Anna Banaszewska

Fundacja centrum inicjatyw. gospodarka i zdrowie | a.banaszewska@aimkancelaria.pl

Pacjent i jego prawa

Europejski dzień pacjenta, materiał dla dziennikarzy

Spis treści:

[Wstęp. 2](#_Toc448419452)

[Prawa pacjenta w prawie Unii Europejskiej. 3](#_Toc448419453)

[Prawa pacjenta w prawie krajowym. 3](#_Toc448419454)

[Prawo dostępu do świadczeń gwarantowanych. 5](#_Toc448419455)

[Lek jako świadczenie gwarantowane. 7](#_Toc448419456)

[Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenie opieki zdrowotnej lub sprzeciwu. 9](#_Toc448419457)

[Ochrona praw pacjenta. 11](#_Toc448419458)

[Wnioski. 13](#_Toc448419459)

# Wstęp.

Na 18 kwietnia przypada 10 rocznica Europejskiego Dnia Pacjenta. To dobra okazja aby przyjrzeć się prawom pacjenta w szerokim kontekście. Dzisiaj nie powinno budzić wątpliwości, że prawa pacjenta należą do grupy praw człowieka i jako takie podlegają ścisłej ochronie prawnej. W tym kontekście pojawia się bardzo uzasadnione pytanie: jeśli faktycznie tak jest, że prawa pacjenta podlegają ścisłej ochronie prawnej to z jakiego powodu nadal jest to pole częstych uchybień? Wiele podmiotów leczniczych podejmuje działania zmierzające   
do poprawy przestrzegania praw pacjenta: w każdej placówce karta praw pacjenta jest dostępna w widocznym miejscu, dyrektorzy szpitali powołują stanowiska pełnomocników ds. praw pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta jest elementem oceny akredytacyjnej a mimo to jeśli przyglądamy się sprawom konkretnych pacjentów to nadal istnieje wiele obszarów w których prawa te są naruszane. Świadczy o tym ilość spraw rozpatrywanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, oraz ilość spraw będących przedmiotem postępowań sądowych. Dlaczego tak jest? Może przyczyny należy szukać w innym miejscu? Po pierwsze jeśli spojrzymy na przepisy prawa dostrzegając, że zawierają one normy powinnego zachowania, czyli określają w jakich sytuacjach, w jaki sposób i kto powinien lub może się zachowywać, to wówczas okazuje się, że warunkiem sine qua non przestrzegania prawa jest zrozumienie jego istoty. Po drugie prawo w polskim porządku prawnym tworzy system wzajemnych zależności, zatem chcąc rozmawiać o prawach pacjenta należy uwzględniać cały system praw i obowiązków który jest związany z przestrzeganiem praw pacjenta. Po trzecie, należy zdefiniować jeśli są i dążyć do likwidacji barier uniemożliwiających właściwą realizację praw pacjenta.

Instytut Praw Pacjenta wraz z Fundacją Centrum Inicjatyw Gospodarka i Zdrowie oraz przy patronacie Polskiej Federacji Szpitali podjęły dyskusję na temat praw pacjenta zapraszając do udziału w rozmowie przedstawicieli: menedżerów ochrony zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, pacjenta, prawników.

# Prawa pacjenta w prawie Unii Europejskiej.

Państwa członkowskie są zobowiązane do przestrzegania praw człowieka, a więc i praw pacjenta na mocy przepisu art. 2 *Traktat o Unii Europejskiej* wskazującego że *„Unia opiera się na wartościach poszanowania godności osoby ludzkiej, wolności, demokracji, równości, państwa prawnego, jak również poszanowania praw człowieka”.*

**Do najistotniejszych dokonań w zakresie ochrony praw człowieka należy zaliczyć uchwalenie**: 4 listopada 1950 r. ***Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności***, zwaną *Europejską Konwencją Praw Człowieka*. Zgodnie z przepisami art. 2, 5, i 8 *Konwencja Praw Człowieka* zobowiązuje strony umowy międzynarodowej do poszanowania prawa człowieka do życia, wolności oraz bezpieczeństwa osobistego, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Ingerencja w to prawo jest niedopuszczalna, chyba że jest   
to konieczne i wynika z ustawy. Trzeba podkreślić, że w przepisie art. 6 ust. 2 *Traktatu o Unii Europejskiej*, Unia a zatem wszystkie państwa członkowskie przyjęły konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

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

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

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

# Prawa pacjenta w prawie krajowym.

Przede wszystkim należy podkreślić, że pomiędzy porządkiem prawnym państw członkowskich a prawem Unii Europejskiej istnieje ścisła relacja polegająca na włączeniu   
do krajowego porządku prawnego przepisów prawa unijnego w zakresie wskazanym w *Traktacie o Unii Europejskiej* i *Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej* oraz protokołach dodatkowych do nich.

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

Refleksem praw człowieka są prawa pacjenta opisane w *ustawie o prawach pacjenta   
i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Tym samym należy podkreślić, że prawa pacjenta są prawami gwarantowanymi konstytucyjnie. Zgodnie z art. 2 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* **przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia (Minister Zdrowia), Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.** Analizując przepisy prawa związane z organizacją ochrony zdrowia i udzielaniem świadczeń trzeba zwrócić uwagę, że przepisom nadającym poszczególne uprawnienia pacjentom odpowiadają przepisy nakładające uprawnienia i zobowiązania na wszystkie podmioty zobowiązanie do przestrzegania praw pacjenta. Zatem istnieje ścisła relacja pomiędzy poszczególnymi prawami pacjenta a prawami i obowiązkami: płatnika, lekarzy, osób udzielających świadczenia tj. pielęgniarka, farmaceuta, a także osób uczestniczących   
w udzielaniu świadczeń. Kto jednak należy do katalogu osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń? Będzie to każda osoba której działanie w jakikolwiek sposób jest związane   
z którymkolwiek z etapów udzielania świadczenia w podmiocie leczniczym tj. od momentu przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisania. Z pewnością do katalogu tych osób należy zaliczyć: osoby pracujące w rejestracji, osoby pracujące w działach administracyjnych – odpowiedzialne za współpracę podmiotu leczniczego z płatnikiem, a także osoby pracujące w dziale zamówień publicznych.

Prawa pacjenta określone w:

* *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*:

1. Prawo do wolności,
2. Prawo do życia,
3. Prawo równego dostępu do świadczeń gwarantowanych,

* *ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:*

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych
2. Prawo pacjenta do informacji
3. Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych
4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych
5. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
6. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności
7. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej
8. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
9. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

# Prawo dostępu do świadczeń gwarantowanych.

Prawo równego dostępu do świadczeń gwarantowanych jest prawem konstytucyjnym zawartym w przepisie art. 68 ust. 2 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*. Zgodnie z którym każdy ma prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych   
ze środków publicznych na zasadach wskazanych w ustawie. Powstaje zatem pytanie jakie zatem świadczenia są świadczeniami gwarantowanymi? Zgodnie z *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* **pojęcie świadczenie gwarantowane obejmuje wszystkie świadczenia służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, finansowane w całości   
lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych   
w ustawie.** Katalog świadczeń gwarantowanych jest określony w **art. 15** *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* i obejmuje świadczenia z następującego zakresu:

* **podstawowej opieki zdrowotnej**,
* **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**,
* **leczenia szpitalnego,**
* opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
* rehabilitacji leczniczej,
* świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
* leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego,
* zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji,
* ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej,
* **świadczeń wysokospecjalistycznych,**
* **programów zdrowotnych**,
* leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę,
* **programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji**,
* **leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji,**
* leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 *ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne*, pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a *ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia*, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Trzeba w tym miejscu podkreślić, że pacjent zgodnie z przepisami *ustawy o prawach pacjenta*

*i Rzeczniku Praw Pacjenta*, ma prawo do :

* **świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,**
* **natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia,**
* **świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym**. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Jednocześnie prawo pacjenta równego dostępu do świadczeń gwarantowanych jest chronione nałożonymi na osoby udzielające świadczeń zdrowotnych oraz podmiot leczniczy zobowiązaniami:

* **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**.
* pielęgniarka i położna są zobowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.
* **podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.**

W powyższym kontekście pojawia się praktyczne pytanie: **Czy podmiot leczniczy ma prawo odmówić pacjentowi leczenia w sytuacji przekroczenia limitu zawartej z NFZ umowy?**   
W przypadkach zagrożenia życia i zdrowia zarówno lekarz jak i podmiot leczniczy ma obowiązek udzielić pacjentowi pomocy, obowiązek ten ma charakter wyprzedzający   
w stosunku do umowy zawartej z płatnikiem. Oznacza to, że limit umowy z NFZ nie może uzasadniać odmowy leczenia pacjentowi w stanie zagrożenia życia lub zdrowia.

W tej kwestii stanowisko zajął Sąd Najwyższy wskazując, że *„obowiązek niesienia pomocy występuje we wszystkich wypadkach, w których zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować określone w tym przepisie skutki, a więc i wtedy, gdy ich zaistnienie mogło i powinno być przez lekarza przewidziane. Oznacza to, że* ***w******kontakcie z pacjentem lekarz zobowiązany jest ocenić nie tylko stan jego zdrowia na podstawie aktualnej diagnozy, ale także w wypadku stwierdzenia zagrożenia rozważyć prawdopodobieństwo jego zwiększenia. Jeśli przewidywany wzrost zagrożenia wskazuje na możliwość zaistnienia skutków wymienionych w art. 30, to, pełniąc funkcję gwaranta, lekarz jest zobowiązany   
do niezwłocznego udzielenia właściwej pomocy medycznej, chyba że zwłoka w jej udzieleniu nie zmieniłaby stopnia zagrożenia****. Niespełnienie tych obowiązków przez lekarza narusza art. 30 tej ustawy”* [Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2010 r. sygn. akt: V KK 34/10]*.*

Ponadto *„****udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego podmiotem leczniczym czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające   
z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne****”* [Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r. sygn. akt: I CSK 161/13].

Zatem trzeba podkreślić, że kwalifikacji pacjenta nie może dokonać ani pielęgniarka ani rejestratorka zapisująca pacjenta pacjenta na wizytę.

**Takiej kwalifikacji może dokonać wyłącznie lekarz, tylko lekarz ma kompetencje do oceny: stanu zdrowia pacjenta, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę z powodu którego ma być udzielone świadczenie jaki zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niesprawności.** Lekarz jest zobowiązany ocenić nie tylko stan zdrowia pacjenta, ale także w wypadku stwierdzenia zagrożenia rozważyć prawdopodobieństwo jego zwiększenia. **W przypadku stwierdzenia zagrożenia zdrowia świadczenie powinno być pacjentowi udzielone bez względu na limit świadczeń i kolejkę osób oczekujących. Wskazany obowiązek dotyczy również osób działających w imieniu i na rzecz lekarza lub podmiotu leczniczego. Osoby te powinny zapewnić bezpośredni kontakt z lekarzem.**

# Lek jako świadczenie gwarantowane.

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

Przede wszystkim należy podkreślić, że to które leki i w jakim zakresie stanowią świadczenia gwarantowane określa Minister Zdrowia w drodze obwieszczenia określając wykaz leków refundowanych.[[1]](#footnote-1) Wykaz leków refundowanych obejmuje konkretne leki którym przyznano decyzje o refundacji poprzez wskazanie:

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

Wykaz leków refundowanych wskazuje konkretne leki, opisane nazwą handlową, które zostały objęte refundacją, a zatem znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych. Pacjent ma zatem prawo równego dostępu do każdego z leków opisanych nazwą handlową na zasadach wskazanych w ustawie o refundacji. Trzeba podkreślić, że każdy pacjent, który spełnia kryteria stosowania leku objętego refundacją ma prawo równego dostępu do każdego leku zamieszczonego na liście leków refundowanych.

**Prawo równego dostępu do świadczeń gwarantowanych w tym leków jest prawem wynikającym z *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, ma charakter bezwzględny i nie wolno tego prawa ograniczać.**

Mając na uwadze zakres świadczeń gwarantowanych jakie ma obowiązek zapewnić świadczeniodawca pacjentowi podczas leczenia szpitalnego powstaje praktyczne pytanie:

**czy w czasie hospitalizacji pacjent powinien otrzymać bezpłatnie również leki które musi przyjmować z tytułu schorzeń, które nie są przyczyną hospitalizacji?**

Inaczej formułując pytanie: czy pacjent przyjęty na oddział szpitalny w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego powinien mieć również zapewnione przez szpital leki które stosuje   
w przebiegu cukrzycy lub nadciśnienia?

Podmiot leczniczy ma obowiązek bezpłatnego zapewnienia leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do udzielenia świadczenia pacjentowi przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych, a także przy udzielaniu pomocy   
w stanach nagłych.[[2]](#footnote-2) Niejednokrotnie zdarza się, że przepis ten jest interpretowany zawężająco co w konsekwencji oznacza, że pacjent jest zmuszony do korzystania w przebiegu leczenia szpitalnego z własnych leków i własnych wyrobów medycznych. Jednak taka praktyka jest niewłaściwa.

Naczelny Sąd Administracyjny wskazuje, że: *”****Pacjentowi przyjętemu do szpitala przysługuje prawo do bezpłatnych leków koniecznych do wykonania świadczenia, a świadczeniodawca ma obowiązek ich zapewnienia****. Ta konstatacja wynikająca wprost z art. 35 ustawy (przyp. aut.: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) prowadzi do oczywistego wniosku, że podmiotem uprawnionym do żądania wynagrodzenia za poniesione na pacjenta koszty leczenia szpitalnego, obejmującego również podane leki jest świadczeniodawca”* [Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 30 lipca 2013 r. sygn. akt: II GSK 602/12.]

Identyczne stanowisko prezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, który wskazuje jednoznacznie, że szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi bezpłatnie leki, nawet te, które nie są bezpośrednią przyczyną hospitalizacji, ale także te, które są niezbędne dla potrzymania zdrowia i życia pacjenta. [Pismo NFZ w sprawie interpretacji art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pismo nr NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy]. Należy zwrócić uwagę, że w żadnych ze wspomnianych przypadków nie jest wskazane, że lek ma być najtańszy możliwy, tylko niezbędny.

**Szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi wszystkie leki i wyroby medyczne wynikające z bezpośredniej przyczyny hospitalizacji jak i leki potrzebne dla podtrzymania zdrowia i życia pacjenta wynikające z leczenia schorzeń współistniejących niezależnie   
od przyczyny hospitalizacji. Taka wykładnia wynika z orzecznictwa sądowego, jest ona również wskazywana w interpretacji Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz przez Rzecznika Praw Pacjenta.**

# Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenie opieki zdrowotnej lub sprzeciwu.

Pacjent ma prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, w tym na zmianę leczenia, to jest na zmianę udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu[[3]](#footnote-3).

**Świadoma zgoda pacjenta to prawo dotyczące wszystkich świadczeń zdrowotnych, nie tylko tych które są finansowane ze środków publicznych. Dokładnie takie samo prawo   
do wyrażenia lub odmowy zgody ma pacjent w przypadku świadczeń całkowicie odpłatnych dla siebie.** **Warto o tym pamiętać w przypadku wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej również tych finansowanych przez pacjenta, choćby podczas wizyty u stomatologa.**

Prawo pacjenta do wyrażenia świadomej zgody jest związane z innym, równie silnym prawem – prawem do informacji . **Pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.[[4]](#footnote-4)**

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

* lekarz, poza wyjątkami zastrzeżonymi w ustawie, ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji   
  o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.[[5]](#footnote-5)
* pielęgniarka ma obowiązek udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.[[6]](#footnote-6)

**Trzeba podkreślić, że informacja przekazana pacjentowi musi być przystępna.**

***„Zgoda pacjenta musi być zgodą świadomą. Aby mogła taką być - lekarz powinien objaśnić pacjentowi ryzyko związane z leczeniem daną metodą lub zaniechania leczenia oraz poinformować go o innych metodach leczenia, jeśli takie występują. Nawet jeśli w opinii lekarza wybrany przez pacjenta sposób leczenia byłby dla niego niekorzystny – to do pacjenta należy wybór formy i sposobu leczenia. W przypadku naruszenia tego prawa pacjent ma podstawę do wniesienia pozwu przeciw szpitalowi za negatywne skutki leczenia.”* [Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. sygn. akt: III CSK 227/11].**

Czy okoliczność w której pacjent nie zadaje żadnych pytań uzasadnia brak udzielania informacji przez lekarza? *„To lekarz musi zaplanować czas na poinformowanie pacjenta o przebiegu zabiegu i wszystkich towarzyszących mu okolicznościach, a także na zadanie mu nurtujących pacjenta pytań”* [Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 1972 r. sygn. akt: III CR 269/72].

Forma w jakiej zgoda powinna być udzielona jest uzależniona od rodzaju zabiegu.

W przypadku zabiegu prostego zgoda może być wyrażona w formie ustnej lub konkludentnie (per facta concludentia), to znaczy poprzez takie zachowanie się pacjenta, w którym wyraża on w sposób jednoznaczny zgodę na wykonanie danego zabiegu oraz współpracuje z lekarzem przy jego wykonywaniu.[[7]](#footnote-7)

Przykładem zabiegu prostego może być pobranie krwi lub badanie łuków podniebiennych. Zgoda konkludentna czyli dorozumiana będzie polegała na takiej współpracy pacjenta   
z lekarzem, która będzie umożliwiała wykonanie zabiegu, to znaczy: w trakcie pobrania krwi pacjent w pozycji siedzącej odsłania przedramię w celu wkłucia igły lub w przypadku badania łuków podniebiennych otwiera usta na polecenie lekarza wykonującego badanie.

Natomiast w przypadku zabiegu operacyjnego oraz metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda pacjenta powinna zostać udzielona   
w formie pisemnej.[[8]](#footnote-8) **Czy podanie leku może zostać uznane za zabieg prosty?** W kontekście możliwości wystąpienia działań i zdarzeń niepożądanych oraz wymogu ich zgłaszania nie można uznać podania, a szczególnie zmiany leku za tzw. zabieg prosty. Zatem zgoda na podanie lub zmianę leku nie może nastąpić w sposób dorozumiany. Zasada ta dotyczy również zmiany leków o tej samej substancji czynnej opisanych różną nazwą handlową.

Wyrażenie świadomej tj. poinformowanej zgody pacjenta jest oświadczeniem woli poprzedzonym procesem decyzyjnym. **Aby zgoda pacjenta była skuteczna prawnie musi być świadoma, tj. wyrażona w sposób swobodny po uzyskaniu informacji niezbędnych   
do podjęcia decyzji. Zgoda pacjenta nie może być traktowana jako biurokratyczny obowiązek.**

# Ochrona praw pacjenta.

Prawa pacjenta podlegają ochronie zarówno prawa cywilnego jak i ochronie administracyjnej sprawowanej przez Rzecznika Praw Pacjenta.

**Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, godność pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach[[9]](#footnote-9).** Odpowiedzialność cywilna, jest rodzajem odpowiedzialności prawnej, określającym majątkowy charakter sankcji. Ogólne zasady odpowiedzialności cywilnej określa kodeks cywilny. W tym kontekście należy wskazać dwa tytuły odpowiedzialności cywilnej: odpowiedzialność z tytułu naruszenia dóbr osobistych oraz odpowiedzialność z tytułu naruszenia dóbr majątkowych. Naruszenie dóbr majątkowych jest związane z wyrządzeniem szkody w postaci uszczerbku na zdrowiu, będzie to szkoda na osobie wyrządzona pacjentowi jako konsekwencja niewykonania lub nienależytego przeprowadzenia procesu leczenia. Istotne jest jednak czy powstała w przebiegu leczenia komplikacja jest normalnym ryzykiem danego zabiegu. Innym tytułem odpowiedzialności cywilnej będzie naruszenie dóbr osobistych, czyli na przykład praw pacjenta. Tu należy wskazać, że **zgodnie z przepisem zawartym w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę, tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 *kodeksu cywilnego***. Przesłanką dopuszczalności roszczenia na podstawie naruszenia praw pacjenta jest wina, zarówno umyślna, jak i nieumyślna sprawcy naruszenia, a zawinione naruszenie prawa pacjenta jest zarazem naruszeniem dobra osobistego.

Rzecznik Praw Pacjenta jest organem administracji rządowej powołanym w celu ochrony praw pacjenta. Nadzór nad działalnością Rzecznika sprawuje Prezes Rady Ministrów[[10]](#footnote-10). Rzecznik Praw Pacjenta działa wyłącznie w przedmiocie naruszenia praw pacjenta tj.:

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

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

W przypadku naruszenia któregokolwiek z praw pacjenta, pacjent ma prawo zwrócić się   
do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Wniosek powinien zawierać co najmniej uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta poprzez zawarcie:

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

**Zdarzają się jednak przypadki kiedy pacjent nie ma pewności jakie środki ochrony w danym przypadku mu przysługują i czy faktycznie Rzecznik Praw Pacjenta zajmie się daną sprawą, to znaczy czy w danym przypadku doszło do naruszenia prawa pacjenta. W takiej sytuacji zawsze pacjent ma prawo zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wskazanie przysługujących środków prawnych.**

# Wnioski.

1. Prawa pacjenta są prawami podstawowymi i podlegają szczególnej ochronie.
2. Prawo pacjenta równego dostępu do świadczeń gwarantowanych w stanie zagrożenia życia lub zdrowia powinno mieć charakter wyprzedzający zobowiązania wynikające   
   z limitu umowy zawartej z NFZ.
3. Prawo pacjenta równego dostępu do świadczeń gwarantowanych obejmuje również prawo równego dostępu do każdego z leków objętych pozytywną decyzją refundowaną na zasadach określonych w decyzji o refundacji.
4. Pacjent ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, lub zmianę leczenia. Zgoda ta powinna być poprzedzona udzieleniem pacjentowi przystępnej informacji   
   o stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwych i alternatywnych metodach leczenia.
5. Kluczowa jest systemowa zmiana organizacji udzielanych świadczeń w taki sposób, aby lekarz mógł poświęcić czas wymagany na rozmowę z pacjentem.

1. **Art. 1 ust. 1, art. 37 ust 1** *Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* [↑](#footnote-ref-1)
2. **Art. 35** *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* [↑](#footnote-ref-2)
3. **Art. 16 i 9** *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.* [↑](#footnote-ref-3)
4. **Art. 9** *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.* [↑](#footnote-ref-4)
5. **Art. 31** *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.* [↑](#footnote-ref-5)
6. **Art. 16** *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Art. 32 ust 7** *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.* [↑](#footnote-ref-7)
8. **Art. 34** *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.* [↑](#footnote-ref-8)
9. **Art. 23** *Kodeksu cywilnego.* [↑](#footnote-ref-9)
10. **Art. 42 ust 1 i 2** *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.* [↑](#footnote-ref-10)