pacjent może poddać się leczeniu poza granicami kraju mimo braku uprzedniej zgody, jeżeli od złożenia wniosku upłynęło 30 dni, a jednocześnie istniała pilna konieczność podjęcia leczenia niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia, wynikająca z potwierdzonego stanu klinicznego.

Zobacz także:

Art. 19 i 20 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
Art. 25 i art. 26 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
Art. 42a–42k ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Art. 7, art. 8 i art. 11 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

SYSTEM OCHRONY PRAW PACJENTA

Pacjent posiada możliwość reagowania na naruszanie przez osoby wykonujące zawody medyczne i jednostki ochrony zdrowia zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Istnieje co najmniej kilka różnych dróg dochodzenia przez pacjenta przysługujących mu praw.

Przede wszystkim w ocenie pacjenta mogą nie być przestrzegane względem niego ogólnie obowiązujące zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, bez względu na sposób ich finansowania – na przykład niewłaściwie realizowany obowiązek informacyjny czy procedura uzyskiwania zgody, naruszenie tajemnicy zawodowej.

W takiej sytuacji w pierwszej kolejności pacjent powinien **zainterweniować u bezpośredniego przełożonego** osoby wykonującej zawód medyczny, w szczególności, jeżeli skarga dotyczy niewłaściwego postępowania tej osoby. Bezpośredni przełożony ma bowiem możliwość szybkiego zareagowania na ewentualne nieprawidłowości w postępowaniu podległego mu personelu. Należy pamiętać, że złożenie skargi w powyższy sposób nie będzie możliwe w tych sytuacjach, w których osoba wykonująca zawód medyczny nie posiada przełożonego.

Przykład: skargę na nieprawidłowe postępowanie personelu w szpitalu można skierować do ordynatora oddziału lub dyrektora szpitala, zaś personelu w przychodni – do jej kierownika; z kolei co do zasady nie jest możliwe złożenie skargi w przedstawionym trybie na postępowanie lekarza udzielającego świadczeń w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, bowiem nie posiada on bezpośredniego przełożonego.

W dalszej kolejności, jeżeli skarga u bezpośredniego przełożonego nie przyniesie spodziewanego rezultatu lub w ogóle nie jest możliwa do złożenia, pacjent powinien skierować **skargę na naruszenie praw pacjenta do Rzecznika Praw Pacjenta**. Organ ten ma swoją siedzibę w Warszawie i jego zadaniem jest ochrona praw pacjentów we wszystkich sytuacjach związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Wniosek kierowany do Rzecznika Praw Pacjenta, celem podjęcia przez niego interwencji w sprawie, powinien zawierać oznaczenie wnioskodawcy (czyli imię i nazwisko oraz dane kontaktowe osoby, która zwraca się z prośbą o interwencję), oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy (bowiem skarga w imieniu pacjenta może być złożona także przez osobę trzecią) oraz zwięzły opis stanu faktycznego (czyli krótkie przedstawienie, w której placówce ochrony zdrowia miało dojść do naruszenia praw pacjenta, na czym owo naruszenie praw pacjenta dokładnie polegało oraz które dokładnie osoby miały się dopuścić nieprawidłowego postępowania). Wniosek kierowany do Rzecznika Praw Pacjenta jest wolny od jakichkolwiek opłat. Należy go wysłać na adres: **ul. Młynarska 46, Warszawa 01-171.**

Pacjenci mają również do dyspozycji bezpłatną infolinię telefoniczną, działającą od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 21.00. Numer telefonu: 0-800-190-590 (dla telefonów komórkowych infolinia jest płatna, zaś jej numery to: 22-833-08-85 i 22-635-59-96).

W opinii pacjenta może dojść również do naruszenia względem niego ściśle zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli tych wszystkich reguł postępowania, które określają sposób udzielania pomocy pacjentom na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przykładem może być naruszenie zasad prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców.

W takiej sytuacji pacjent powinien **zwrócić się o pomoc do działu Skarg i Wniosków, działającego w każdym oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.** Jednostka ta zajmuje się przyjmowaniem i rozpatrywaniem wszystkich skarg pacjentów, które dotyczą prawidłowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki ochrony zdrowia na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pacjent może również wystąpić ze **skargą na naruszenie praw pacjenta do Rzecznika Praw Pacjenta,** na zasadach określonych powyżej.

Jeżeli nieprawidłowości dotyczą postępowania osób zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia, pacjent ma możliwość skierowania **skargi do właściwego dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub do Prezesa Funduszu.** Jeżeli interwencja ta nie przyniesie spodziewanego rezultatu, pacjent może złożyć **skargę do Ministra Zdrowia** (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa).

Pacjent ma również możliwość domagania się pociągnięcia podmiotu odpowiedzialnego za naruszenie przysługujących mu praw do odpowiedzialności cywilnej, karnej czy zawodowej. W tym celu ma on możliwość:

1. skierowania **wniosku o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej** do właściwego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jeżeli naruszenia praw pacjenta dopuściła się osoba wykonująca zawód medyczny (lekarz, pielęgniarka położna); wniosek ten jest wolny od opłat, zaś w związku z ewentualnie toczącym się postępowaniem pacjent nie ponosi żadnych kosztów;

2. złożenia **wniosku do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych o ustalenie zdarzenia medycznego,** jeżeli miejscem naruszenia praw pacjenta był szpital, zaś zdarzenie miało miejsce po 1 stycznia 2012 r.; zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy (jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego) lub zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego; wniosek podlega opłacie w wysokości 200 zł, zaś w przypadku orzeczenia przez komisję o braku zdarzenia medycznego pacjent ponosi również koszty postępowania; w razie orzeczenia przez komisję o zdarzeniu medycznym ubezpieczyciel przedstawia wnioskodawcy (pacjentowi) propozycję odszkodowania lub zadośćuczynienia;

3. złożenia **pozwu do sądu cywilnego o zasądzenie odszkodowania lub zadośćuczynienia** za naruszenie praw pacjenta, w tym za wywołanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia; zakres możliwego do dochodzenia roszczenia zależy od konkretnego stanu faktycznego, zaś żądanie może być skierowane zarówno przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny, jak i jednostce ochrony zdrowia; złożenie pozwu wiąże się co do zasady z koniecznością poniesienia opłaty od pozwu (5 % wartości przedmiotu sporu) i wydatków w toku postępowania (na przykład zaliczka na biegłych), które jednak zostaną co do zasady zwrócone w razie wygrania sprawy; w przypadku przegrania pacjent będzie musiał co do zasady ponieść również koszty całego postępowania, w tym wydatków poniesionych przez stronę przeciwną;

4. złożenia **zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (wykroczenia)** przez osobę wykonującą zawód medyczny, jeżeli w ocenie pacjenta zachodzi uzasadnione podejrzenie, że dopuściła się ona czynu zabronionego (przestępstwa, wykroczenia); zawiadomienie jest wolne od opłat, zaś w związku z ewentualnie toczącym się postępowaniem pacjent nie ponosi żadnych kosztów; należy jednak pamiętać, że umyślne fałszywe oskarżenie innej osoby o popełnienie czynu zabronionego, ewentualnie zawiadomienie prokuratora lub Policję o przestępstwie, o którym osoba zawiadamiająca wie, że go nie popełniono, samo w sobie stanowi przestępstwo, za które grozi odpowiedzialność karna.

Zobacz:

Art. 4, art. 41 – 58 i art. 67a – 67o ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Art. 444 – 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny
Art. 234 i art. 238 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny
Art. 53 – 113 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich
Art. 36 – 88 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych
§ 4 – 13 zarządzenia nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia

7 PRZYJAZNY LEKARZ – PARTNERSKA KOMUNIKACJA LEKARZA Z PACJENTEM

Zdrowia, szczęścia, pomyślności, spełnienia wszelkich marzeń... Tak brzmią życzenia, które najczęściej słyszymy od innych.

Nieprzypadkowo zdrowie jest na pierwszym miejscu. Jeśli czujemy się dobrze, łatwiej cieszyć się szczęściem i spełniać marzenia. Ten aspekt naszego życia cenimy szczególnie i kiedy nasze zdrowie zaczyna szwankować, robimy wszystko, by jak najszybciej poczuć się lepiej. Dlatego wizyty u lekarzy traktujemy poważnie. A za tym idą wysokie oczekiwania.

To, na czym zależy nam najbardziej, to skuteczność leczenia.
Od czasu, kiedy w Polsce dużo mówi się o obsłudze Klienta, coraz ważniejszy staje się nie tylko cel, czyli efekt leczenia. Ważna staje się też droga, czyli to w jaki sposób cel ten uda się osiągnąć: sposób w jaki personel będzie wspierać pacjentów w powrocie do zdrowia.

CZEGO OCZEKUJEMY?

Chcemy być traktowani z szacunkiem.
Chcemy, by personel medyczny był mocno zaangażowany w rozwiązanie naszego problemu.
Chcemy, żeby leczenie odbywało się w przyjaznej atmosferze.

LIDER POPULARNOŚCI

Żeby osiągnąć ten cel, porównujemy jakość leczenia w różnych miejscach, analizujemy gdzie personel medyczny jest oceniany przez innych pacjentów najwyżej. Coraz bardziej lubimy rankingi, zestawienia, oceny. Szukamy najlepszych.

Okazuje się, że w rankingu na najpopularniejszego lekarza pierwszego kontaktu wygrali dobrzy znajomi każdego z nas, czyli ... Google i Wikipedia. Już co drugi pacjent przeszukuje Internet, żeby znaleźć w nim informacje o swojej dolegliwości. To ich najpierw pytamy, co zrobić, kiedy coś nam dolega, a dopiero potem idziemy do lekarza, lub leczymy się sami.

Powyższy sposób postępowania ma znaczący wpływ na relację lekarza z pacjentem. Coraz szybciej rozwija się **model partnerski**, gdzie pacjent ma dużą wiedzę o swojej dolegliwości i coraz bardziej chce się angażować w szukanie rozwiązań. Pacjent pragnie być traktowany jako równorzędny podmiot w dyskusji nad swoim zdrowiem, a nie przedmiot działania lekarza. Dodatkowo, jako pacjenci jesteśmy coraz bardziej świadomi tego, jak żyć zdrowo. I coraz wyżej cenimy zdrowie, dbając o nie starannie. Stajemy się coraz skuteczniejszymi menedżerami swojego zdrowia.

AKTYWNY PACJENT

Podejście partnerskie zdobywa coraz więcej sojuszników także wśród lekarzy. Widać tendencję do zwiększenia udziału pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących jego zdrowia. Przyczyna tego podejścia wynika z siły wpływu na nasze zachowania, jaką ma reguła zaangażowania. Reguła ta mówi, że jeśli bierze się czynny udział w poszukiwaniu rozwiązań i podejmowaniu decyzji, ma się większą motywację, żeby później stosować zasady, które zostały wspólnie wypracowane.

Oczywiście, jak wszędzie, potrzebny jest zdrowy rozsądek obu zaangażowanych stron. Ważne byśmy nie zaczynali wizyty u lekarza od zaprezentowania gotowych pomysłów na swoje leczenie. Google i Wikipedia bywają pomocny, lecz nie zastąpią fachowej analizy lekarza.

Lekarz, poza tym, najczęściej ma bardzo dużą wiedzę medyczną, analizuje nasz jednostkowy przypadek. Wie, co w danej chwili, w naszej sytuacji, najprawdopodobniej okaże się skuteczne. Dlatego nie eksperymentujmy na sobie. Na innych lepiej też nie.

Idealnie byłoby, gdyby lekarze potrafili wyczuć, jak bardzo zaangażowany w proces leczenia chce i powinien być pacjent. Wielu z nas woli w pełni zdać się na inicjatywę lekarza i jak najbardziej mamy do tego prawo. Jednocześnie oczekujmy od lekarzy, żeby byli otwarci na uwagi tych pacjentów i ich rodzin, którzy chcą pomagać bardzo aktywnie. Przy dużej liczbie pacjentów lekarze i pielęgniarki siłą rzeczy nie są w stanie być cały czas z pacjentem i obserwować, jak reaguje jego organizm na podejmowane leczenie. Dlatego informacje przekazane przez osoby związane z chorym mogą być bardzo pomocne. Jest to szczególnie ważne w trudnych przypadkach, np. w czasie leczenia szpitalnego. Zabiegajmy o to, żeby lekarze odpowiadali na nasze pytania, kiedy coś nas niepokoi. Pamiętajmy jednak o tym, żeby robić to bardzo sprawnie, czyli pytać konkretnie, w odpowiedniej chwili i niezbyt często, bo lekarze potrzebują znaleźć czas także dla innych pacjentów.

MOC ZAANGAŻOWANIA

Reguła zaangażowania i konsekwencji ma też drugą stronę medalu. Jeśli wymyślimy jakiś sposób, który wydaje nam się dobry, mocno przywiązujemy się do niego, bo JEST NASZ, czyli prawdopodobnie bliski doskonałości. I wówczas wchodząc do gabinetu oczekujemy potwierdzenia przez specjalistę, że „to rzeczywiście świetny pomysł!". Wówczas nie jesteśmy otwarci na uwagi, odmienne od naszego podejścia, na partnerską dyskusję.

Czym charakteryzuje się zdrowy układ partnerski? Na pewno równorzędnością. Obie strony są równie ważne. Mają wspólny interes i razem szukają rozwiązań. Są zaangażowane, szanują się wzajemnie, pomagają sobie.

Alternatywy?
„Jestem chory. Przepraszam. Mogę zabrać nieco Pańskiego czasu?"
Jeśli taki sygnał wysyła mowa naszego ciała w czasie wizyty lekarskiej, lekarz czasem wchodzi w rolę nieprzystępnego mentora. Wydaje żołnierskie instrukcje, które należy wykonać.

„Wiem lepiej!"
To dynamicznie rosnąca grupa osób, które przyjmują postawę roszczeniową. Ci pacjenci nie proszą – oni WYMAGAJĄ. Często wizytę w gabinecie traktują jak kolejne zadanie do wykonania: „Dzień dobry. Mam zapalenie gardła. Proszę mi przepisać Augmentin. On mi najlepiej pomaga, a szybko muszę być zdrowy". I zgodnie z regułą wzajemności, lekarz „usztywnia się". Zaczyna się niepotrzebna próba sił, w której ciężko wyłonić zwycięzcę.

„Wspólnie rozwiążmy problem"
To podejście partnerskie. Nastawiamy się na osiągnięcie dobrego rezultatu w dobrej atmosferze, ponieważ, znów zgodnie z regułą wzajemności, pozytywna, konkretna forma rozmowy z lekarzem rodzi jego przyjazne nastawienie.

PACJENT SPECJALISTĄ?

Dlaczego w tak trudnej dziedzinie jak medycyna nasza rola jest aż tak istotna? Przecież nie mamy specjalistycznej wiedzy. Błąd. Mamy wiedzę i możliwości, jakich nie ma nikt inny.

Mamy mnóstwo wiedzy o sobie, możliwość dokonywania nieustannych obserwacji siebie (wyłączając czas kiedy śpimy) i moc sprawczą wprowadzania rozwiązań w życie.

Lekarz ma bogatą wiedzę i doświadczenie. Razem możemy tworzyć zgrany duet. A nawet tercet, bo bardzo istotną rolę w tej relacji pełni pielęgniarka lub położna, która poprzez rozmowę z pacjentem i obserwację jego zachowań zdobywa dużą wiedzę o nim. W czasie opieki dowiaduje się, jaką pacjent ma wiedzę o swoim stanie zdrowia i chorobie oraz jaki ma do niej stosunek. Te informacje są bardzo przydatne lekarzowi, szczególnie

w trudnych przypadkach medycznych. Bardzo ważną rolą pielęgniarki (położnej) jest też angażowanie rodziny w proces leczenia. Może pomóc rodzinie zaplanować i wprowadzić w życie sposób wspierania chorego.

Osobami, które również biorą istotny udział w procesie leczenia, są pracownicy rejestracji, których rolą jest pomoc pacjentom w jak najsprawniejszym pokierowaniu tym procesem. Te osoby często posiadają dużą wiedzę na temat przebiegu leczenia w różnych sytuacjach. Dlatego mogą pełnić rolę naszego przewodnika. Jedną z podstawowych kompetencji pracowników rejestracji powinno być cierpliwe wyjaśnianie wszelkich kwestii organizacyjnych i odpowiadanie na nasze pytania. Jednocześnie pamiętajmy, że na dużą część decyzji (tj. zakres badań) nie mają oni wpływu. Często nie mogą zaproponować nam tego, czego oczekujmy – bądźmy wówczas wyrozumiali.

WPŁYW PACJENTA NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Szukając sposobów na skuteczne leczenie, interes każdej z zaangażowanych stron jest wspólny. Każda z nich chce osiągnąć sukces, czyli sprawnie doprowadzić do sytuacji, gdy pacjent znów będzie cieszyć się zdrowiem. Wszyscy chcą dokonać tego w możliwie krótkim czasie i w sposób jak najbardziej przyjazny dla organizmu. Chcemy zatem szybkiej, poprawnej diagnozy i skutecznego leczenia.

Od czego zatem zależy skuteczność leczenia?

Wpływ na to mają głównie: trafna diagnoza, właściwie dobrane leczenie i konsekwentne stosowanie zaleceń. Może się wydawać, że jako pacjenci mamy wpływ tylko na ten trzeci czynnik. Jednak nasze zaangażowanie na dwóch pierwszych etapach ma duże znaczenie.

Co więcej, to ważne założenie: Odpowiedzialność za skuteczność leczenia leży po obu stronach. Z badań jasno wynika, iż przyczyną niewłaściwie lub zbyt późno postawionej diagnozy jest nieodpowiednia komunikacja na linii pacjent – lekarz.

Czym zatem jest zdrowe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia? To przede wszystkim:

- dobre przygotowanie do wizyty lekarskiej;
- precyzyjne, uporządkowane przekazywanie personelowi medycznemu informacji o swoim stanie zdrowia;
- szukanie rozwiązań w trudnej sytuacji, np. nowych metod leczenia skomplikowanych przypadków i omawianie ich z lekarzem;
- bycie odpowiedzialnym za swój proces leczenia (regularne wizyty, badania, konsekwentne stosowanie zaleceń);
- dużo energii w profilaktykę!

CO KONKRETNIE MOGĘ ROBIĆ? PRZED WIZYTĄ POMÓŻ LEKARZOWI POSTAWIĆ DOBRĄ DIAGNOZĘ.

Przygotuj się do wizyty.
Jak to zrobić? Obserwuj siebie. Zwracaj uwagę, jak reaguje Twoje ciało w różnych sytuacjach. I kiedy widzisz niepokojące objawy, działaj od razu – zanim choroba zacznie się rozwijać. Bacznie obserwując siebie będziesz w stanie podać lekarzowi więcej precyzyjnych informacji.

Pomyśl kiedy zaczęły się objawy i w jakich okolicznościach. Czy pierwsze objawy nastąpiły po wysiłku, a może rano zaraz po przebudzeniu?

Zanotuj sobie najważniejsze informacje. To pomoże Ci przekazać te informacje w sposób rzeczowy i uporządkowany. Wizyty u lekarzy należą do tych bardziej emocjonalnych. Jesteśmy zaaferowani, ponieważ bardzo zależy nam na tym, żeby wizyta przyniosła dobry skutek. Najlepiej bezboleśnie i bez silnego ciosu dla naszej kieszeni. Dlatego zdarza nam się zapomnieć przekazać istotne informacje. Jeśli sam podjąłeś próbę leczenia – zapisz dokładnie, co zrobiłeś.

Zapisz sobie pytania do lekarza. I zostaw miejsce na zapisanie odpowiedzi.

Zastanów się, czy pójdziesz sam. Możesz poprosić kogoś, żeby Ci towarzyszył, nawet jeśli nie potrzebujesz fizycznej pomocy drugiej osoby. Osoba towarzysząca najczęściej podchodzi do wizyty mniej emocjonalnie, dzięki czemu łatwiej jej zadbać o rzeczową rozmowę z lekarzem.

Zrób listę leków, jakie masz w domu, żeby pokazać ją lekarzowi. Unikniesz w ten sposób niepotrzebnych wydatków.

W CZASIE WIZYTY

Zarządzaj czasem swojej wizyty. Masz najczęściej kilkanaście minut na to, żeby pomóc lekarzowi w tym, aby on pomógł Tobie. Dlatego unikaj zbyt długich wywodów. Przekaż te informacje, które wydają Ci się istotne i daj lekarzowi czas na pytania.

Poinformuj lekarza PRECYZYJNIE, jakie masz objawy („Czuję ból między oczami i podczas schylania się, mam gorączkę 38 stopni, mam wydzielinę z nosa").

Powiedz, kiedy zauważyłeś pierwsze objawy. Wspieraj się notatkami.

Diagnozę zostaw lekarzowi. Lekarz prawdopodobnie jest w tym znacznie lepszy do Ciebie.

Poinformuj o wszelkich uczuleniach, lekach, które zażywasz, o ciąży. Może zdarzyć się tak, że lekarz nie zapyta Cię o to, więc sam powiedz o tym. Poinformuj personel, jeśli jesteś mało odporny na ból lub masz skłonności do omdlewania.

Mów prawdę. Powiedz, od kiedy dokładnie masz dolegliwości. Lepiej usłyszeć od lekarza, że zbyt długo zwlekałeś z wizytą niż utrudnić mu postawienie właściwej diagnozy. Jeśli nadużywasz środków odurzających, powiedz o tym – lekarza obowiązuje tajemnica lekarska, a te informacje będą mu bardzo potrzebne przy ustalaniu procesu leczenia.

Mów otwarcie także o rzeczach wstydliwych. To specyfika zawodu lekarza, że częściej niż inni słyszy rzeczy bardzo osobiste.

Pokaż listę leków. Oczywiście nie przekonuj lekarza, żeby koniecznie przepisał Ci leki z listy – to zdrowe dla kieszeni, lecz nie dla organizmu.

Dopytuj, jeśli czegoś nie rozumiesz. Tylko nie rób tego wtedy, kiedy lekarz Cię bada – przeszkodzisz mu w badaniu. Świetnie, jeśli wizytę u lekarza potraktujesz przy okazji jako instrukcję obsługi siebie. Ucz się jak postępować, żeby zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby.

Pamiętaj o profilaktyce. Spytaj, co zrobić, by nie wrócić do gabinetu z tą samą dolegliwością. I jak postępować zanim pojawisz się na wizycie, jeśli takie objawy powtórzą się. Być może przy drobnych dolegliwościach będziesz lekarzem sam dla siebie. Oczywiście możesz wówczas używać tylko metod nie wymagających konsultacji medycznych. Eksperymentowanie z farmaceutykami to zdecydowanie nie jest najlepszy pomysł.

Powiedz lekarzowi o wrażeniach z wizyty. Znajdź chwilę na to, żeby powiedzieć lekarzowi o tym, co szczególnie spodobało Ci się w czasie wizyty. Jeśli masz mało czasu, wybierz jedną rzecz i powiedz o niej konkretnie, w stylu „Dziękuję za szczegółowe wyjaśnienie, jak będzie wyglądał proces leczenia. To było ważne dla mnie". Lekarz, tak jak każdy człowiek, potrzebuje pozytywnego wzmocnienia i konkretnej informacji o tym, co cenią w nim inni. To da mu motywację do tego, żeby u kolejnego pacjenta również o to zadbać.

PO WIZYCIE

Przeczytaj uważnie ulotkę informacyjną leku. Sprawdź, czy nie ma na niej przeciwwskazań, których nie omówiłeś z lekarzem.

Podziel się opinią o wizycie z innymi. Dbajmy o to, żeby jakość współpracy personelu medycznego z pacjentami była coraz lepsza. Dlatego mówmy o tym, co nam się podobało, a co nie. Polecajmy sobie dobrych lekarzy, mówiąc konkretnie za co ich cenimy.

Dziel się dobrymi radami. Jeśli dowiesz się co pomaga unikać dolegliwości, jaka Ci się trafiła, rozpowszechniaj tę wiedzę. Mów o tym znajomym i rodzinie. Promuj zdrowy styl życia.

ROLA LEKARZA

Lekarze mają w naszych oczach niezwykłą moc sprawczą. To im przypisujemy zarówno zasługi, jak i winy związane nie tylko z szybkością naszego powrotu do zdrowia, ale również z długością oczekiwania na badanie czy ich dostępnością. Na wiele z tych działań lekarz ma jednak ograniczony wpływ. Za to ewidentnie w obszarze jego wpływu jest jego nastawienie do nas. Jeśli decydujemy się budować relacje partnerskie z lekarzem, warto jasno określić, czym jest dla nas partnerstwo w takiej sytuacji. Gdy już wiemy, najskuteczniejszą drogą, by to osiągnąć, jest przyjazna asertywność, czyli jasne określanie oczekiwań i wyrażanie ich z szacunkiem dla drugiej osoby.

CZEGO MOŻNA I WARTO OCZEKIWAĆ OD LEKARZA?

Konkretnych informacji przekazanych zrozumiałym językiem. Każdy zawód ma swój żargon firmowy. Jeśli nie rozumiemy tego, co mówi lekarz, poprośmy o wyjaśnienie.

Zapewnienia komfortu i poczucia bezpieczeństwa. Jeśli sposób badania sprawia Ci dyskomfort, np. nie zapewnia Ci wystarczającej intymności, powiedz personelowi czego potrzebujesz, żeby poczuć się lepiej.

Informacji o tym, co robi i czemu to służy. Powinniśmy to wiedzieć na każdym etapie leczenia. Czasem nawet krótka informacja jest wystarczająca. To zwiększa nasze poczucie bezpieczeństwa.

Zapisania przez lekarza na kartce istotnych informacji. W czasie wizyty zwykle wydaje nam się, że zapamiętamy wszystkie informacje, a potem pojawia się kłopot. Szczególnie ważne są informacje odnośnie sposobu zażywania leków, innych zaleceń, kolejnych etapów leczenia.

Pozytywnego nastawienia i mówienia pozytywnym językiem. Ja dobrze znoszę nawet tak dramatyczne zabiegi jak pobieranie krwi czy zastrzyki. Do gabinetów zabiegowych wchodzę zwykle w dobrym nastroju. I czasem słyszę „Chyba się Pan nie boi, prawda? Bo to nie jest takie straszne". Wtedy zaczynam się bać. Dopadają mnie czarne myśli: „może wprowadzili jakieś nowe techniki i igła ma grubość palca?"

Indywidualnego podejścia. Niektórzy z nas oczekują większego udziału w procesie podejmowania decyzji, a inni nie mają takiej potrzeby. Personel powinien to uszanować. Podobnie różnimy się podejściem do sposobu przeżywania choroby. Niektórzy pacjenci chcą rozmawiać o tym, co im dolega. Inni wolą milczeć. W takich sytuacjach lekarz czy pielęgniarka (położna) mogą porozmawiać z rodziną pacjenta, żeby dowiedzieć się więcej o tym, jakie podejście najbardziej pomaga pacjentowi.

Edukowania. Najlepsi lekarze wiedzą, że jeśli pacjent dobrze rozumie na czym polega choroba, wzrasta szansa, że będzie skuteczniej z nią walczył. Pomoże mu to również w unikaniu zagrożenia w przyszłości. Chętniej też podzieli się tą wiedzą z innymi. Dlatego oczekujmy tego od lekarzy tego, by cierpliwie szukali sposobów wyjaśniania nam naszych dolegliwości, najprościej jak potrafią. Znany jest przypadek ortopedy, który założył nogi na biurko, żeby pokazać pacjentowi, jakiej pozycji nie lubi jego kręgosłup. Prośmy lekarzy o to, by tłumaczyli nam obrazowo, używali modeli, zdjęć, rysunków, przykładów, informowali, gdzie możemy zdobyć więcej informacji na interesujący nas temat.

Jasnej, kompleksowej informacji jak będzie wyglądał proces leczenia. Warto dokładnie wiedzieć, co będzie się działo krok po kroku. To pozwoli nam przygotować się organizacyjnie i psychicznie. Da nam poczucie kontroli nad sytuacją. Zapytajmy jaka dokładnie będzie nasza rola i co możemy zrobić, żeby jak najlepiej wspierać proces leczenia.

PODSUMOWANIE

Każdy z nas pewnie chciałby, żeby jakość polskiej służby zdrowia była coraz lepsza. Chcemy spotykać przyjaźnie nastawionych lekarzy, pomocne pielęgniarki i położne, otrzymywać skuteczne metody leczenia.

Mamy poczucie, że jako pacjenci mamy na to wpływ. Każda akcja rodzi reakcję. Akcja pozytywna najczęściej przynosi skutek pozytywny. Pod warunkiem, że mocno wierzymy w nasze działania i jesteśmy w nich konsekwentni. Czego zarówno sobie, jak i Wam serdecznie życzymy.

Podstawowe akty prawne:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE. L. 2004 Nr 166, poz. 1 z późn. zm.)
- dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. U. UE. L. 2011 Nr 88, poz. 45)
- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2011 Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)
- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. 2011 Nr 277, poz. 1634 ze zm.)
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
- ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.)
- ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2012 Nr 159 z późn. zm.)
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)
- ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2011 Nr 122, poz. 696 z późn. zm.)
- ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
- 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 (Dz. U. 2005 Nr 200, poz. 1661 z późn. zm.)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 Nr 214, poz. 1816)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008 Nr 81, poz. 484)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2013, poz. 1248)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2013, poz. 1413)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013, poz. 1520)

Podstawowa literatura (komentarze, monografie, prace zbiorowe):

- A. Augustynowicz, A. Budziszewska – Makulska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2010
- K. Baka, G. Machaluk, A. Pietraszewska – Macheta, A. Sidorko, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, Warszawa 2010
- K. Bączyk-Rozwadowska, Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu, Toruń 2013
- J. Bujny, Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem, Warszawa 2007
- M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2014
- U. Drozdowska, Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta, Warszawa 2007
- T. Dukiet-Nagórska, Autonomia pacjenta a polskie prawo karne, Warszawa 2008
- M. Filar, Lekarskie prawo karne, Kraków 2000
- M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska – Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2005
- F. Grzegorczyk (red.), Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2013
- B. Janiszewska, Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe, Warszawa 2013
- D. Karkowska, Prawa Pacjenta, Warszawa 2009
- D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2010
- D. Karkowska, Prawo medyczne dla pielęgniarek, Warszawa 2013
- R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009
- R. Kubiak, Prawo medyczne, Warszawa 2014
- L. Kubicki (red.), Prawo medyczne, Wrocław 2003
- D.E. Lach, Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa 2011
- A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kraków 1998
- M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013
- M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2014
- M. Nesterowicz (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2009
- Nowak-Kubiak J., Łukasik B., Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, Warszawa 2006
- L. Ogiegło (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2010
- T.Filarski, P. Guła, J. Kycia, M.Mikos, P. Pochopień, S. Poździoch (red.), M.WaszkiewiczUstawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz, Warszawa 2013
- M. Safjan, Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny, Warszawa 1998
- M. Safjan (red.), Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami, Warszawa 2011
- M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1989
- T. Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Warszawa 2013
- M. Śliwka, Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym, Toruń 2008
- M. Świderska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007
- E. Zatyka, Lekarski obowiązek udzielenia pomocy, Warszawa 2011
- A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988
- E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014

O autorach:

Tomasz Filarski – prawnik, kierownik Działu skarg i wniosków w Małopolskim Oddziale NFZ w Krakowie, w latach 2000–2010 Rzecznik Praw Pacjenta w Małopolskiej Kasie Chorych i Małopolskim Oddziale NFZ, wiceprzewodniczący Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Krakowie, wykładowca prawa medycznego, prezes Stowarzyszenia Wspierania Onkologii Unicorn.

www.unicorn.org.pl

Tomasz Sroka – doktor nauk prawnych, asystent w Katedrze Prawa Karnego oraz Zakładzie Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykładowca prawa karnego i prawa medycznego na Wydziale Prawa i Administracji oraz Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UJ; sekretarz studiów podyplomowych "Prawo medyczne i bioetyka" oraz koordynator w Studenckiej Poradni Prawnej na Uniwersytecie Jagiellońskim; asystent sędziego Trybunału Konstytucyjnego.

www.tomaszsroka.eu

Mariusz Siechowicz – partner zarządzający w firmie doradczej Westhill Consulting. Od 15 lat zajmuje się doskonaleniem jakości obsługi Klienta i Pacjenta w największych firmach w Polsce. Związany z branżą usług medycznych, pełnił funkcję osoby odpowiedzialnej za opracowanie, wdrożenie i monitorowanie standardów jakości obsługi w jednej z największej sieci placówek medycznych działających w naszym kraju. Jego życiową misją jest wspieranie firm i placówek medycznych w budowaniu prawdziwie partnerskich relacji z Klientami i Pacjentami.

www.westhill.pl

ISBN: 978-83-929175-3-3

Egzemplarz bezpłatny