

Zarządzanie prawami pacjenta

dr Małgorzata Paszkowska

4.1. Zakres i procedura zarządzania

Zarządzanie to według jednej z powszechniejszych w literaturze definicji zespół działań obejmujących: planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przeprowadzenie oraz kontrolowanie skierowanych na zasoby organizacji (ludzkie, rzeczowe, finansowe i informacyjne). Klasyczne sfery zarządzania obejmują zarządzanie: zasobami ludzkimi (personalem), zasobami rzeczowymi, finansami i informacją. Natomiast w przypadku świadczeniodawców medycznych (PWDL) można wyodrębnić jeszcze jedną specyficzną tylko dla nich sferę zarządzania, tj. zarządzanie prawami pacjenta. Trudno znaleźć w doktrynie definicję zarządzania prawami pacjenta. Zdaniem autorki należy przyjąć, że zarządzanie prawami pacjenta jest ustawicznym procesem zarządczym związanym z planowaniem i organizowaniem warunków realizacji praw pacjenta, kierowaniem ich realizacją (wdrożeniem) oraz monitorowaniem zmian i przestrzegania praw pacjenta. Ponadto w szerszym zakresie powinno ono obejmować skoordynowane reagowanie na naruszenia praw pacjenta oraz bieżące zaniedbania w procesie ich realizacji. Podstawowym celem zarządzania prawami pacjenta jest wykonanie obowiązku normatywnego realizacji i poszanowania określonych przepisami praw pacjenta, czyli uprawnień osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z zasadą generalną przestrzeganie praw pacjenta określonych ustawowo jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 ustawy o prawach pacjenta z 2008). Poszanowanie praw pacjenta pozostaje w ścisłym związku z jakością udzielanych świadczeń przez PWDL, a także ma istotny wpływ na kreowanie pozytywnego wizerunku świadczeniodawcy medycznego. Przykładowo, jednym z podstawowych warunków uzyskania certyfikatu akredytacji przez szpital jest przestrzeganie procedur związanych z prawami pacjenta. Poza tym posza-

nowanie i prawidłowa realizacja prawa pacjenta stanowiące jeden z wymiarów jakości w ochronie zdrowia może stanowić wyróżnik konkurencyjny na rynku usług medycznych. Działania PWDL związane z zarządzaniem prawami pacjenta wpływają na ich działalność w zakresie public relations i wzajemnie na siebie oddziałują (np. naruszenie praw pacjenta wymagać może wdrożenia instrumentów PR związanych z zarządzaniem kryzysowym itp.). Celem długofalowym analizowanego zarządzania powinna być poprawa jakości udzielanych świadczeń oraz zmniejszenie liczby roszczeń pacjentów z tytułu naruszania praw pacjenta. Poza tym takie działania mogą istotnie wpływać na zasoby finansowe organizacji w aspekcie ich zwiększenia (przez przyciągnięcie nowych lub utrzymanie dotychczasowych pacjentów), a także ograniczenie/eliminację obowiązku wypłat z tytułu roszczeń za naruszenie praw pacjenta.

Proces zarządzania prawami pacjenta ma charakter bieżący oraz ciągły (ustawiczny) i jest nieodzownie związany z prowadzeniem działalności leczniczej. Dotyczy on zarówno podmiotów leczniczych, jak i praktyk zawodowych. Jednakże w przypadku praktyk zawodowych zazwyczaj menedżer (np. lekarz prowadzący praktykę) będzie równocześnie głównym/jedynym realizatorem obowiązków wobec pacjentów. Poza tym zakres obowiązków – uprawnień pacjentów będzie mniejszy niż np. w podmiotach leczniczych stacjonarnych.

Zarządzenie prawami pacjenta to zespół skoordynowanych i systematycznych działań kadry menedżerskiej świadczeniodawcy medycznego. W ramach powyższych działań należy:

- a) zidentyfikować źródła praw pacjenta (a w szczególności ustalić, w jakich aktach normatywnych są one uregulowane i jaka jest ich aktualna treść),
- b) określić, jakie prawa ma pacjent w konkretnym podmiocie, opracować i wdrożyć zasady ich realizacji,
- c) informować o obowiązujących prawach pacjenta (w sferze wewnętrznej – personel i osoby współpracujące oraz w sferze zewnętrznej – klientów/pacjentów),
- d) monitorować zmiany prawa i realizację praw pacjenta, a także modyfikować i aktualizować procedury,
- e) rejestrować naruszenia praw pacjenta, w tym skargi pacjentów (należy określić procedurę ze wskazaniem osób odpowiedzialnych i form rejestracji oraz zasad weryfikacji),
- f) eliminować na bieżąco stwierdzone/zgłaszane problemy w realizacji praw pacjenta.

Przynajmniej raz w roku personel medyczny a także rejestracji należy przeszkolić w zakresie praw pacjenta. Ponadto szkolenie dotyczące realizacji podstawowych praw pacjenta powinno być obowiązkowe dla każdego nowego członka personelu medycznego.

Z zarządzaniem prawami pacjenta związana jest problematyka skarg pacjentów. Skarga w świetle *Słownika języka polskiego* w znaczeniu ogólnym oznacza wypowiedź, w której ktoś uskarża się na coś. W języku prawnym skargą nazywa się odformalizowany środek kontroli w postępowaniu administracyjnym, który przysługuje każdemu podmiotowi. Przedmiotem skargi może być w szczególności zaniechanie lub nienależyte wykonywanie zadań przez właściwe organy albo przez ich pracowników, naruszenie praworządności lub interesów skarżących. Problematyka składania i rozpatrywania skarg przez pacjentów powinna zostać uregulowana w dokumentacji podmiotu leczniczego. Przede wszystkim przynajmniej ogólne odniesienia do możliwości składania skarg oraz wskazanie miejsca i czasu ich składania powinien zawierać regulamin organizacyjny każdego PWDL. Ponadto należy uznać, że szczegółowe regulacje w zakresie procedury przyjmowania i rozpoznawania skarg pacjentów powinny być uregulowane zarządzeniem kierownika podmiotu leczniczego (zazwyczaj stanowią załącznik do zarządzenia). Pacjent ma generalne prawo do złożenia skargi na nienależyte udzielanie świadczeń przez personel medyczny, a także na naruszenie ustawowych praw pacjenta. Skarga może być złożona w dowolnej formie, tj. ustnie, na piśmie (również z wykorzystaniem faksu i poczty elektronicznej), telefonicznie. W podmiocie leczniczym powinno się prowadzić rejestr skarg (z oznaczeniem podmiotu wnoszącego i daty wpływu wskazaniem rozstrzygnięcia), a także potwierdzać na żądanie składającego jej wniesienie. Reasumując, do zadań menedżera w ramach zarządzania prawami pacjenta należy m.in. opracowanie i wdrożenie procedury skargowej (obejmującej zgłaszanie, przyjmowanie i rozstrzyganie skarg pacjentów). Ponadto powinien się on starać rozwiązywać przedmiotowe problemy wewnątrz podmiotu na etapie przedsądowym. Bardzo ważnym i niezbędnym elementem zarządzania prawami pacjenta jest ich monitorowanie zarówno w zakresie realizacji, jak i zmian normatywnych. Treść praw pacjenta ulega zmianom, pojawiają się także nowe, a dynamiczny charakter prawa wymaga ustawicznego monitorowania zmian normatywnych. W dobie internetu staje się on jednym z narzędzi wspomagających zarządzanie, szczególnie informacją. Dzięki Internetowi zarządzający świadczeniodawcą medycznym może dowiedzieć się np. o planowanych zmianach prawa. Poza tym w przedmiotowym zakresie bardzo przydatne dla menedżera są specjalistyczne programy i serwisy elektroniczne typu LEX oraz przykładowo „Prawo i Zdrowie” wydawnictwa Wolters Kluwer. Powyższe narzędzia informatyczne nie tylko dostarczają informacji o aktualnych przepisach i planowanych zmianach, ale także zawierają często komentarze ekspertów oraz orzecznictwo sądowe. Korzystanie z programów informacji prawnej przyspiesza i znacznie ułatwia monitorowanie przez menedżera zmian prawa, w tym także w zakresie praw pacjenta.

Realizacja praw pacjenta należy do podstawowych obowiązków prawnych każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Ponadto prawnym

i etycznym obowiązkiem personelu medycznego jest przestrzeganie praw pacjenta. W polskim prawie nie ma definicji praw pacjenta. Jedyne zdefiniowane jest pojęcie pacjenta. Należy przyjąć, że prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi (pacjentowi) z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych lub ubiegania się o nie. Prawa pacjenta związane są bezpośrednio z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Prawa pacjenta to prawa podmiotowe stanowiące szczególną kategorię praw człowieka. Za pacjenta zgodnie z definicją ustawową (ustawa o prawach pacjenta) uważać należy osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Pacjentem jest każda osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych zarówno odpłatnie, za częściową odpłatnością, jak i nieodpłatnie (tj. pacjenci ubezpieczeni w NFZ i komercyjni). Pacjentem jest osoba tak pełnoletnia, jak i małoletnia korzystająca ze świadczeń zdrowotnych każdego rodzaju i w każdym podmiocie leczniczym. Generalnie pacjentów można podzielić na dwie podstawowe kategorie, tj. pacjentów:

- a) pełnoletnich,
- b) małoletnich.

Każdej kategorii pacjentów przysługuje określony ustawowo kompleks uprawnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zasadniczo pacjenci pełnoletni i małoletni mają ten sam zakres fundamentalnych uprawnień, jednakże inaczej jest z ich realizacją w praktyce. Bowiem respektowanie praw pacjentów małoletnich jest nierozdzielnie związane z poszanowaniem praw ich przedstawicieli ustawowych. Pacjent pełnoletni (potocznie nazywany dorosłym) to taki, który generalnie ukończył 18. rok życia i ma zgodnie z prawem cywilnym pełną zdolność do czynności prawnych. Jednakże należy pamiętać, iż zdolności do czynności prawnych nie mają osoby ubezwłasnowolnione. Ubezwłasnowolnienie jest skutkiem orzeczenia sądu. Co oznacza w praktyce, iż istnieje orzeczenie sądu okręgowego stanowiące, iż konkretna osoba (pacjent) jest ubezwłasnowolniona całkowicie lub częściowo oraz wskazujące imiennie osobę (opiekuna prawnego lub kuratora), który realizuje jej prawa również w zakresie praw pacjenta. Za pacjenta małoletniego należy uważać posługując się definicją negatywną osobę, która nie jest pełnoletnia. Pacjentem małoletnim jest w praktyce osoba fizyczna, która nie ukończyła lat 18 (wyjątek: kobiety, które zawarły za zezwoleniem sądu związek małżeński po ukończeniu lat 16). Za osoby ma-

łoletnie czynności prawne zasadniczo wykonują tzw. przedstawiciele ustawowi. Należy wyróżnić dwie kategorie przedstawicieli ustawowych, tj.:

- a) rodziców (reprezentują interesy biologicznych i przysposobionych dzieci),
- b) opiekunów prawnych (reprezentują interesy sierot oraz dzieci niepodlegających władzy rodzicielskiej oraz osób ubezwłasnowolnionych).

Zgodnie z art. 98 §1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r., poz. 788), rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. Natomiast art. 97 Kodeksu rodzinnego stanowi, że jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania (co dotyczy realizowania m.in. funkcji przedstawiciela ustawowego). Jednakże o istotnych sprawach dziecka (a za taką należy uznać np. sprawę jego leczenia) rodzice rozstrzygają wspólnie, a w braku porozumienia między nimi rozstrzyga to zagadnienie sąd opiekuńczy. Jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, ustanawia się dla dziecka opiekę (konkretną osobę jako opiekuna prawnego). Opiekuna prawnego wyznacza orzeczeniem sąd i ma on na to stosowny dokument, który powinien przedstawić świadczeniodawcy. Fakt posiadania opiekuna prawnego przez małoletniego pacjenta powinno się odnotować w jego dokumentacji medycznej. W praktyce często występuje „zrównywanie” zarówno przez personel medyczny, jak i przez bliskich pacjentów dwóch odrębnych podmiotów, tj. opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego. Dlatego też istotne jest wyjaśnienie pojęcia „opiekun faktyczny”. Za opiekuna faktycznego należy uważać osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Definicja powyższa zawarta jest w art. 3 u.p.p. Przykładowo, opiekunem faktycznym dziecka będzie babcia czy ciocia, u której spędza ono wakacje lub która się nim opiekuje podczas pracy/wyjazdu rodziców.

Coraz powszechniejsze jest zjawisko tzw. eurosierot, czyli dzieci, których rodzice wyjechali do pracy w krajach Unii Europejskiej. Powyższa sytuacja powoduje olbrzymie komplikacje nie tylko rodzinne, ale i prawne. Problem eurosierot dotyka również prawa i praktyki medycznej, a związany jest przede wszystkim z legalnością udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym przestrzeganiem praw pacjenta.

4.2. Źródła praw pacjenta

Nie można skutecznie zarządzać prawami pacjenta bez znajomości prawa w przedmiotowym zakresie. Przede wszystkim należy znać formalne źródła praw

pacjenta. Źródła prawa w znaczeniu formalnym oznaczają formy prawotwórczej działalności organów państwowych (tj. obowiązujące akty normatywne). Zgodnie z art. 87 Konstytucji z 1997 roku źródłami powszechnie obowiązującego prawa w RP są:

- 1) Konstytucja,
- 2) ustawy,
- 3) ratyfikowane umowy międzynarodowe,
- 4) rozporządzenia.

Źródłami powszechnie obowiązującego prawa RP są na obszarze działania organów, które je ustanowiły, akty prawa miejscowego (np. zarządzenia wojewody, uchwały rady gminy). Polska od 1 maja 2004 jest członkiem Unii Europejskiej i ma to istotny wpływ na krajowy system prawny. Prawo Unii Europejskiej (prawo europejskie) tworzy samodzielny system, który rozwija się automatycznie, niezależnie od porządków prawnych państw członkowskich. Zatem obywatele, organy i sądy państw członkowskich mają do czynienia z dwoma równoległymi porządkami prawnymi (krajowym i unijnym). Powszechnie przyjmuje się podział źródeł prawa UE na prawo pierwotne i prawo wtórne. Pierwszą kategorię stanowi tzw. prawo pierwotne, w skład którego wchodzi akty prawne ustanowione bezpośrednio przez same państwa członkowskie. Są to traktaty wraz z protokołami i aneksami. Drugą kategorię źródeł prawa unijnego tworzą akty prawne ustanowione przez organy UE na podstawie uprawnień przyznanych w traktatach – jest to tzw. prawo pochodne (wtórne). Zgodnie z art. 288 TFUE w celu wykonania swych zadań uprawnione instytucje uchwalają rozporządzenia i dyrektywy, podejmują decyzje, wydają zalecenia i opinie. Dla praw pacjenta podstawowe znaczenie mają ustawy. Podstawowymi formalnymi źródłami praw pacjenta są:

1. Konstytucja RP z 1997 r.
2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.).
3. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 2011 r., Nr 277 poz.1634).
4. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. (Dz.U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.).
5. Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z 27 lipca 2001 r. (Dz.U. z 2014 r. nr 174).
6. Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).
7. Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1 lipca 2005 r. (Dz.U. Nr 169, poz.1411, z późn. zm.).
8. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. (tj. Dz.U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375).

9. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r., (tj. Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Prawa pacjenta w polskim systemie prawnym są rozproszone w wielu aktach prawnych. Najwyższym rangą aktem normującym prawa pacjenta jest Konstytucja RP z 1997 r. Zgodnie z art. 68 Konstytucji każdy ma prawo do ochrony zdrowia, każdy obywatel ma również prawo dostępu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, na warunkach określonych w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym. Szczególna opieka powinna być zapewniona dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku. Do maja 2009 podstawowym aktem prawnym regulującym prawa polskiego pacjenta była ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. Obecnie podstawowy charakter ma ustawa z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) w skrócie u.p.p. Ustawa o prawach pacjenta określa prawa pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta, a także postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Zgodnie z powyższą ustawą pacjent:

1. Ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
2. Ma prawo żądać opinii innego lekarza/pielęgniarki.
3. Ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
4. Ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym normatywnie wymaganiom fachowym i sanitarnym.
5. Ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz o ustawowych prawach pacjenta.
6. 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.
7. Ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody.
8. Ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
9. Ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634) określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z powyższą ustawą 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. Do prawnych standardów wykonywania zawodu lekarza określonych w pragmatyce zawodowej należy m.in. przestrzeganie praw pacjenta. W szczególności lekarz:

1. 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.
2. 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.
3. Może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie (np. rozszerzenie pola operacyjnego), po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
4. Ma obowiązek podczas udzielania świadczeń zdrowotnych poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta.
5. Ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
6. Ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta⁹⁶.

Powyższe obowiązki lekarza stanowią korelat uprawnień każdego pacjenta i pozostają w zbieżności z prawami pacjenta uregulowanymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz.1039) określa zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. 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. Do ustawowych standardów wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej należy m.in. przestrzeganie praw pacjenta. Zgodnie z powyższą ustawą pielęgniarka i położna są zobowiązane:

⁹⁶ Por. art. 30, 31, 32, 36, 40, 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz.1634).

- 1) zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 2) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu,
- 4) do zachowania w tajemnicy informacji na temat pacjenta, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu,
- 5) do prowadzenia i udostępniania uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej⁹⁷.

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2014 r., Nr 174) określa przesłanki dostępu do zawodu diagnosty laboratoryjnego i standardy prawne wykonywania tego zawodu. Diagnosta laboratoryjny jest obowiązany do postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy zawodowej, z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Do standardów prawnych wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego należy m.in. przestrzeganie praw pacjenta. Zgodnie z powyższą ustawą diagnosta laboratoryjny może przeprowadzić zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej po wyrażeniu przez pacjenta albo przedstawiciela ustawowego zgody, a także jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej.

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 169, poz.1411) określa zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek (w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej), tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok, a także testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich. Szczególnym rodzajem praw pacjenta są prawa pacjenta związane z transplantacją. Generalnie należy wyodrębnić dwa podstawowe prawa pacjenta w zakresie przeszczepów tj.:

- 1) prawo biorcy do leczenia metodą transplantacji,
- 2) prawo potencjalnego dawcy do dysponowania swoim ciałem dla celów przeszczepiania.

⁹⁷ Por. art. 12, 16, 17, 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. Nr 174, poz. 1039).

Przestrzeganie praw dawców i biorców przez personel medyczny jest niezbędnym warunkiem legalności przeszczepu. Fundamentem regulacji prawnych transplantacji jest także zasada donacji (*non profit*) przeszczepów.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., Nr 231, poz.1375) określa instrumenty prawne związane z ochroną zdrowia psychicznego w tym specyficzne uprawnienia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Powyższa ustawa reguluje w szczególności problematykę przymusowej hospitalizacji (badanie, leczenie) oraz stosowania tzw. przymusu bezpośredniego a także ustanowiła instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ich finansowania. Ustawa powyższa reguluje prawo pacjenta do tzw. świadczeń gwarantowanych. Świadczenia gwarantowane finansowane są ze środków publicznych. Świadczenia te są całkowicie bezpłatne lub częściowo odpłatne dla ubezpieczonych. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. W art. 15 ust. 2 u.ś.o.z. wymienione są rodzaje świadczeń gwarantowanych zapewnione świadczeniobiorcy i finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z powyższym przepisem świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- 3) leczenia szpitalnego,
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 5) rehabilitacji leczniczej,
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- 7) leczenia stomatologicznego,
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego,
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnione, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji,
- 10) ratownictwa medycznego,
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych,
- 13) programów zdrowotnych,
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę,

- 15) programów lekowych określonych w przepisach o refundacji,
- 16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji.

Prawo do świadczeń gwarantowanych dotyczy tylko tzw. świadczeniobiorców w tym osób ubezpieczonych (obowiązkowo lub dobrowolnie) w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ubezpieczony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w ramach posiadanych przez NFZ środków finansowych. Prawa ubezpieczonego mają znaczenie praktyczne tylko dla PWDL posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. kontrakt) z Narodowym Funduszem Zdrowia.

4.3. Przedmiotowa treść powszechnych praw pacjenta

Prawa pacjenta dzielone są według różnych kryteriów. Można wyodrębnić m.in. prawa pacjenta w podmiotach leczniczych ambulatoryjnych oraz w podmiotach leczniczych stacjonarnych. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym.

Za najbardziej uniwersalny należy uznać jednak podział praw pacjenta na prawa powszechne i specyficzne. Pacjentom polskim przysługują prawa powszechne (tj. niezależne od rodzaju świadczenia i podmiotu leczniczego), takie przykładowo jak: prawo do informacji o stanie zdrowia oraz do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne oraz prawa specyficzne związane z rodzajem świadczenia lub rodzajem podmiotu leczniczego (miejscem udzielania świadczenia). Do kategorii specyficznych praw pacjenta należą m.in. prawa pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych stacjonarnych/całodobowych, czyli przede wszystkim ze świadczeń szpitalnych oraz prawa dawcy i biorcy przeszczepu a także prawa pacjentów w szpitalach psychiatrycznych.

Do najważniejszych powszechnych (tj. przysługujących każdemu pacjentowi i w każdym podmiocie leczniczym) praw pacjenta uregulowanych ustawowo należą:

- a) prawo do pomocy medycznej w sytuacjach nagłych (tj. zagrożenia życia i zdrowia),
- b) prawo do informacji,
- c) prawo do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne,
- d) prawo do dokumentacji medycznej,
- e) prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta.

Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jest to bezwzględny obowiązek podmiotu leczniczego. Pacjent ma prawo do pomocy w razie zagrożenia życia lub zdrowia, udzielanej przez podmiot leczniczy, bez względu na fakt, czy ma status ubezpieczonego/uprawnionego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czy też nie jest ubezpieczony. Ponadto obowiązek udzielania pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia uregulowany jest w pragmatykach zawodowych lekarzy i pielęgniarek. Przede wszystkim zgodnie z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza pacjent ma prawo do pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Przyjmuje się, że obowiązek pomocy lekarskiej dotyczy wszelkich sytuacji zagrożenia życia oraz zagrożenia zdrowia pacjenta i nie jest ograniczony tylko do ratowania życia.

Prawo pacjenta do informacji reguluje rozdział 3 ustawy o prawach pacjenta w art. 9–12. W ramach prawa pacjenta do informacji należy wyróżnić trzy jego uprawnienia tj.:

- 1) prawo do informacji o prawach pacjenta,
- 2) prawo do informacji o świadczeniach udzielanych przez świadczeniodawcę medycznego,
- 3) prawo do informacji o stanie zdrowia.

Zgodnie z art. 11 ustawy o prawach pacjenta podmiot leczniczy powinien udostępnić informację o ustawowych prawach pacjenta w formie pisemnej, przez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Natomiast w przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, powinien udostępnić informację w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa. W przychodni informacja o prawach pacjenta (w formie np. wydruku ustawy lub wyciągu z przepisów) powinna być umieszczona przynajmniej na tablicy przy recepcji. W praktyce najlepiej wydrukować tekst ustawy o prawach pacjenta i go wywiesić, a ponadto sporządzić zbiorczy wyciąg z przepisów – wykaz najważniejszych praw. Należy podkreślić, że informacja ogólna o pra-

wach pacjenta, a także ich treść powinna być umieszczona w każdym podmiocie leczniczym niezależnie od rodzaju udzielnych świadczeń, a także posiadania lub nie kontraktu z NFZ. Poza umieszczeniem pisemnej informacji personel medyczny, a szczególnie pielęgniarki (na których spoczywa bezpośredni obowiązek ustawowy w przedmiotowym zakresie), powinien informować pacjentów o ich prawach. Poza prawem do informacji o prawach pacjenta pacjenci mają też prawo w świetle art. 12 u.p.p. do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. W zakresie udostępnienia informacji o rodzaju udzielanych świadczeń należy stosować odpowiednio zasady udostępniania informacji o prawach pacjenta. Za jedną z najważniejszych w każdym podmiocie leczniczym należy uznać informację o rodzaju/ zakresie udzielanych świadczeń. Upublicznianie zakresu świadczeń przez podmiot leczniczy to z jednej strony konieczność realizacji dyspozycji art. 12 u.p.p., a z drugiej strony wymóg rynkowy związany w dużym stopniu z orientacją marketingową. Podmiot leczniczy powinien udostępnić informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń w formie pisemnej, przez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym (np. wywieszając ją na ścianie w holu głównym przychodni). Informacja przedmiotowa (rodzaje świadczeń) powinna się znaleźć co najmniej na jednej ogólnodostępnej i trwałej tablicy informacyjnej, a ponadto szczegółowe informacje o zakresach świadczeń poszczególnych jednostek świadczeniodawcy powinny się znajdować przy nich (np. w poradni kardiologicznej czy też przed wejściem do pracowni diagnostyki obrazowej). Główna informacja (tablica, witryna) powinna obejmować katalog (wykaz) rodzajów udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodny z regulaminem organizacyjnym i wpisem w rejestrze.

Art. 9 ust. 1 u. p.p. ustanawia ogólne prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, a następnie określa treść przedmiotową powyższego prawa. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta pacjent 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. Poza ustawą o prawach pacjenta prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia jest uregulowane od lat w ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku. Artykuł 31 ustawy lekarskiej ustanawia stosunkowo szeroki i zbieżny z u.p.p. zakres obowiązku informacyjnego. W rezultacie lekarz ma obowiązek przekazać swojemu pacjentowi informację o:

- a) stanie zdrowia,
- b) rozpoznaniu (postawionej diagnozie),
- c) metodach diagnostycznych,

- d) metodach leczniczych (sposobach leczenia),
- e) przewidywalnych następstwach zastosowania lub zaniechania wskazanych metod diagnostycznych i leczniczych,
- f) wynikach leczenia,
- g) rokowaniu.

Szczególną uwagę należy zwrócić pacjentowi na skutki podjętego/niepodjętego leczenia (m.in. na możliwe dolegliwości bólowe). Przewidywalność następstw powinna znajdować uzasadnienie zarówno w fachowej literaturze, jak i w praktyce (doświadczeniu zawodowym). Pacjent ma prawo do aktywnego udziału w procesie decyzyjnym w przedmiocie jego leczenia i dlatego wymaga się od lekarza przedstawienia mu pełnej informacji pozwalającej na podjęcie wyboru. Podmiotem zobowiązanym do realizacji obowiązku informacyjnego, czyli udzielenia informacji osobie uprawnionej, jest świadczeniodawca medyczny, a w szczególności lekarz, natomiast uprawnionym – w zasadzie tylko pacjent lub/i jego przedstawiciel ustawowy. Pacjent jest bezpośrednio uprawniony do uzyskania informacji od lekarza tylko wtedy, gdy jest pełnoletni i nieubezwłasnowolniony. W przypadku dzieci, czyli pacjentów małoletnich, adresatem informacji są ich przedstawiciele ustawowi. Ponadto gdy pacjent małoletni ukończył lat 16, a nie ukończył jeszcze 18 lat, należy udzielić dwóch informacji. Inne osoby poza pacjentem mogą uzyskać informację o jego stanie zdrowia tylko wtedy, gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi na to zgodę. Zasadniczo informacja może być udzielona pacjentowi w dowolnej formie, jednakże najczęściej będzie to forma ustna. Konkretny przepis może wprowadzić wymóg, co zdarza się bardzo rzadko, formy pisemnej. Pamiętać należy, że udzielenie informacji osobie nieuprawnionej może pociągać za sobą odpowiedzialność prawną, bowiem stanowić może m.in. naruszenie dóbr osobistych, danych osobowych i tajemnicy zawodowej. Zasadą jest prawo pacjenta do uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia, a obowiązkiem lekarza jest jej udzielenie. Jednakże wyjątkowo w sytuacjach wskazanych w ustawie może nastąpić ograniczenie przez lekarza prawa pacjenta do informacji. Ograniczenie zakresu przekazywanych pacjentowi informacji może wynikać wyłącznie z dwóch przyczyn:

- 1) na wyraźne żądanie pacjenta, który nie chce być informowany o stanie swojego zdrowia,
- 2) jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, to lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta.

Uprawnienie do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne wynika z prawa do samostanowienia pacjenta. Zaś prawo pacjenta do samostanowienia wypro-

wadza się z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, która – zgodnie z art. 30 Konstytucji RP jest źródłem wolności i praw człowieka i obywatela. Podstawowa regulacja o charakterze ogólnym mówiąca o tym, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń, znajduje się w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta. Ustawa o zawodzie lekarza zawiera od lat obowiązujące przepisy stanowiące uszczegółowienie przedmiotowego prawa. Określa ona zakres zgody, podmioty uprawnione do jej wyrażenia oraz dopuszczalność udzielenia świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta (art. 32 i n. ustawy o zawodzie lekarza). Zgodnie z dyspozycją art. 32 ustawy lekarskiej, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych (np. diagnostycznych) tylko na podstawie wyrażonej zgody. Wyjątkiem od tej zasady są tylko sytuacje szczególne, określone w ustawie o zawodzie lekarza (jeżeli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody oraz tzw. rozszerzenie pola operacyjnego) oraz instytucja przymusowego udzielania świadczeń zdrowotnych uregulowana w odrębnych ustawach. Zgodnie z art. 16 u. p.p. pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu odpowiedniej (o zakresie uregulowanym ustawowo, a wcześniej opisanym) informacji. Należy pamiętać, że pacjent wyraża zgodę na określoną czynność medyczną i nie obejmuje ona zasadniczo pozwolenia na inne arbitralne postępowanie lekarza (przykładowo podpisanie zgody na przyjęcie do szpitala nie oznacza jednocześnie zgody na wykonanie w nim np. gastrokopii). Zgodnie z przyjętymi standardami prawnymi o skuteczności zgody decydują dwie podstawowe przesłanki, tj. „świadomość” i „swoboda” wyrażenia zgody. Zgoda świadoma to zgoda poinformowana. Zgoda świadoma to tylko taka, która została poprzedzona informacją. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Warunkiem prawnej skuteczności zgody pacjenta jest także wyrażenie jej w odpowiedniej, prawem przewidzianej formie i przez uprawniony do tego podmiot. W prawie medycznym należy generalnie wyodrębnić pod względem formy dwa rodzaje zgody na świadczenia zdrowotne, tj. zgodę zwykłą oraz pisemną. Zgoda zwykła może występować w formie ustnej lub dorozumianej (tzw. konkludentnej). Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie (pacjent lub/i jego przedstawiciel mówią: „wyrażam zgodę” lub wygłaszają równoznaczny zwrot) albo przez takie zachowanie uprawnionych osób, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli (tzw. czynności konkludentne). Forma zwykła jest najczęściej spotykana w praktyce i polega na wyrażeniu zgody ustnie lub w sposób dorozumiany (tzw. zgoda konkludentna, np. przyjście do gabinetu specjalisty i przedstawienie skierowania lekarzowi). Forma zwykła jest wystarczająca, gdy

ustawa nie żąda wyraźnie udzielenia zgody w formie szczególnej. Formą szczególną występującą w prawie medycznym jest forma pisemna. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza formy pisemnej wymaga zgoda na wykonania zabiegu operacyjnego lub gdy w grę wchodzi zastosowanie takiej metody leczenia lub diagnostyki, które stanowią podwyższone ryzyko dla pacjenta. Generalnie na leczenie w przychodni wystarczyłoby wyrażenie zgody przez pacjenta w formie zwykłej, jednakże z uwagi na zmianę przepisów o dokumentacji medycznej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) powinno się pobierać od pacjenta zgodę w formie pisemnej na leczenie w konkretnej poradni. Zgoda pacjenta może być w praktyce zawarta w treści dokumentacji medycznej (np. podpis pacjenta pod gotową formułką lub jego własnoręczne oświadczenie) lub być do niej dołączona (osobna kartka). Należy przyjąć, że zgoda pacjenta ma charakter odwołalny. Pacjent może ją skutecznie cofnąć zarówno przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak i w trakcie jego udzielania.

Zgoda na poszczególne świadczenie zdrowotne powinna być zasadniczo wyrażana przez samego pacjenta, jeżeli jest on pełnoletni i nieubezważniony oraz zdolny do świadomego wyrażenia zgody. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezważniony lub niezdolny do świadomego wyrażania zgody, to wówczas wymaga się zgody zastępczej (przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego) bądź zgody podwójnej-kumulatywnej (gdy pacjent ukończył 16 lat, a nie ukończył 18), tj. pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. Za osoby małoletnie oraz ubezważnione wykonują czynności prawne, a także udzielają zgody na świadczenia zdrowotne generalnie tzw. przedstawiciele ustawowi (rodzice, opiekun prawny). Podsumowując należy stwierdzić, iż zgoda pacjenta będzie prawnie skuteczna, a lekarz/świadczeniodawca wypełnił prawidłowo swoje obowiązki w przedmiotowym zakresie, jeżeli zgoda została poprzedzona odpowiednią informacją oraz była:

- 1) wyrażona świadomie i dobrowolnie,
- 2) wyrażona uprzednio (tj. przed czynnością medyczną),
- 3) wyrażona w odpowiedniej formie,
- 4) wyrażona przez osobę uprawnioną.

Każdy podmiot leczniczy ma prawny obowiązek prowadzenia, zabezpieczania oraz udostępniania uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej. Obowiązek powyższy dotyczy zarówno przychodni czy szpitali, jak i praktyk zawodowych, a realizowany jest w praktyce przez personel medyczny, w szczególności przez lekarzy. Dokumentacja medyczna to najkrócej ujmując zbiór danych i informacji dotyczący procesu udzielania świadczeń zdrowotnych zawierający oznaczenie świadczeniodawcy i pacjenta. Klasycznie dokumentację

medyczną dzieli się na dokumentację: indywidualną (wewnętrzną i zewnętrzną) oraz zbiorczą. Dokumentacja indywidualna to dokumentacja odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (prowadzona jest w praktyce dla każdego pacjenta osobno). W ramach dokumentacji indywidualnej wyodrębnia się dokumentację:

- 1) indywidualną wewnętrzną (np. historia choroby),
- 2) indywidualną zewnętrzną (np. skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, opinia lekarska).

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest przeznaczona na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. przychodni). Natomiast dokumentacja indywidualna zewnętrzna jest przeznaczona na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot. Zbiorcza to dokumentacja medyczna odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (np. księgi przyjęć, zabiegów).

Pacjent ma generalne i powszechne prawo do dokumentacji medycznej. W zakres powyższego prawa wchodzi prawo do: prowadzenia dokumentacji, zabezpieczenia dokumentacji oraz najważniejsze w praktyce prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona ściśle według zasad zawartych w przepisach, a przede wszystkim w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dokumentacja medyczna może być obecnie prowadzona alternatywnie albo w postaci elektronicznej, albo w postaci papierowej. W przyszłości możliwe będzie prowadzenie dokumentacji medycznej tylko w formie elektronicznej. Dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą,
- 2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji,
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych,
- 4) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych,
- 5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF,
- 6) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym (§ 80 rozporządzenia z 2010 r.).

Minimalną zawartość dokumentacji medycznej określa ustawa o prawach pacjenta. Zgodnie z art. 25 u.p.p. 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.

Katalog powyższy nie ma jednak charakteru zamkniętego, bowiem odrębne przepisy wymagają odnotowywania w dokumentacji medycznej jeszcze dodatkowych informacji. Wyraźny zapis danych i informacji stanowiących treść dokumentacji medycznej jest obowiązkiem osoby ją sporządzającej, a naruszenie przedmiotowego obowiązku może spowodować dla niej różnorakie sankcje (np. pociągnięcie do odpowiedzialności pracowniczej, stwierdzenie uchybienia podczas kontroli NFZ itd.). Wpisy należy dokonywać w kolejności chronologicznej (czyli kolejno od najstarszego, np. pierwszej wizyty w poradni aż do bieżącej, której to należy poświęcić ostatni wpis). Każdy wpis w dokumentacji opatruje się bezwzględnie oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej muszą być numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej należy oznaczyć co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Zgodnie z § 8 rozporządzenia z 2010 r. – co stanowi *novum* w stosunku do poprzedniego stanu prawnego – w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,

- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W praktyce powyższe oświadczenia umieszcza się w treści historii choroby (spisując całość oświadczenia lub uzupełniając gotowe formułki wydrukowane na blankiecie dokumentacji) bądź uzupełnia się gotowe (wcześniej przygotowane przez świadczeniodawcę) formularze upoważnień i zgody na osobnym druku (kartce). Powyższe oświadczenia służą realizacji podstawowych praw pacjenta, tj. prawa do informacji, dostępu do dokumentacji medycznej oraz prawa do wyrażania zgody na świadczenie zdrowotne, a ponadto stanowią legalne narzędzia ochrony danych medycznych.

Prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna powinna stanowić odzwierciedlenie stanu zdrowia pacjenta, podjętych procedur diagnostycznych i leczniczych oraz formalnego trybu postępowania z pacjentem. Ponadto stanowi podstawowy dowód w postępowaniu sądowym. Do obowiązków podmiotu leczniczego, poza prowadzeniem dokumentacji medycznej, należy jej przechowywanie. Dokumentacja wewnętrzna powinna być przechowywana przez podmiot, który ją sporządził (czyli np. w przychodni, szpitalu). Dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne (np. w pracowni diagnostyki obrazowej). Obowiązkiem podmiotu przechowującego dokumentację jest zapewnienie odpowiednich warunków zabezpieczających dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiając jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot, a w zakładzie opieki zdrowotnej – kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych tego zakładu w porozumieniu z kierownikiem zakładu. W praktyce dokumentacja może być przechowywane w całości w jednym miejscu (np. na rejestracji) lub w kilku pomieszczeniach, np. w poszczególnych poradniach/jednostkach. Dokumentację medyczną indywidualną papierową zwyczajowo przechowuje się w kopertach z oznaczeniem imiennym lub numerycznym pacjenta, które składane są w specjalnie do tego celu wykorzystywanych szafkach. Szafki z dokumentacją medyczną powinny być zamykane i dostępne tylko dla osób uprawnionych. Przechowywanie dokumentacji medycznej jest jednym z podstawowych elementów procesu jej zabezpieczania. W ramach ochrony dokumentacji medycznej można w praktyce zarządzania wyróżnić jej dwie podstawowe sfery, tj. ochronę przed zniszczeniem i uszkodzeniem oraz ochronę przed dostępem osób nieuprawnionych. Ochrona przed zniszczeniem i uszkodzeniem dotyczy zarówno działań osób fizycznych

(np. zalanie kawą przez lekarza, pochłapanie farbą podczas remontu), jak i zjawisk takich jak powódzie, pożary itp. Szczególnie niebezpieczeństwo dla dokumentacji medycznej związane jest z jej zalaniem (np. wskutek przenikanie wód gruntowych lub wybicia studzienek kanalizacyjnych), ponieważ powoduje w efekcie jej zniszczenie, dlatego też nie powinno się przechowywać dokumentacji w piwnicach. Dokumentację należy chronić przed dostępem szeroko rozumianej kategorii osób nieuprawnionych. Powyższa kategoria obejmuje pracowników/współpracowników świadczeniodawców niezwiązanych bezpośrednio z udzielanym świadczeniem a także innych pacjentów oraz osoby trzecie (w tym członków rodziny pacjenta). Osoby, które mają dostęp do dokumentacji medycznej, mają również obowiązek zachowania w tajemnicy danych w niej zawartych. Obowiązek ten wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych dotyczących dokumentacji medycznej i wewnątrzzakładowych aktów normatywnych (np. regulamin pracy, instrukcja ochrony danych osobowych) oraz z instytucji tajemnicy zawodowej (lekarskiej i pielęgniarskiej) uregulowanych w ustawach o zawodzie lekarza oraz o zawodach pielęgniarki i położnej. Zakaz ujawniania informacji zawartych w dokumentacji medycznej istnieje również po ustaniu zatrudnienia i po śmierci pacjenta. Każdy podmiot leczniczy musi przechowywać dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia.

Po upływie powyższych okresów świadczeniodawca powinien zniszczyć dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Jednakże dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego za pokwitowaniem.

Podmiot leczniczy i praktyka zawodowa mają obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i instytucjom (np. sąd, ZUS). Zgodnie z prawem podmiot leczniczy/lekarz może udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Jeśli chodzi o pacjenta, to można udostępnić dokumentację tylko

osobie pełnoletniej i nieubezważsownionej orzeczeniem sądu. W przypadku osób małoletnich (poniżej lat 18) oraz ubezważsownionych dokumentację udostępnia się ich przedstawicielowi ustawowemu. Upoważnienie do dostępu dla skonkretyzowanej przynajmniej imieniem i nazwiskiem osoby powinno znajdować się w dokumentacji medycznej, ale może być też odrębnie udzielone. Dokumentacja medyczna może być udostępniana:

- 1) do wglądu w gabinecie lekarskim lub innym pomieszczeniu w siedzibie podmiotu leczniczego,
- 2) przez sporządzenie jej wyciągów, odpisów bądź kopii,
- 3) przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Forma udostępnienia powinna wynikać z woli pacjenta. Dokumentację należy udostępnić wnioskodawcy niezwłocznie. Za udostępnienie dokumentacji medycznej, ale tylko w formie sporządzenia jej wyciągów, odpisów lub kopii podmiot leczniczy lub praktyka zawodowa może (ale nie musi) pobierać opłatę. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób wyżej wskazany ustala świadczeniodawca (w regulaminie organizacyjnym), jednakże nie mogą one przekroczyć wysokości kwot ustawowo określonych (ustawodawca przyjął odniesienie do 0,002 lub 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez prezesa GUS-u).

Rozdział 6 ustawy o prawach pacjenta reguluje prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. Zgodnie z art. 20 u.p.p. pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, szczególnie w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Zgodnie ze słowniczkiem definicji legalnych zawartym w art. 3 ustawy o prawach pacjenta za osobę bliską uważać należy: małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. 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. 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. Uczestnictwo oraz obecność innych osób wymaga zgody pacjenta.

W podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i/lub całodobowych świadczeń zdrowotnych każdemu pacjentowi przysługują wszystkie wyżej opisane prawa powszechne, a ponadto prawa dodatkowe związane ze specyfiką świad-

czeniodawcy/miejscem udzielenia świadczeń. Do typowych podmiotów leczniczych stacjonarnych należą szpitale. Natomiast stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udziela się w: zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, w zakładzie rehabilitacji leczniczej oraz hospicjum. Do specyficznych (dodatkowych) praw pacjenta charakterystycznych dla szpitala, jako miejsca udzielania świadczeń, należą m.in.:

- 1) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (kontakt z osobami z zewnątrz, dodatkowa opieka pielęgnacyjna),
- 2) prawo do opieki duszpasterskiej,
- 3) prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie⁹⁸.

Ponadto na szpitalu ciąży szczególne obowiązki związane ze śmiercią pacjenta. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia lub śmierci pacjenta podstawowym obowiązkiem podmiotu leczniczego stacjonarnego jest obowiązek informacyjny, tj. powiadomienie uprawnionych podmiotów. Zgodnie z art. 28 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jest zobowiązany w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego). Powiadomienie powinno nastąpić jak najszybciej i być skierowane do właściwego podmiotu. Adresatami powiadomienia mogą być, zależnie od woli pacjenta i konkretnej sytuacji, (np. pacjent małoletni) osoby fizyczne (rodzina, sąsiadka) albo jednostki organizacyjne (np. DPS). Kolejne obowiązki podmiotu leczniczego związane są już tylko ze śmiercią pacjenta i dotyczą przede wszystkim przygotowania i przechowywania zwłok. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, jest zobowiązany w razie śmierci pacjenta:

- a) należyście przygotować zwłoki przez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania (o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych),
- b) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

Za powyższe czynności podmiot leczniczy nie ma prawa żądać i pobierać opłat od bliskich zmarłego pacjenta.

⁹⁸ Szerzej o specyficznych prawach pacjenta: M.Paszkowska, *Prawa pacjenta w podmiotach leczniczych stacjonarnych*, „Praca i Zdrowie” 2012, nr 1/; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.

Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem podmiotów leczniczych i osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Zasadniczo prawa pacjenta nie mogą być ograniczane, jednakże kierownik podmiotu leczniczego (m.in. przychodni) lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Menedżer PWDL nie może zapominać, że działalność lecznicza związana jest z ryzykiem. Ryzyko ma charakter permanentny. Ryzyka nie da się całkowicie wyeliminować, ale można je zidentyfikować i zmierzyć. Z roku na rok wzrasta liczba roszczeń pacjentów. Roszczenia pacjentów mogą być dochodzone:

- 1) w trybie pozasądowym wewnętrznym i zewnętrznym (tj. bezpośrednio w podmiocie lub w uprawnionej instytucji takiej jak np. Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta),
- 2) w trybie sądowym (pозew do sądu powszechnego – wydział cywilny, zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa – postępowanie karne),
- 3) w trybie postępowania dyscyplinarnego przed organami samorządu zawodowego.

Dodatkowo w przypadku zdarzeń medycznych w szpitalach od 1 stycznia 2012 roku roszczenia mogą być dochodzone w trybie administracyjnym przed wojewódzkimi komisjami orzekającymi o zdarzeniach medycznych. Roszczeń pacjentów nie można całkowicie wyeliminować, ale można zmniejszyć ich liczbę, a także ograniczyć zakres (przedmiotowy, finansowy), w szczególności przez efektywne zarządzanie ryzykiem i prawami pacjentów. Jednym z podstawowych ryzyk w PWDL, jakie można i należy eliminować, jest naruszenie praw pacjenta.

Pytania kontrolne

1. Wskaż zakres i cele zarządzania prawami pacjenta.
2. Przedstaw definicję praw pacjenta i wymień podstawowe źródła normatywne praw pacjenta.
3. Wymień podstawowe rodzaje praw pacjenta uregulowane ustawowo.
4. Omów prawo pacjenta do informacji.
5. Omów zasady zabezpieczenia i udostępniania dokumentacji medycznej.