



Warszawa, 21.11.2016 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-WPR.420.127.2016.AGL

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Konstanty Radziwiłł

Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: ustawa) jest ochrona praw pacjentów, określonych w niniejszej ustawie oraz przepisach odrębnych. Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco gromadzi i analizuje informacje związane z systemem opieki zdrowotnej, a następnie podejmuje działania w ramach przysługujących kompetencji w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw.

W toku podejmowanych przez Rzecznika działań, uwagę organu zwrócił brak jednolitych standardów systemu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom powracającym z zagranicy i wymagającym kontynuacji opieki². Braki informacyjne w przedmiocie organizacji świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem analogicznych

¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.

² Przykładowa sprawa dotyczyła pacjentki, która po otrzymaniu zaopatrzenia ortopedycznego podczas wyjazdu turystycznego, po powrocie poszukiwała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej podmiotu leczniczego, który mógłby dokonać oceny jej stanu zdrowia oraz podjął się kontynuacji leczenia. Z uwagi na brak pewności co do prawidłowości świadczeń zdrowotnych udzielonych dotychczas, stawiała się w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych podmiotów leczniczych z terenu miejsca jej zamieszkania. Podmioty lecznicze odmówiły przyjęcia pacjentki, wskazując, iż zaopatrzenie ortopedyczne zostało już wykonane za granicą, stąd właściwym jest skierowanie się do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjentka nie posiadała skierowania do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stąd w pierwszej kolejności oczekiwała na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Następnie, po uzyskaniu skierowania, została zarejestrowana na listę oczekujących przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z uwagi na brak możliwości wykonania badania radiologicznego, otrzymała skierowanie do szpitala, gdzie jednak nie została przyjęta, gdyż podkreślono konieczność udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie ambulatoryjnym. Okres oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego doprowadził do wadliwego wygojenia złamania. Jak przyznał jeden z podmiotów leczniczych, przepisy nie regulują w sposób jednoznaczny jaka jednostka jest zobowiązana do udzielenia pacjentowi pomocy w takiej sytuacji. Natomiast właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż pacjentka w pierwszej kolejności powinna była skierować się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

stanów faktycznych zgłaszane są do Biura Rzecznika Praw Pacjenta również za pośrednictwem Ogólnopolskiej Infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Pacjenci wskazują, iż podmioty lecznicze z uwagi na rodzaj udzielanych świadczeń odmawiają osobom powracającym z zagranicy weryfikacji ich stanu zdrowia, nie wskazując jednocześnie gdzie może nastąpić kontynuacja leczenia. Powyższe zgodne jest z obowiązującymi przepisami, albowiem pacjent często nie kwalifikuje się do udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć, a lekarz podstawnej opieki zdrowotnej nie ma organizacyjnej możliwości dokonać kontroli świadczeń specjalistycznych (np. chirurgicznych). Skutkiem powyższego jest ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych³.

Zauważyć należy, iż prawo pacjenta do informacji określone w art. 9 ust. 1 i 2 oraz art. 10 ustawy nie może być w pełni zrealizowane w warunkach konsultacji lekarskiej udzielanej za granicą. Nie każdy pacjent włada językiem obcym w stopniu komunikatywnym, pozwalającym na zrozumienie skomplikowanej terminologii medycznej, stąd wyłącznie ponowienie oceny stanu zdrowia przez personel posługujący się językiem ojczystym pozwala na uzyskanie przystępnych informacji i ustalenie dalszego planu leczenia pacjenta. Niezbędna jest zatem kontrolna wizyta diagnostyczna przed podjęciem dalszych decyzji o skierowaniu do określonego trybu leczenia. Jednocześnie, zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy, każdy pacjent ma prawo do przejrzystej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń. W przypadku, gdy pacjent powracający z zagranicy nie ma realnej możliwości dokonać weryfikacji stanu zdrowia w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie jest zachowana równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Tym samym, Rzecznik Praw Pacjenta zauważa konieczność ujednoczenia sytuacji pacjentów wymagających kontynuacji leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej po powrocie z podróży obejmujących zarówno państwa obszaru Unii Europejskiej, jak i pozostałe spoza tego obszaru. Schemat systemu udzielania świadczenia pacjentowi w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego jest niezbędny z uwagi na zwiększającą się skalę migracji obywateli i zróżnicowaną praktykę podmiotów leczniczych w tym zakresie. Zasady wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ są niewystarczające do zapewnienia jasnych reguł kontynuacji leczenia takich pacjentów.

³ Pacjenci zmuszeni do poszukiwania na własną rękę konsultacji, ostatecznie decydują się na skorzystanie ze usług podmiotów leczniczych udzielających świadczeń komercyjnie.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.

Należy zwrócić uwagę, iż nie zawsze pacjent otrzyma dokument skierowania uznawanego w systemie krajowej opieki zdrowotnej za wystarczający do kontynuacji leczenia. Stosownie do art. 59a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy wyłącznie w przypadku, gdy spełniają określone w ustawie wymagania⁵. Do skierowania wystawionego w języku obcym dołącza się jego tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego, niemniej jednak pacjent jest obowiązany do dokonania tłumaczenia treści na własny koszt. W przypadku, gdy podmiot leczniczy nie zaakceptuje zagranicznego wzoru dokumentacji medycznej albo pacjent otrzyma świadczenie w państwie spoza państwa członkowskich Unii Europejskiej, zostanie on pozbawiony możliwości zgłoszenia się bezpośrednio do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Analogicznie, jeżeli na konkretne świadczenie obowiązuje lista oczekujących, również pacjent kontynuujący w Polsce na podstawie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną, zobowiązany będzie na własną rękę ustalić ze świadczeniodawcą możliwy termin udzielenia świadczenia zgodne z obowiązującymi w Polsce przepisami.

Jednocześnie, wskazać należy, iż przynależność do poradni podstawowej opieki zdrowotnej nie jest obowiązkiem pacjenta, a lekarz tej poradni ma ograniczone możliwości diagnostyczne. Powyższe może zatem skutkować wydłużonym czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia, co wpłynie negatywnie na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta bowiem w takim przypadku kontynuacja leczenia nie będzie oparta na kryteriach medycznych. Przedstawiony problem nie ma na celu preferencyjnego traktowania pacjentów powracających z zagranicy, ale zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów.

⁵ Zgodnie z § 9 ust. 1 - 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069 ze zm.) osoba kierująca na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania, konsultacji lub leczenia. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera: 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1; 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2; 3) oznaczenie rodzaju przedsiębiorstwa podmiotu, do którego kieruje się pacjenta; 4) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą; 5) inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia; 6) datę wystawienia skierowania; 7) oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie zawiera dodatkowo kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), zwany dalej "kodem resortowym", stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli został nadany.

Uwzględniając powyższe, działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy, uprzejmie proszę o zajęcie stanowiska w sprawie:

1. Czy Ministerstwo Zdrowia analizowało wskazany problem?
2. Jakie działania mające na celu możliwość kontynuacji leczenia pacjentów powracających z zagranicy proponuje Ministerstwo Zdrowia?
3. Gdzie w Państwa ocenie zasadnym jest kierowanie pacjenta celem kwalifikacji jego stanu zdrowia w analogicznych stanach faktycznych?

Uprzejmie proszę o przekazanie przedmiotowych informacji pisemnie na adres korespondencyjny Biura Rzecznika Praw Pacjenta (ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa) wraz z przytoczeniem sygnatury niniejszego pisma.

z poważaniem
L. Łobos,

Do wiadomości:

Pani Beata Szydło – Prezes Rady Ministrów.