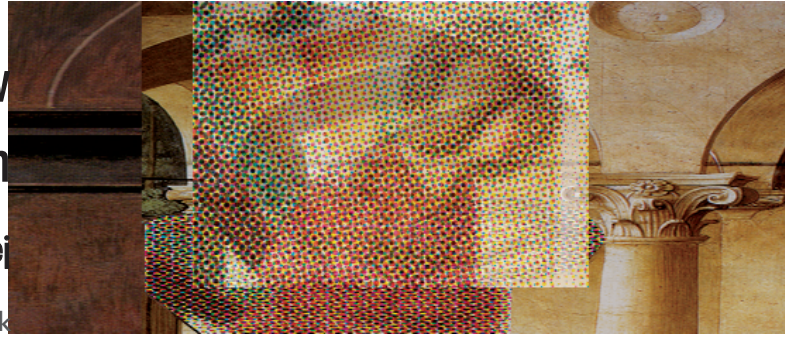


# Obowiązki świadczeniodawców usług zdrowotnych

– przestrzeganie ich w świetle praktyki sądowo-lekarskiej

Barbara Świątek



Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom przez różnego rodzaju zakłady opieki zdrowotnej oraz lekarzy w ramach prywatnej praktyki zawodowej. Placówki te i lekarze stają się więc wykonawcami świadczeń zdrowotnych (świadczeniodawcami), co nakłada na nich liczne i bardzo trudne, choć uregulowane ustawowo obowiązki.

Oboowiązki te określa:

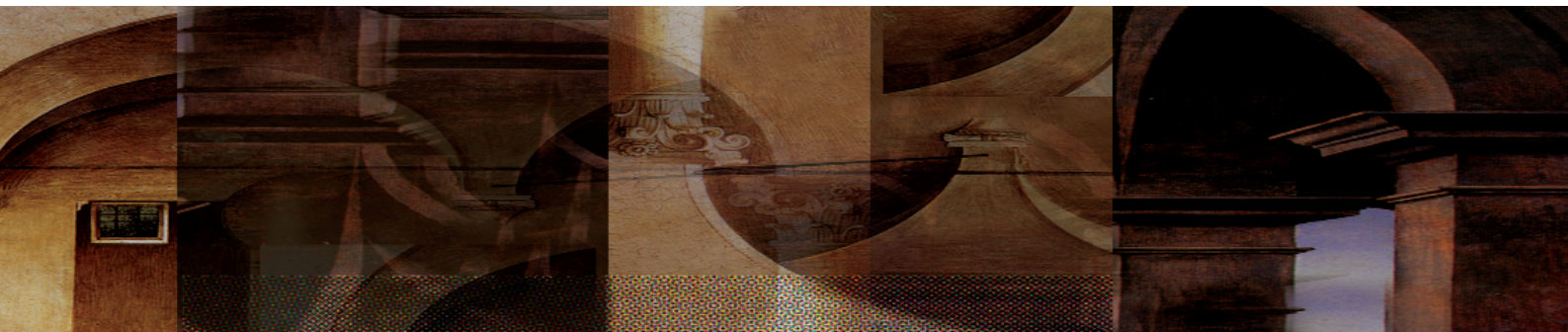
- Konstytucja RP:
- art. 68 stanowiący, że *każdy ma prawo do ochrony zdrowia* (jest to norma prawna a nie deklaracja), a obowiązkiem władz publicznych jest zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń,
- art. 41 zapewniający obywatelom nietykalność i wolność osobistą, czyli prawo do samostanowienia (decydowania o swoim losie, a zatem także wyrażaniu zgody lub sprzeciwu co do proponowanych świadczeń zdrowotnych),
- art. 51 chroniący dane osobowe,
- art. 53 dający prawo do wolności sumienia i religii (sumienie i światopogląd może mieć wpływ na wybór świadczenia zdrowotnego przez pacjenta),
- liczne ustawy i rozporządzenia wykonawcze, które stanowią rozwinięcie podanych powyżej praw konstytucyjnych,
- jako najważniejsze uzupełnienie prawa do ochrony zdrowia należy uznać wpisane do kilku ustaw prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej, z zastrzeżeniem ich limitowania w określonych sytuacjach, związanych z praktycznymi możliwościami do – przypominać – równego, zapewnionego przez Konstytucję dostępu do tych świadczeń. Zakres dostępnych, równych dla wszystkich świadczeń zdrowotnych miał być sformułowany w ustawie, która – zgodnie z zapisem w Konstytucji – miała się ukazać w ciągu 2 lat od jej wejścia w życie.
- ustawa ta nie ukazała się do chwili obecnej i nadal nie wiadomo, jakie świadczenia zdrowotne powinny być równo dostępne dla wszystkich pacjentów (potocznie mówi się o tzw. koszyku świadczeń),
- regulaminy tworzone w zakładach opieki zdrowotnej, które zgodnie z art. 18a.1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 1997 r., nr 104, poz. 661) określają *organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych*.

W oparciu o zapisy w ww. wymienionych aktach prawnych należy przyjąć, że podstawowymi obowiązkami świadczeniodawców są:

- zapewnienie świadczeń zdrowotnych, zgodnych z wymogami aktualnej wiedzy medycznej,
- niepodejmowanie się udzielania świadczeń zdrowotnych, przekraczających możliwości diagnostyczno-lecznicze danej placówki,
- przestrzeganie praw pacjentów,
- utrzymywanie placówki w niebudzącym zastrzeżeń stanie sanitarno-epidemiologicznym,
- zabezpieczenie pacjentom bezpiecznego pobytu w szpitalu,
- prawidłowe prowadzenie dokumentacji lekarskiej, zarówno pod względem formalnym, jak i merytorycznym oraz prawidłowe jej zabezpieczenie,
- ochrona danych osobowych pacjentów,
- utrzymywanie w sprawności aparatury,
- zachowanie procedur obowiązujących w razie wypisywania się pacjenta na żądanie ze szpitala i w razie jego śmierci w szpitalu,
- wszczynanie w określonych przepisami przypadkach procedur transplantacyjnych,
- prawidłowa organizacja pracy zakładu opieki zdrowotnej,
- analiza każdego przypadku, będącego przedmiotem postępowania prokuratorskiego, sądowego bądź związanego z odpowiedzialnością zawodową.

Wymienione powyżej, choć bardzo liczne **obowiązki** świadczeniodawców usług zdrowotnych są najważniejsze, ale nie wyczerpują całości zagadnienia. Dla porównania – **prawami** świadczeniodawców są: odmowa w ściśle określonych przypadkach świadczeń zdrowotnych oraz *dyscyplinarne wypisanie* pacjenta ze szpitala z powodu nieodpowiedniego zachowania się. Tylko ta możliwość i stosowanie się do ograniczeń, związanych z zagrożeniem epidemiologicznym, stanowią obowiązki pacjentów jako świadczeniobiorców. Natomiast liczba praw świadczeniobiorców – pacjentów jest olbrzymia; w Karcie Praw Pacjenta spisanych jest ich ok. 80.

Podłożenie tak licznym obowiązkom przez zakład opieki zdrowotnej to bardzo trudne zadanie organizacyjne, menedżerskie, finansowe, merytoryczne itp. Niestety, w praktyce występują niejednokrotnie nieprawidłowości, stające się przedmiotem postępowań proku-



ratorskich i sądowych. Sądowo-lekarskie opiniowanie w tzw. sprawach lekarskich (oceniających prawidłowość postępowania lekarskiego) daje możliwość – w oparciu o dokumenty zebrane w aktach – oceny prawidłowości wywiązywania się świadczeniodawców ze swych obowiązków.

Doświadczenie medyka sądowego daje podstawę do stwierdzenia, że każdy z wymienionych obowiązków bywa łamany, mniej lub bardziej drastycznie. Najczęstsze nieprawidłowości z konkretnymi, wziętymi z życia przykładami – zostaną przedstawione poniżej:

- Każda placówka ma określone możliwości diagnostyczno-lecznicze i niedopuszczalne jest przyjmowanie w trybie planowym lub bez bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, którego stan zdrowia wymaga badań i czynności leczniczych przekraczających te możliwości. Takiego pacjenta należy natychmiast przekazać do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Dotyczy to zwłaszcza procedur zabiegowych, ale także trudnych diagnostycznie stanów chorobowych. Drastycznym przykładem może być podjęcie się prowadzenie bliźniaczej, niedonoszonej, powikłanej ciąży wysokiego ryzyka, w okresie przedporodowym przez oddział, na którym nie było aparatu USG, a dokonanie badań kardiologicznych stwarzało również duże trudności. Doszło do śmierci obu płodów, choć nawet stwierdzenie tego faktu nastręczało trudności (nie rozpoznano śmierci pierwszego płodu, a po wystąpieniu po pewnym czasie objawów śmierci drugiego płodu wykonano cięcie cesarskie – z dokumentacji i wyjaśnień personelu można było sądzić, że miało ono na celu potwierdzenie obumarcia płodów – badanie USG było niemożliwe, KTG nie wykazywało akcji serca płodów). W tym przypadku ciężarna nie powinna była być przyjęta na oddział o możliwościach poniżej pewnej dopuszczalnej normy.

Jednakże, czy i kiedy dopuszczalne są działania nieoptymalne, tj. niebędące zgodne z zasadami aktualnej wiedzy lekarskiej?

Zdania prawników są podzielone, ale decyduje w takich przypadkach stan zdrowia pacjentów i związana z tym zdolność do transportu. W przypadkach *niecierpiących zwłoki* należy udzielić pomocy w miarę możliwości i gdy zaistnieją warunki, przekazać pacjenta do innej placówki. W jednej ze spraw biegli przyjęli, że przewóz wykrawawionej pacjentki (2,5 mg proc. hemoglobiny) do innej placówki (kilkadziesiąt km) bez oznaczenia grupy krwi i poprawy stanu ogólnego było

nieprawidłowe, narażające jej życie i zdrowie na bezpośrednie niebezpieczeństwo.

- Świadczenia zdrowotne mają być udzielane zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy lekarskiej i pojęcie to dotyczy prawidłowej merytorycznie, na każdym etapie postępowania lekarskiego, procedury diagnostycznej i leczniczej. Oznacza to zatem wykonanie koniecznych badań fizykalnych oraz dodatkowych. Szpitale mają zazwyczaj odpowiednią aparaturę, laboratoria, możliwości specjalistycznych konsultacji.

Niestety, względy finansowe lub inne niezbyt zrozumiałe powody są czasami przyczyną niewykorzystywania wszystkich możliwości diagnostycznych, np. badań USG. W jednym ze szpitali rozpoznano *macicę mięśniakowatą* wyłącznie w oparciu o wywiad i badanie fizykalne, mimo iż pacjentka wielokrotnie żądała takiego badania. Macicę usunięto; jak się okazało – bez mięśniaków. I jakkolwiek zabieg ten był klinicznie w pełni uzasadniony, to pacjentka uważała, że wprowadzono ją w błąd, utrwalając w przekonaniu, że ma guzy macicy i tylko dlatego zgodziła się na zabieg. U innej młodej pacjentki, z rozpoznaną dużą torbielą jajnika prawego na podstawie ambulatoryjnie wykonanego badania USG, przy przyjęciu do szpitala, w oparciu wyłącznie o wynik badania fizykalnego, ginekolog rozpoznał torbielę jajnika lewego. Przeprowadzono zabieg metodą laparoskopową, usuwając jajnik – jak wykazały badania histopatologiczne – zdrowy. Badanie USG potwierdziło istnienie torbieli w jajniku prawym.

Zdarzają się przypadki, że aparatura jest używana, wyniki badań dołączone do historii choroby, ale bez jakiegokolwiek ich wykorzystania dla oceny stanu zdrowia. Dotyczy to, np. wielokrotnie w okresie przed i w czasie porodu wykonywanych zapisów kardiologicznych. Zapisów tych żaden z lekarzy nie ogląda; zarzut ten nie jest pochopny, skoro nawet zmiany wskazujące na pogłębiające się niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu nie wywołują żadnej reakcji, ani nie znajdują odzwierciedlenia w dokumentacji lekarskiej (brak opisów).

W celach oszczędnościowych – zeznanie ordynatora oddziału przed sądem – w jednym ze szpitali (a ile jeszcze innych?) zaniechano badań histopatologicznych wyskrobin z jamy macicy. Wiedza lekarska ustąpiła ekonomii.

Oszczędza się także za sekcjach patomorfologicznych, a jeżeli się je przeprowadza, to ogranicza się lub odstępuje od badań histopatologicznych.

Dzieje się to niejednokrotnie wbrew przepisom ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (art. 24).

Kolejnym uchybieniem obowiązku udzielania świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą lekarską, jest postępowanie z osobami nieubezpieczonymi. Dochodzi do odmowy przyjęć (nawet pacjentów w ciężkim stanie), odsyłania ich do innych szpitali albo przedwczesnego, przed zakończeniem leczenia wypisania ze szpitala przy świadomości, iż człowiek taki (często bezdomny) nie ma możliwości kontynuowania niezbędnego leczenia.

Ostatnią, częstą nieprawidłowością (choć można by je jeszcze mnożyć) jest udzielenie pacjentowi świadczenia dostępnego w danym szpitalu, bez skierowania do innych placówek oferujących mniej inwazyjne metody.

W praktyce sądowo-lekarskiej sprawy dotyczyły pacjentów leczonych operacyjnie z powodu kamicy nerkowej (powikłania pooperacyjne, utrata nerki), nawet bez próby skierowania pacjenta na zabieg kruszenia kamieni metodą nieinwazyjną.

- Konieczność przestrzegania praw pacjenta, to niedoceniany jeszcze przez świadczeniodawców problem. Są już skutki tego w postaci procesów o odszkodowanie (zadośćuczynienie), a ich liczba będzie wzrastać w miarę wzrostu świadomości prawnej pacjentów (praktyka wskazuje, że wzrasta ona szybciej u pacjentów, aniżeli u lekarzy).

Przykłady zawinionej łamania praw pacjentów:

- Pacjentka wyraża zgodę na usunięcie macicy. Po zabiegu okazuje się, że usunięto jej także jajniki, jak wykazały badania histopatologiczne – zdrowe. Operator zeznał, że usunięcie jajników w wieku pacjentki było zgodne z wiedzą i praktyką ginekologiczną, zwłaszcza że makroskopowo podejrzewał w jajnikach zmiany cystowate. Rzeczywiście, wiedza lekarska wskazuje na profilaktyczną konieczność usunięcia jajników w menopauzie, ale pacjentka musi wyrazić na to zgodę. Może bowiem żądać pozostawienia, nawet zmienionych chorobowo jajników. Lekarze w sposób zawiniony złamali zatem podstawowe prawo pacjenta i szpital za to zapłaci (art. 19a.1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Jest to przykład zderzenia wiedzy lekarskiej z prawem pacjenta, które w tej konfrontacji zwyciężają.
- Zasygnalizowanie tego problemu jest uzasadnione – opinie sądowo-lekarskie, oceniające powyższą sytuację są częste; czy szpitale stać na odszkodowania?
- Brak poinformowania pacjenta o innych, mniej inwazyjnych metodach leczenia (powyżej opisany przykład leczenia kamicy nerkowej).
- Udzielanie informacji rodzinie bez upoważnienia (zgodnego z par. 13 ust. 6 *Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej uregulowania* DzU 2001, nr 88, poz. 966) o stanie zdrowia pacjenta, co może skutkować odszkodowaniem.
- Uzależnianie leczenia od zgody rodziny pacjenta pełnoletniego i nieubezpieczonego, przy wątpliwościach co do jego stanu świadomości. Ustawa

o zawodzie lekarza (DzU 1997, nr 28, poz. 152) art. 34 p.3.7 w sposób jednoznaczny wyznacza obowiązujące wówczas procedury, ale być może zapytanie rodziny sprawia mniej kłopotu.

- Przykład: w 4. dniu po oparzeniu, u pacjenta pobudzonego, w ciężkim stanie ogólnym, z objawami rozpoczynającej się skazy krwotocznej, chirurg rozpoznał martwicę stopy i goleni, stanowiącą pełne wskazania do amputacji kończyny powyżej kolana. Jak odnotowano w historii choroby rodzina nie wyraziła na to zgody – wyraziła ją dopiero po 4 kolejnych dniach i zabieg wykonano. Pacjent zmarł. Lekarz prowadzący zeznał, że martwica rozplywna kończyny była źródłem zakażenia ogólnego i niewydolności wielonarządowej, ale brak zgody rodziny uniemożliwił dokonanie amputacji w odpowiednim czasie. Przykład ten dotyczy zarówno opacznego rozumienia praw pacjenta, jak i naruszenia obowiązku leczenia zgodnego z aktualną wiedzą lekarską i komentarz jest zbyteczny.
- Jakość prowadzenia dokumentacji lekarskiej była i jest przedmiotem wielu opracowań o charakterze poglądowym. W zasadzie wystarczy przestrzegać zapisów rozporządzenia (cytowanego powyżej), by prawidłowość tej czynności lekarskiej nie budziła zastrzeżeń. Niestety, w praktyce nie przywiązuje się należytej wagi do jakości dokumentacji, sytuacji tej nie zmieniło nawet wprowadzenie prawa pacjenta do wglądu w historię choroby. Wyjątkowo rzadko, w drastycznych przypadkach, niedopełnienie tego obowiązku świadczeniodawcy rodzi odpowiedzialność ordynatora za niedopełnienie obowiązków służbowych; także lekarz może, a nawet powinien ponieść odpowiedzialność służbową.
- Utrzymywanie aparatury w pełnej sprawności wydaje się obowiązkiem łatwym do spełnienia; w każdym szpitalu winien zajmować się tym fachowiec, każdy aparat powinien posiadać aktualny atest, a jego sprawność w określonych terminach powinna być kontrolowana. Tak z pewnością jest w większości szpitali; nie można jednak przyjąć, że jatrogenne uszkodzenia ciała pacjentów wskutek wadliwej pracy aparatury zdarzają się wyjątkowo. Zdarzenia takie są bowiem dość częstym przedmiotem opiniowania sądowo-lekarskiego. Głośna sprawą były oparzenia pacjentek przy naświetlaniach niesprawną aparaturą. Inne przypadki to:
  - wypalenie ścięgna Achillesa w rzucie elektrody (urządzenia do przeżegania naczyń) w trakcie zabiegu usuwania kamieni nerkowych. Pacjent – górnik stracił możliwość pracy na przodku. Nikt z personelu, w trakcie długotrwałej operacji nie zauważył nieprawidłowego funkcjonowania urządzenia,
  - na oddziale noworodkowym wprowadzano stopniowo zmiany (uproszczenia) co do sposobu użycia lampy do naświetlania noworodków. Doprowadziło to do braku osłony samej lampy i zniesienia jej wentylowania,
  - żarówka, wskutek przegrzania pękła, rozgrzane odłamki szkła spadły na noworodka, doprowadzając do rozległych, głębokich poparzeń,



- procedury, obowiązujące przy wypisywaniu się pacjenta na żądanie i w razie śmierci pacjenta w szpitalu opisane są dokładnie w przywoływanych powyżej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i rozporządzeniu o dokumentacji medycznej. Mimo to zdarzają się nieprawidłowości, np. ordynator oddziału w jednej ze spraw twierdził, że nie ma u nich zwyczaju żądać podpisu pacjenta przy wypisywaniu się ze szpitala na żądanie, wystarczy fakt ten wpisać do dokumentacji. Nie wystarczy! (w tym konkretnym przypadku pacjentkę w ciężkim stanie wypisano ze szpitala. Dokonano wpisu o wypisaniu na żądanie. Rodzina zaprzeczwała takiemu życzeniu. Pacjentka zmarła).

Nadal bezpodstawnie, mimo licznych opracowań, komentarzy, wykładów, uzależnia się, w razie śmierci chorego w szpitalu, wykonanie sekcji patomorfologicznej od woli rodziny. Pisałam o tym wielokrotnie, pozostaje mi polecić lekturę art. 24 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

- prawidłowa organizacja pracy zakładów opieki zdrowotnej to niezwykle ważny obowiązek; zła organizacja może zniweczyć możliwości wynikające z fachowości personelu i najnowszej aparatury. Organizacja poszczególnych oddziałów, sal operacyjnych, laboratoriów itp. winna umożliwiać bezkolizyjne, w odpowiednim czasie i w prawidłowy sposób udzielanie świadczeń zdrowotnych, a tym samym nie stwarzać możliwości zaistnienia sytuacji, w której życie i zdrowie pacjenta może zostać narażone na bezpośrednie niebezpieczeństwo. *Organizacja i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych* musi być dokładnie, w odniesieniu do każdej jednostki organizacyjnej szpitala opisana w tworzonych przez rady nadzorcze regulaminach. Organizacja zakładów opieki zdrowotnej to temat olbrzymi, wymagający oddzielnego opracowania. Przykładem złej organizacji jest niewątpliwie brak na stałe lekarza izby przyjęć i brak regulacji postępowania z pacjentem, wysyłanym przez takiego lekarza do specjalistów na oddziałach (w kilku sprawach lekarz specjalista, wykluczając zmiany z zakresu swej specjalności, poprzez brak stosownego pouczenia pacjenta powodował, że pacjent wracał do domu bez dalszej, niezbędnej dla niego diagnostyki, a zwtoka w rozpoznaniu była dla niego tragiczną),
- wszczynanie procedur transplantacyjnych to czynności, których warunki i poszczególne etapy są ściśle opisane w ustawie tzw. *transplantacyjnej* (DzU 1995, nr 138, poz. 682 z późniejszymi zmianami) oraz bardzo licznych rozporządzeniach wykonawczych. W czasie spotkań i konferencji na temat transplantacji dyskutowany był problem, czy wszczynanie procedur zmierzających do transplantacji jest obowiązkiem lekarzy, czy też może wynikać tylko z ich dobrej woli? Pojawiły się, początkowo krytykowane poglądy, że zaniechanie wszczynania procedur może być i zazwyczaj jest wyrokiem śmierci nawet dla kilku osób, oczekujących na przeszczep. Przecież leczenie przeszczepem to nie eksperyment, a już normalna, zgodna z wiedzą lekarską procedura. Z satysfakcją usłyszałam w telewizji wypowiedzi profesorów lekarzy i prokuratorów;

wynikało z nich, że nieuzasadnione zaniechanie *wszczęcia procedur transplantacyjnych* może być potraktowane jako przestępstwo, tj. co najmniej jako narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Należy spodziewać się zatem precedensu sądowego. Nadszedł więc czas, by zarządzający szpitalem potraktowali poważnie ten obowiązek,

- w aktach spraw prokuratorskich lub sądowych spotyka się, niestety rzadko, komisijną ocenę (analizę) przypadku, który stał się przedmiotem zainteresowania wymiaru sprawiedliwości. Niestety, oceny te nie zawsze są obiektywne i zazwyczaj nie dopatrują się nieprawidłowości w działaniu personelu medycznego. Częściej jednak takich ocen nie dokonuje się, nawet w sytuacjach, gdy przeciwko temu samemu lekarzowi toczy się kolejno kilka postępowań karnych, zakończonych procesami sądowymi. Akta tych spraw wskazują na fatalne stosunki międzyludzkie na oddziale, brak współpracy między lekarzami, a ordynator, który uważany jest za sprawcę tych nieprawidłowości i pozostający w ciągłym konflikcie z wymiarem sprawiedliwości (oskarżany o błędy lekarskie), pozostaje na swoim stanowisku. Każdy proces karny pociąga zazwyczaj za sobą proces cywilny o zadośćuczynienie. Działalność takiego lekarza nie tylko nie przysparza szpitalowi dobrego imienia, ale także powoduje dla niego straty finansowe,
- stan sanitarno-epidemiologiczny szpitala to problem bardzo ważny, wobec narastającej liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, przede wszystkim wirusami WZW typu B i C oraz gronkowcem złocistym, rzadziej paciorkowcem. Coraz większa liczba spraw, związanych z zakażeniami WZW jest opiniowana przez biegłych – opinie mają na celu ustalenie związku przyczynowego pomiędzy zabiegami wykonywanymi u pacjenta w szpitalu a zakażeniem WZW, oraz skutków, jakie to zakażenie spowodowało (proc. uszczerbku na zdrowiu). Jest to problem nie tylko medyczny, ale i prawny tak duży, że Sąd Najwyższy wydał już w tej sprawie orzeczenia; są one korzystne dla pacjentów,
- pozostałe, wymienione na wstępie obowiązki świadczeniodawców nie mają charakteru ściśle medycznego, dlatego nie zostaną w tym opracowaniu omówione.

Podsumowując: podołanie obowiązkowi świadczeniodawców usług (świadczeń) zdrowotnych wymaga:

- lekarzy, doskonale ze sobą współpracujących i znających prawo medyczne (i nie tylko) fachowców (specjalistów), stanowiących kadrę kliniczną,
- prawidłowego opracowania regulaminów szpitalnych i skutecznego nadzoru nad ich przestrzeganiem,
- szybkiego i zdecydowanego reagowania na wszelkie nieprawidłowości formalne i merytoryczne,
- stałej dbałości o prawidłowe kontakty międzyludzkie między personelem, ale także życzliwe i fachowe traktowanie pacjentów.

prof. dr hab. Barbara Świątek  
– Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu