

Prawa pacjenta – postulowany standard i jego realizacja w Wielkopolsce na podstawie skarg i wniosków pacjentów

Patient rights – mandated standards and implementation in the Wielkopolska voivodeship on the basis of patients' complaints and petitions

TOMASZ J. NIEWIADOMSKI^{1/}, MONIKA URBANIAK^{2/}, MONIKA M. ZYSNARSKA^{3/}

^{1/} Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{2/} Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{3/} Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Lekarski I, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie. Prawa pacjenta, stanowiąc integralną część szeroko rozumianych praw człowieka, określają relacje pomiędzy pacjentem, a instytucją lub osobą świadczącą usługi medyczne.

Cel pracy. Przedstawienie katalogu praw pacjenta zagwarantowanych w aktach rangi ustawowej oraz w jaki sposób prawa te były przestrzegane przez podmioty realizujące umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na obszarze Województwa Wielkopolskiego w latach 1999-2006.

Materiał i metody. Posłużono się metodą badania dokumentów; stan przestrzegania praw pacjenta określono na podstawie analizy pisemnych skarg pacjentów, spontanicznie złożonych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu.

Wyniki. W analizowanym okresie czasu, tj. od dnia 1 lipca 1999 roku do dnia 30 czerwca 2006 roku, do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych w Poznaniu oraz do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu złożono 1132 pisemne skargi i wnioski pacjentów. Najczęściej pojawiającym się problemem w skargach i wnioskach pacjentów było naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej (306 skarg i wniosków, tj. 27,03%) oraz podejrzenia o błąd medyczny – 130 skarg pisemnych (11,48%).

Wnioski. Najczęściej sygnalizowanymi przez pacjentów prawami, w zakresie których dochodziło do ich naruszenia, były: prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, prawo do informacji o stanie zdrowia oraz prawo do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta. Liczba skarg pacjentów wskazuje na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań, gwarantujących pacjentom pomoc prawną, medyczną i finansową. Istnieje potrzeba podejmowania ciągłych działań edukacyjnych mających na celu popularyzowanie wiedzy o prawach pacjenta.

Słowa kluczowe: *prawa pacjenta, standard, powszechne ubezpieczenie zdrowotne*

Introduction. The relationship between a patient and a doctor, nurse or other medical caregiver depends less and less on social norms, professional ethics or private agreements.

Aim. The first aim is to present the patient rights that are legally mandated in Poland in the form of a catalogue of the relevant statutes. The second aim is to describe to what extent the laws are being observed by agents fulfilling contracts for providing medical services within the program of universal health insurance in the Wielkopolska voivodeship during the years 1999-2006.

Material and methods. The methodology entailed extensive examination of documents. The degree of observation of patient rights is described on the basis of written complaints, spontaneously delivered to the voivodeship Spokesperson for Patient rights.

Results. In the analysed period, i.e. from July 1st 1999 to June 30th 2006, a total of 1132 written complaints were received by the Office for Patients Rights of the Wielkopolska Regional Health Service and its successor office, the Office for Patients Rights of the Wielkopolska Division of the National Health Fund in Poznan. The most frequent problems in complaints and petitions of patients concerned violations of the patient right to healthcare services at a level corresponding with current medical knowledge (306 complaints and petitions, i.e. 27.03%) as well as suspicions of medical errors – 130 written complaints (11.48%).

Conclusion. According to the patients the most often violated rights were: the right to medical services corresponding with the current state of medical knowledge, the right to information about personal health status, as well as the right to view personal medical records. The number of patient complaints indicates the necessity of introducing systematic solutions that can guarantee legal, medical and financial patient aid. Continuing educational campaigns are necessary to broaden the awareness of patient rights both within the medical establishment and among the general public.

Keywords: *patient rights, standards, universal health insurance*

Wprowadzenie

Każdemu człowiekowi – bez względu na jego przynależność państwową, czy pozycję społeczną – przysługuje ochrona jego praw podmiotowych posiadających charakter ponadpaństwowy, niezbywalny i nienaruszalny. Prawa pacjenta można nazwać prawami człowieka w relacji do określonej instytucji (zakładu opieki zdrowotnej) lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych, ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe lub urzędowe [1].

O idei praw pacjenta mówi się coraz częściej z kilku powodów. Po pierwsze stosunki między pacjentem, a lekarzem, pielęgniarką, czy innym medycznym pracownikiem, coraz częściej nie są pozostawiane obyczajowości społecznej, etyce zawodowej, czy swobodnie zawierany umowom między pacjentem a pracownikiem medycznym, lecz stają się przedmiotem regulacji ustawowej. Wyrasta stopniowo podgałąż systemu prawnego, jaką jest prawo medyczne. Po drugie, stopniowo wzrasta liczba obowiązków lekarza, pielęgniarki, czy innych pracowników medycznych [2]. Prawo do zdrowia i prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka i należy do konstytucyjnej kategorii praw socjalnych. Realizacja prawa do ochrony zdrowia ma w dzisiejszych czasach ogromne znaczenie, ponieważ zdrowie jest jednym z głównych wyznaczników jakości życia, decydujących w istotny sposób o ładzie społecznym oraz stanowiącym wartość samą w sobie.

Rozpoczęte w Polsce przekształcenia demokratyczne i gospodarcze wymusiły także rozwój idei reformowania ochrony zdrowia. Wieloletni proces reformatorski doprowadził do wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia, a kolejne ustawy: z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz obecnie obowiązująca ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poszerzyły w sposób znaczący katalog praw pacjenta zawarty w Karcie Praw Pacjenta z 1998 roku. Umieszczenie ogólnego katalogu praw pacjenta w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej wielokrotnie spotykało się z krytyką, albowiem mogło sprawiać wrażenie że gwarancje praw pacjenta obowiązują w sytuacji, w której świadczenia zdrowotne udzielane są w zakładach opieki zdrowotnej, a nie obowiązują, gdy udzielane są w innych formach organizacyjnych np. w formie indywidualnej praktyki lekarskiej [3]. Prawa pacjenta są prawami o charakterze podmiotowym i przyznają ich beneficjentom podstawę do wystąpienia z roszczeniem o ich realizację. Jednocześnie organy państwa zobowiązane są do ochrony tej sfery życia człowieka,

która odnosi się do problemów regulowanych przez konkretne prawo [4]. Wielu dyskutantów i polityków zdrowotnych uważało, że wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych uzdrowi bardzo złą sytuację ochrony zdrowia. Zauważyć jednakże trzeba, że w ramach ubezpieczeniowego rynku świadczeń zdrowotnych, sytuacja pacjenta nie uległa diametralnej poprawie.

Celem działań reformatorskich było między innymi usprawnienie organizacji ochrony zdrowia, poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych, ale także poprawa sytuacji niezadowolonych rzesz pracowników ochrony zdrowia. Wyżej wymienione cele reformowania ochrony zdrowia miały się przyczynić do zwiększenia zadowolenia konsumentów – pacjentów, do poprawy ich stanu zdrowia oraz do poprawy ich jakości życia [5,6]. Jednym ze sposobów osiągnięcia wyżej wymienionych celów, powinno być bez wątpienia zwiększenie znaczenia i zabezpieczenie poszanowania praw pacjenta. Wrażliwość na potrzeby pacjentów stanowi obok skuteczności i sprawiedliwej dystrybucji usług medycznych główny cel systemu opieki zdrowotnej i, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, powinna podlegać również monitorowaniu. Wyniki pomiaru stwierdzające, w jakim stopniu system reaguje na potrzeby pacjentów mogą służyć identyfikacji obszarów wymagających poprawy oraz stanowić podstawę oceny funkcjonowania systemu [7]. Jedną z najpowszechniej stosowanych definicji jakości opieki zdrowotnej, zaproponowana przez Donabediana w latach 70. ubiegłego stulecia, odnosi się do trzech elementów opieki zdrowotnej, tj. struktura, proces i wynik [8]. Prawa pacjenta dotyczą każdego z wyżej wymienionych elementów opieki zdrowotnej. Dla przykładu, odnosząc się do kryterium struktury, wskazać należy, że w zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym oraz zapewnienia środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Odnosząc się do kryterium procesu, pacjent np. ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej [5,6]. W odniesieniu do wyniku opieki zdrowotnej, pacjent ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, które przyczynią się do poprawy stanu zdrowia, oraz poprawią jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia [5,6]. Prawa pacjenta są więc ściśle powiązane z jakością w opiece zdrowotnej, o czym świadczy dotychczas stosowany w Polsce program akredytacji szpitali. Wśród 130 standardów ogólnych stosowanych w ocenie szpitali w trakcie wizyt akredytacyjnych, aż 12 standardów głównych dotyczyło praw pacjenta [9]. Działania związane z oceną i zapewnieniem jakości w opiece zdrowotnej mogą być wielorakie. Należy jednak pamiętać, że oprócz oceny stopnia

zgodności z postulowanymi standardami, ocenie można poddawać zadowolenie pacjentów lub jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, ale przede wszystkim analizie należy poddawać skargi i wnioski pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej [5,6,8,10]. Wielokierunkowe działania dostarczą wiedzy na temat obszarów w opiece zdrowotnej wymagających poprawy. Stąd też duże znaczenie mają podejmowane próby badań określających przestrzeganie praw pacjenta w zmieniającym się systemie ochrony zdrowia.

Cele pracy

Przedstawienie z jednej strony obowiązującego w Polsce standardu praw pacjenta – katalogu praw pacjenta zagwarantowanych w aktach rangi ustawowej – a z drugiej strony określenie: w jaki sposób ten standard był realizowany, czyli w jaki sposób prawa te były przestrzegane przez podmioty realizujące umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na obszarze województwa wielkopolskiego?

Materiał i metody

W pracy posłużono się metodą badania dokumentów. Stan przestrzegania praw pacjenta określono na podstawie analizy pisemnych skarg i wniosków pacjentów, złożonych spontanicznie do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych w Poznaniu oraz do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu w latach od dnia 1 lipca 1999 r. (tj. od momentu utworzenia w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych w Poznaniu stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta) do dnia 30 czerwca 2006 r. W celu dokonania powyżej wspomnianej analizy ustalono, w oparciu o pierwotną analizę aktów prawnych, katalog praw pacjenta, który wykorzystano później do klasyfikacji analizowanych skarg i wniosków pacjentów złożonych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu. Katalog praw pacjenta przyjęty na potrzeby niniejszej pracy, został opracowany na podstawie obowiązujących w analizowanym okresie aktów prawnych i zawierał następujące prawa:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej,
- prawo pacjenta do informacji oraz prawo pacjenta do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta, w tym do uzyskania odpisu lub kopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta,
- prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń,
- prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności,

- prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu na dokonanie po śmierci sekcji zwłok,
- prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów,
- prawa pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych,
- prawa pacjenta zagwarantowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w analizowanych skargach stwierdzono naruszenie tylko jednego z tej grupy praw – prawo pacjenta do wyboru świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców NFZ).

Metodzie analizy dokumentów zarzuca się małą przydatność z uwagi na powstającą trudność weryfikacji prawdziwości analizowanej dokumentacji, tj. skarg i wniosków zgłaszanych przez pacjentów. Ten rodzaj dokumentacji dostarcza nam wiedzy nie o samej rzeczywistości (tj. o stanie przestrzegania praw pacjenta), a jedynie o opiniach na temat tej rzeczywistości. Należy zwrócić uwagę, że pacjenci, skarżąc się, odwołują się często do swoich oczekiwań, które nie koniecznie muszą być oparte na wiedzy o zagwarantowanych im prawach [5,6]. Dodatkowo katalog praw pacjenta służący do analizy skarg i wniosków złożonych przez pacjentów poszerzono o inne aspekty pojawiające się w skargach i wnioskach pacjentów, tj. skargi na system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pytania o zasady funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podejrzania o błędy medyczne oraz inne skargi i wnioski (dotyczące ubezpieczeń społecznych, pomocy społecznej).

Wyniki

Analiza objęła 1132 pisemne skargi i wnioski pacjentów, które złożono do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych w Poznaniu, oraz do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu od dnia 1 lipca 1999 r. do dnia 30 czerwca 2006 r. Szczegółową analizę skarg i wniosków złożonych przez pacjentów do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu przedstawiono w poniżej umieszczonych tabelach.

Tabela I. Pisemne skargi i wnioski złożone przez pacjentów do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu w latach 1999-2006

Table I. Written complaints and petitions of patients to the Office for Patients Rights in Poznan between 1999-2006

1999 * n (%)	2000 n (%)	2001 n (%)	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 ** n (%)	Razem N (%)
35 3,11	175 15,45	197 17,40	140 12,36	153 13,51	143 12,63	189 16,43	100 8,83	1 132 100,00

*dane od 1 lipca – do 31 grudnia 1999,

**dane od 1 stycznia – do 30 czerwca 2006.

Tabela II. Prawa pacjenta w pisemnych skargach i wnioskach złożonych przez pacjentów do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu w latach 1999-2006
Table II. Patient rights in written complaints and petitions of patients to the Office for Patients Rights in Poznan between 1999-2006

Lp.	prawo / kategoria	1999 * n (%)	2000 n (%)	2001 n (%)	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 ** n (%)	razem N (%)
1	do świadczeń	10 (28,57)	26 (14,85)	38 (19,28)	24 (17,1)	40 (26,14)	37 (25,87)	91 (48,15)	40 (40,00)	306 (27,03)
2	do informacji	1 (2,85)	1 (0,57)	3 (1,52)	1 (0,71)	5 (3,26)	3 (2,09)	7 (3,7)	–	22 (1,94)
3	do dokumentacji	1 (2,85)	1 (0,57)	2 (1,01)	2 (1,42)	6 (3,92)	7 (4,89)	17 (8,99)	15 (15,00)	51 (4,50)
4	do intymności	–	–	3 (1,52)	3 (2,1)	4 (2,61)	3 (2,09)	9 (4,76)	3 (3,00)	25 (2,20)
5	do zgody	–	1 (0,57)	1 (0,5)	2 (1,42)	–	4 (2,79)	7 (3,7)	–	15 (1,32)
6	do wyboru świadczeniodawcy	–	–	2 (1,01)	1 (0,71)	5 (3,26)	–	5 (2,65)	3 (3,00)	16 (1,41)
7	podejrzanie o błąd medyczny	5 (14,28)	23 (13,14)	26 (13,19)	20 (14,2)	20 (13,07)	16 (11,18)	12 (6,35)	8 (8,00)	130 (11,48)
8	skargi na puz	–	1 (0,57)	6 (3,04)	2 (1,42)	3 (1,96)	–	–	2 (2,00)	14 (1,23)
9	pytania o puz	5 (14,28)	46 (26,28)	24 (12,18)	27 (20,0)	25 (16,33)	30 (20,97)	–	18 (18,00)	175 (15,45)
10	inne	13 (37,14)	76 (43,42)	92 (46,7)	58 (41,4)	45 (29,41)	43 (30,06)	41 (21,69)	10 (10,00)	378 (33,39)
razem		35 (100,0)	175 (100,0)	197 (100,0)	140 (100,0)	153 (100,0)	143 (100,0)	189 (100,0)	100 (100,0)	1 132 (100,0)

*dane od 1 lipca do 31 grudnia 1999, **dane od 1 stycznia do 30 czerwca 2006; katalog praw pacjenta / kategoria – wyjaśnienia: 1. do świadczeń – prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej; 2. do informacji – prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia; 3. do dokumentacji – prawa pacjenta do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta, w tym uzyskania odpisu lub kopii dokumentacji; 4. do intymności – prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych; 5. do zgody – prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń; 6. do wyboru świadczeniodawcy – prawo pacjenta zagwarantowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 7. podejrzenie o błąd medyczny; 8. skargi na puz – skargi na system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego; 9. pytania o puz – pytania o zasady funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego; 10. inne – inne skargi i wnioski (dotyczące ubezpieczeń społecznych, pomocy społecznej).

Tabela III. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej w pisemnych skargach i wnioskach złożonych przez pacjentów do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu w latach 1999-2006

Table III. The range of healthcare services in written complaints and petitions of patients to the Office for Patients Rights in Poznan between 1999-2006

Lp.	zakres świadczeń opieki zdrowotnej *	1999 ** n (%)	2000 n (%)	2001 n (%)	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 *** n (%)	Razem N (%)
1	POZ	8 (22,85)	24 (13,71)	22 (11,16)	20 (14,28)	23 (15,03)	13 (9,09)	30 (15,87)	23 (23,00)	163 (14,39)
2	LZ	8 (22,85)	58 (33,14)	42 (21,31)	39 (27,85)	32 (20,91)	30 (20,97)	57 (30,17)	19 (19,00)	285 (25,17)
3	AOS	3 (8,57)	25 (14,28)	43 (21,83)	26 (18,58)	29 (18,95)	34 (23,78)	35 (18,52)	24 (24,00)	219 (19,34)
4	ST	6 (17,14)	16 (19,14)	8 (4,06)	10 (7,14)	14 (9,15)	12 (8,39)	12 (6,35)	5 (5,00)	83 (7,33)
5	LU	–	2 (1,14)	3 (1,52)	2 (1,42)	4 (2,61)	3 (2,09)	5 (2,65)	4 (4,00)	23 (2,03)
6	PD	1 (2,85)	5 (2,85)	4 (2,03)	1 (0,71)	1 (0,65)	4 (2,79)	5 (2,65)	7 (7,00)	28 (2,47)
7	LEKI	–	–	8 (4,06)	3 (2,14)	3 (1,96)	4 (2,79)	2 (1,05)	2 (2,00)	22 (1,94)
8	OPD	–	6 (3,42)	3 (1,52)	4 (2,85)	5 (3,26)	7 (4,89)	1 (0,53)	1 (1,00)	27 (2,38)
9	ZPOR	3 (8,57)	2 (1,14)	5 (2,53)	2 (1,42)	5 (3,26)	3 (2,09)	–	3 (3,00)	23 (2,03)
10	REH	–	–	3 (1,52)	2 (1,42)	3 (1,96)	3 (2,09)	2 (1,05)	4 (4,00)	17 (1,50)
11	PSY	–	2 (1,14)	3 (1,52)	–	3 (1,96)	–	2 (1,05)	1 (1,00)	11 (0,97)
12	INNE	6 (17,14)	35 (20,00)	53 (26,90)	31 (22,14)	31 (20,26)	30 (20,97)	38 (20,10)	7 (7,00)	231 (20,40)
Razem		35 (100,0)	175 (100,0)	197 (100,0)	140 (100,0)	153 (100,0)	143 (100,0)	189 (100,0)	100 (100,0)	1 132 (100,0)

*wyjaśnienia skrótów zastosowanych do zakresu opieki zdrowotnej: 1. POZ – podstawowa opieka zdrowotna; 2. LZ – lecnicstwo zamknięte; 3. AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna; 4. ST – stomatologia; 5. LU – lecnicstwo uzdrowiskowe; 6. PD – pomoc doraźna; 7. LEKI – zaopatrzenie w leki; 8. OPD – opieka długoterminowa; 9. ZPOR – zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi; 10. REH – rehabilitacja; 11. PSY – psychiatria; 12. INNE;

dane od 1 lipca do 31 grudnia 1999, *dane od 1 stycznia do 30 czerwca 2006.

Dyskusja

Transformacja ustrojowa, która nastąpiła w Polsce w ostatniej dekadzie ubiegłego wieku, przyczyniła się również do zmiany postrzegania służby zdrowia przez społeczeństwo zarówno w aspekcie organizacji, jak i kadr medycznych. Paternalistyczne relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem powoli zaczęły odchodzić do

historii, a ich miejsce zastępowały relacje oparte na zasadzie usługodawcy i usługobiorcy. Pacjenci stali się bardziej świadomi przysługujących im praw, a co ważniejsze – możliwości ich dochodzenia [1]. Poszanowanie praw pacjenta ma w Polsce nie tylko zwyczajowe umocowanie, skodyfikowane jest również ustawowo. Aktualnie, ochronie praw pacjenta w Polsce służą

następujące środki prawne, takie jak: skarga konstytucyjna do Trybunału Konstytucyjnego, skarga do Rzecznika Praw Obywatelskich, skarga do Rzecznika Praw Pacjenta w Narodowym Funduszu Zdrowia (Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie + 16 Oddziałów Wojewódzkich NFZ). Instytucją służącą ochronie praw pacjenta jest również Biuro Praw Pacjenta działające przy Ministerstwie Zdrowia w Warszawie, a także możliwość wszczęcia przez pacjenta postępowania prowadzącego do odpowiedzialności personelu medycznego (odpowiedzialność służbowa, odpowiedzialność zawodowa, odpowiedzialność cywilna, odpowiedzialność karna) [1,2,5, 6,10,11]. Zaznaczyć przy tym należy, iż w związku z faktem, iż w dniu 21 maja 2009 roku została ogłoszona ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 roku Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia, na podstawie jej art. 12 w związku z art. 19 Biuro Praw Pacjenta działające dotychczas przy Ministrze Zdrowia stało się Biurem Rzecznika Praw Pacjenta.

Przejawem zainteresowania problematyką praw pacjenta we wcześniejszym okresie była decyzja Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego Pani Anny Knysok, która w piśmie do dyrektorów wszystkich Regionalnych Kas Chorych oraz Kasy Branżowej dla Służb Mundurowych poleciła z dniem 1 września 1999 roku powołanie osób pełniących funkcję Rzeczników Praw Pacjenta (w Wielkopolsce Rzecznika Praw Pacjenta powołano wcześniej - od dnia 1 lipca 1999 roku). Rzecznicy ci umiejscowieni zostali w ramach struktur Kas Chorych. Znalazły się też Kasy Chorych, jak np. Branżowa Kasa Chorych, w których decyzją Rady Kasy nie powołano osób pełniących funkcji Rzecznika Praw Pacjenta z powodu braku uregulowań prawnych w tej kwestii, a zadania przekazane przez Pełnomocnika Rządu do realizacji, zostały przekazane do Komisji Skarg i Wniosków Rady Kasy, a następnie po nowelizacji ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, do Rady Kasy Chorych [1,5,6]. Zainteresowanie prawami pacjenta oraz przekonanie o potrzebie utrzymania w systemie ubezpieczeniowym komórek organizacyjnych zajmujących się szeroko rozumianym nadzorem nad realizacją praw pacjenta w ramach świadczenia usług zdrowotnych przysługujących z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, było nadal aktualne przy kolejnych reformach systemu ubezpieczeń zdrowotnych w latach 2003 oraz 2004. Przyznane Rzecznikom Praw Pacjenta kompetencje wynikały i wynikają również obecnie z regulaminów organizacyjnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, tj. kas chorych i następnie Narodowego Funduszu Zdrowia, a nie z samych ustaw regulujących ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, tj. ustawy z dnia

6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, następnie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz obecnie z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dlatego też skuteczne działanie rzecznika praw pacjenta w kasie chorych, jak i w NFZ, bez prawnych środków oddziaływania na świadczeniodawców było i jest często utrudnione. Z całą pewnością ustanowienie Rzeczników Praw Pacjenta najpierw w Kasach Chorych, później w Narodowym Funduszu Zdrowia należy traktować jako krok naprzód w zakresie ochrony i egzekwowania wywodzących się z Konstytucji praw pacjenta, jednakże rozwiązanie to jest niedoskonałe i stanowi krok zbyt mały w stosunku do narastających potrzeb [1]. Rzecznik Praw Pacjenta działa przede wszystkim w optyce standardu prawno-organizacyjnego, poprzez porównywanie sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent z odpowiednimi ustawami, rozporządzeniami, warunkami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zawartymi w umowie z NFZ oraz w szczególności przepisami regulującymi prawa pacjenta [11].

W polskim systemie prawnym w ostatnim czasie uchwalony został jednolity akt prawny, obejmujący całość problematyki praw pacjenta. Projekt tego aktu został przedłożony w lutym 2008 roku w ramach prac „Białego Szczytu Zdrowotnego”. Projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, wymagał szczegółowego dopracowania w zakresie zaproponowanego w tym projekcie zakresu praw pacjenta oraz zakresu kompetencji rzecznika praw pacjenta. Obowiązująca wcześniej Karta Praw Pacjenta przekazana do publicznej informacji przez Ministerstwo Zdrowia 11 grudnia 1998 roku była zbiorem praw pacjenta, wynikającym z rozproszonych aktów prawnych. Dodatkowo stwierdzić należy, że za istniejącymi rozwiązaniami prawnymi nie nadąża upowszechnianie wiedzy o prawach pacjenta i ich praktyczne przestrzeganie [5,6].

Oczywistym jest fakt, że stopień znajomości przez pacjentów swoich praw wpływa na dostrzeganie przejawów ich łamania. Badania naukowe potwierdzają, że osoby, które deklarują dobrą znajomość praw pacjentów, istotnie statystycznie częściej oceniały jako bardziej dokuczliwe ich naruszanie w trakcie leczenia w zakładach opieki zdrowotnej [10]. Prawa pacjenta są po to, aby przez ich egzekwowanie wpływać na poprawę jakości świadczeń medycznych, a także po to, aby ustalić pozycję pacjenta jako równoprawnego uczestnika procesu leczenia [12]. Zainteresowanie prawami pacjenta jest wyrazem nowego standardu myślenia o leczeniu i świadczeniu usług wysokiej jakości. Akredytacja i standardy akredytacyjne podchodzą do tematu jakości opieki zdrowotnej i praw pacjenta wieloaspektowo, zawierając często wymogi

wykraczające poza ramy obowiązującego prawa, tym samym bardziej szczegółowo i dosadnie zwracając uwagę na potrzeby pacjentów [9].

Przeprowadzona analiza skarg i wniosków złożonych przez pacjentów wskazuje, że w analizowanym okresie, tj. w latach 1999-2006, najczęściej pojawiającym się problemem w skargach i wnioskach pacjentów było naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej (prawo do kompleksowego świadczenia zdrowotnego, prawo do wysokospecjalistycznego świadczenia zdrowotnego, prawo do przesunięcia na liście oczekujących spowodowanego wskazaniem medycznymi) – 306 skarg i wniosków, co stanowiło 27,03 % wszystkich złożonych skarg i wniosków. Należy jednakże pamiętać, że nie ma takiego systemu opieki zdrowotnej, w którym nie pojawiałby się problem oczekiwania na bardzo drogie i nowoczesne metody leczenia. Różnice między krajami i systemami ochrony zdrowia dotyczą stopnia zorganizowania list oczekujących, ustalenia kryteriów medycznych, branych pod uwagę przy ustalaniu kolejności wykonania świadczenia zdrowotnego. W Polsce w zakresie zorganizowania list oczekujących jest jeszcze dużo do zrobienia, a pierwsze działania w tym zakresie podjęto dopiero w latach 2004 i 2005.

W piśmiennictwie naukowym, zauważa się, że większość pacjentów deklaruje zapotrzebowanie na informacje medyczne o chorobie, jej przebiegu i możliwych sposobach leczenia. Niewystarczające informowanie jest jedną z częstszych przyczyn skarg pacjentów. W analizowanym w niniejszym opracowaniu materiale, 22 skargi (1,94%) dotyczyły utrudnień w dostępie do informacji o stanie zdrowia oraz 51 skarg (4,5%) dotyczyło utrudnień w dostępie do dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta – będącej także źródłem informacji o chorobie, jej przebiegu. Warto zwrócić uwagę na inne doniesienia z krajowego piśmiennictwa w tym zakresie. W dwóch badaniach przeprowadzonych w 1996 roku, w kwietniu w badaniu „Omnibus” obejmującym zasięgiem reprezentatywną próbę dorosłych Polaków aż 30 % respondentów stwierdziło, że nie wiedziało o możliwości wglądu w swoją dokumentację leczenia, a w czerwcowym (1996) badaniu pacjentów szpitalnych CBOS – 20 % ankietowanych pacjentów szpitali stwierdziło, że nie wiedzieli o możliwościach wglądu w swoją dokumentację [10].

Jak donosi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, prawo pacjenta do poszanowania godności i intymności w ocenie szpitali ubiegających się o Certyfikat Akredytacyjny jest zazwyczaj przestrzegane. 12 szpitali, z 44 poddanych ocenie spełniało standard na ocenę maksymalną [9]. Podobny wniosek można wyciągnąć z analizy skarg złożonych do Rzecznika Praw Pacjenta, 25 skarg (2,20%) dotyczyło łamania prawa do poszanowania

godności i intymności pacjenta. Gorzej przedstawiała się sytuacja w zakresie realizacji prawa do poszanowania godności i intymności pacjenta w roku 1996 w dwóch badaniach, kwietniowym „Omnibus” – obejmującym zasięgiem reprezentatywną próbę dorosłych Polaków i czerwcowym badaniu pacjentów szpitalnych CBOS [10]. W obydwu badaniach – aż 5% respondentów oceniło sytuację jako niekorzystną i stwierdziło łamanie tego prawa.

Na podstawie analizowanego materiału dotyczącego skarg i wniosków stwierdzić należy, że jedną z najczęściej występujących kategorii skarg były błędy medyczne – czy raczej podejrzenia o błędy medyczne – 130 skarg pisemnych (11,48%) w analizowanym okresie czasu 1999-2006 roku. Zagadnienie błędów popełnianych przez lekarzy stanowi istotny problem każdego systemu opieki zdrowotnej. W Polsce problem błędów lekarskich ujawnił się i nasilił w ostatnich latach. Nasze ustawodawstwo dotyczące ochrony praw pacjenta w zasadzie odpowiada standardom zachodnioeuropejskim. Każda z dróg postępowania, dostępna gdzie indziej, jest otwarta także przed polskimi pacjentami [2, 5, 6]. W Polsce jednak, by otrzymać jakiegokolwiek odszkodowanie, albo choćby tylko pomoc, należy udowodnić przed sądem winę lekarza, przychodni, czy szpitala, a to nie jest łatwe.

Kolejną z najczęściej występujących kategorii skarg i wniosków wpływających do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, były pytania o zasady funkcjonowania nowego systemu ochrony zdrowia (175 wniosków, co stanowiło 15,45%). Pytania o zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pojawiały się każdego roku wśród skarg i wniosków wpływających do Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Świadczy to niestety ciągle o niewystarczających działaniach informacyjnych i promujących nowe rozwiązania w organizacji systemu ochrony zdrowia, opartej o powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Na podstawie analizowanego materiału stwierdzić należy także, iż prawa z katalogu praw pacjenta zastosowanego do klasyfikacji analizowanych skarg i wniosków pacjentów złożonych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta w Poznaniu, tj.: prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności, prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu na dokonanie po śmierci sekcji zwłok oraz prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów nie były naruszone od dnia 1 lipca 1999 roku do dnia 30 czerwca 2006 roku (nie były zgłoszone w formie pisemnej skargi).

Niniejsze odniesienie się do problematyki praw pacjenta nie jest całościowym spojrzeniem na prawa pacjenta i ich realizację w praktyce, a tylko omówieniem części ww. zagadnień. Niestety, nie tylko dlatego, nie można też wnioskować o poprawie w zakresie realizacji praw pacjenta w związku z wprowadzonym

w Polsce w 1999 roku i wciąż rozwijanym systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Analiza skarg i wniosków złożonych przez pacjentów spontanicznie do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych w Poznaniu oraz do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu od dnia 1 lipca 1999 roku do dnia 30 czerwca 2006 roku, wskazuje że problem naruszania praw pacjenta – jest ciągle aktualny, a liczba skarg i wniosków pacjentów, dotyczących tak fundamentalnych zagadnień, jak np. prawo do informacji o stanie zdrowia czy prawo do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta – były jednymi z częściej naruszanych przez personel zakładów opieki zdrowotnej praw. Ciągłe pojawiającym się problemem były także ograniczenia w realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.

Należy stwierdzić, że pełna ocena stanu przestrzegania praw pacjenta oraz ocena realizacji standardu prawno-organizacyjnego praw pacjenta zagwarantowanych w Polsce wymaga przeprowadzenia dodatkowo oceny poziomu wiedzy pacjentów, a także wiedzy personelu medycznego na temat praw pacjenta oraz przeprowadzenia badań oceniających stan przestrzegania praw pacjenta z użyciem metod i narzędzi

badawczych, pozwalających zebrać pogłębione informacje w tym zakresie.

Podsumowanie i wnioski

Najczęściej sygnalizowanymi przez pacjentów prawami, w zakresie których dochodziło do ich naruszenia, były: prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, prawo do informacji o stanie zdrowia oraz prawo do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta.

Liczba skarg pacjentów związanych wskazuje na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań, gwarantujących pacjentom pomoc prawną, medyczną i finansową. Należy podkreślić potrzebę utrzymania i wzmocnienia dotychczas funkcjonujących różnych form pomocy pacjentom, tj. np. Rzecznicy Praw Pacjenta działający w strukturach NFZ (Centrala i oddziały wojewódzkie NFZ), którzy będąc blisko miejsca zamieszkania pacjentów, dobrze wywiązują się ze swych zadań, udzielając szybkiej i bezpośredniej pomocy pacjentom w poszczególnych województwach.

Istnieje potrzeba podejmowania ciągłych działań edukacyjnych mających na celu popularyzowanie wiedzy o prawach pacjenta oraz o systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tak wśród pacjentów, jak i wśród pracowników zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnie praktykujących świadczeniodawców.

Piśmiennictwo / References

1. Turek A. Rola rzecznika praw pacjenta w świetle konstytucyjnej ochrony praw człowieka. *Prawo i Medycyna* 2005, 4: 76-90.
2. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa Pacjenta*. Difin, Warszawa 2001.
3. Zielińska E. Ekspertyza na temat poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta. [w:] *Zmiany w systemie ochrony zdrowia*. Druki Sejmowe nr 283, 284, 286, 287, 293, 294, 311. Cieślak Z (red.). Kancelaria Sejmu Biuro Analiz Sejmowych, Warszawa 2008: 35-41.
4. Karkowska D. *Prawa pacjenta*. ABC, Łódź 2004.
5. Niewiadomski TJ. Stan przestrzegania praw pacjenta po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. [w:] *Siódma Ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece zdrowotnej*. Materiały Konferencyjne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2002: 39-45.
6. Niewiadomski TJ. Prawa pacjenta – postulowany standard i jego realizacja. [w:] *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*. Głowacka MD (red.). WSKiZ, Poznań 2006: 261-271.
7. Banaszewska A. Wrażliwość systemów opieki zdrowotnej na potrzeby pacjentów. [w:] *Piąta Ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece zdrowotnej*. Materiały Konferencyjne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2000: 24-29.
8. Marr H, Giebing H. *Quality assurance in nursing. Concepts, methods and case studies*. Campion Press Limited, Edinburgh 1994.
9. Kutaj-Wąsikowska H, Krawczyk K. Prawa pacjenta z perspektywy wizyt akredytacyjnych. [w:] *Piąta Ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece zdrowotnej*. Materiały Konferencyjne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2000: 104-108.
10. Halik J. *Prawa pacjenta*. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Biuletyn Informacyjny Nr 18, Warszawa 1996: 1-17.
11. Filarski T. Jakość świadczeń zdrowotnych a ochrona praw pacjenta w działalności rzecznika praw pacjenta MOW NFZ. [w:] *Dziewiąta Ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece zdrowotnej*. Bezpieczny Pacjent. Materiały Konferencyjne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2005: 123-126.
12. Kaduła-Łakomy D. Przestrzeganie praw pacjenta w SP ZOZ Wodzisław Śląski jako aspekt poprawy jakości usług. [w:] *Piąta Ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece zdrowotnej*. Materiały Konferencyjne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2000: 85-87.