

Czy pacjent, lekarz i menedżer w ochronie zdrowia mogą się porozumieć?



Kluczem jest współpraca

Po latach praktyki mam jednak ugruntowane doświadczeniem przekonanie, że do problematyki relacji pomiędzy prawami pacjenta, prawami lekarza oraz prawami i obowiązkami zarządzających w ochronie zdrowia można podchodzić według mniej tradycyjnej metodologii.

Wzajemne relacje

Pozwalam sobie zacząć niniejszy tekst od pewnej osobistej refleksji. Na studiach prawniczych miałem fantastycznych wykładowców, do których zaliczali się Profesor Adam Szpunar¹ oraz Profesor Biruta Lewaszkiewicz-Petrykowska². To oni zaszczepili mi tradycyjne spojrzenie na zagadnienie odpowiedzialności cywilnej w ramach relacji pacjent – lekarz – podmiot leczniczy, która eksponuje prawa pacjenta i odpowiedzialność lekarza, określanego w prawie cywilnym pojęciem „profesjonalisty”, oraz odpowiedzialność podmiotu leczniczego³.

Proponuję zatem takie ujęcie relacji pacjent – lekarz – podmiot leczniczy, które daje możliwość pokazania, że w istocie pomiędzy prawami pacjenta, prawami lekarza oraz prawami i obowiązkami zarządzających w ochronie zdrowia występuje daleko idąca, ale często nieuświadomiona spójność, która może stanowić bardzo dobrą przestrzeń do rozwiązywania problemów występujących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Chcę również podkreślić, że określeniu lekarza mianem profesjonalisty, co jest całkowicie uzasadnione w kontekście wykształcenia, umiejętności i wiedzy, można i należy nadać dzisiaj całkowicie inny wymiar niż tylko ten, który oznacza sprowadzenie lekarza do roli odpowiedzialnego za brak należytej staranności lub błędy w sztuce lekarskiej. Dążąc do tego, chciałbym nie tylko zerwać z tradycyjnym ujmowaniem pozycji prawnej lekarza, lecz także pozycji prawnej osoby zarzą-

dzającej podmiotem leczniczym, która w dzisiejszych czasach zostaje bardzo często sprowadzona głównie do odpowiedzialności za budżet podmiotu leczniczego.

Uzasadnienie swojej tezy, że relacje pomiędzy prawami pacjenta, prawami lekarza oraz prawami i obowiązkami zarządzających w ochronie zdrowia mogą stanowić przestrzeń do godzenia obszarów, które w założeniu wydają się sprzeczne i których pogodzić pozornie się nie da, zacznę od przedstawienia schematu praw pacjenta i korespondujących z nimi praw lekarza. Oczywiście w przedstawionych schematach pokazany jest zaledwie ułamek praw pacjenta i lekarza, jednak w mojej ocenie, popartej praktyką, są to właśnie te prawa, które mogą wywoływać najwięcej dyskusji w działalności podmiotów leczniczych.

Tak ujętym prawom pacjenta odpowiadają korespondujące z nimi prawa lekarza.

Zarządzanie szpitalem

W tym kontekście powstaje pytanie, w jakiej relacji, tak ujęte prawa pacjenta i lekarza, pozostają do praw i obowiązków osoby zarządzającej podmiotem leczniczym.

W aspekcie formalnoprawnym należy wskazać na istnienie szeregu przepisów określających zasady prowadzenia gospodarki finansowej przez podmiot leczniczy. Ich analiza pozwala sformułować tezę, że podstawowym celem osób zarządzających w ochronie zdrowia powinno być dążenie do zachowania płynności

SCHEMAT PRAW PACJENTA

Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, a w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴.

Pacjent ma prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na udzielenie mu określonych świadczeń, zastosowanie określonych leków, na zmianę leczenia, w tym leków, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu⁷.

Pacjent ma prawo do monitorowania swojego procesu leczenia i zgłaszania działań niepożądanych leków⁸.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w tym do najnowszych zdobyczy techniki medycznej i najnowszych leków, udzielanych z należytą starannością, przy poszanowaniu przez osoby wykonujące zawód medyczny zasad etyki zawodowej, określonych przez właściwe samorządy zawodów medycznych⁵.

Pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, a także ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie⁶.

SCHEMAT PRAW LEKARZA

Lekarz ma prawo do wykonywania zawodu w warunkach umożliwiających natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta, z uwzględnieniem zastosowania określonych metod leczenia, w tym określonych leków, które powinny być dostępne dla pacjenta⁹.

Lekarz ma prawo informowania pacjenta o wszelkich w jego przekonaniu istotnych okolicznościach dotyczących leczenia, w tym przede wszystkim o wszelkich zmianach w procesie leczenia¹².

Lekarz ma prawo do domagania się umożliwienia mu stałego monitorowania procesu leczenia i zgłaszania działań niepożądanych¹³.

Lekarz ma prawo do wykonywania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w tym do stosowania najnowszych zdobyczy techniki medycznej i najnowszych leków, oraz poszanowania zasad etyki zawodowej, określonych przez właściwe samorządy zawodów medycznych¹⁰.

Lekarz ma prawo do przekazywania swojej oceny i swojego zdania na temat stanu zdrowia pacjenta, rozpoznania, a także preferowanych przez niego metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, przewidywanych przez niego wynikach leczenia oraz rokowaniu¹¹.

finansowej i unikania zadłużenia podmiotu leczniczego. To jest całkowicie uzasadnione również w aspekcie ekonomicznym funkcjonowania podmiotu leczniczego i może być źródłem problemów w relacjach pacjent – lekarz – osoba zarządzająca podmiotem leczniczym.

Bariery?

Czy na pewno tej bariery w relacjach nie da się pokonać? Rozważmy wszystkie aspekty złożonych relacji pacjent – lekarz – osoba zarządzająca podmiotem leczniczym.

Skoro pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, w tym np. do otrzymania leków, kiedy ich niepodanie mogłoby doprowadzić do sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia – to czy ktokolwiek może pacjentowi odmówić takich świadczeń? Czy w tym przypadku bariera płynności finansowej i zadłużenia może być w ogóle rozpatrywana? Należy zwrócić uwagę, że świadczeń opieki zdrowotnej będzie w takich sytuacjach z reguły udzielał podmiot leczniczy, który ma zawartą stosowną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a więc taki, który otrzyma wynagrodzenie za udzielone świadczenia. Celowo nie piszę w tym przypadku o zwrocie kosztów, bo niekoniecznie pomiędzy kosztami a wynagrodzeniem można postawić znak równości.

Brak umowy

Jeżeli natomiast dojdzie do sytuacji, w której podmiot leczniczy nie ma zawartej umowy z NFZ lub też nie ma zawartej umowy w danym rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych, których będzie zobowiązany udzielić, wówczas należy zwrócić uwagę na regulację prawną, zgodnie z którą Świadczeniodawca, który nie zawarł umo-

wy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴. Wskazana regulacja nie pozostawia wątpliwości, że podmiotowi leczniczemu, który udzielił świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, zostaną zwrócone koszty z tego tytułu.

Wątpliwość

Na tym tle powstaje jednak inna wątpliwość, która streszcza się w takim oto pytaniu: *Jak powinno być interpretowane prawo pacjenta i lekarza do kontynuowania leczenia wówczas, gdy przeszkodą do kontynuowania jest wykonanie przez podmiot leczniczy całości świadczeń zdrowotnych określonych w umowie zawartej z NFZ, a w ocenie lekarza, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przerwanie leczenia stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta?* Nie można mieć wątpliwości, że taka sytuacja zdarza się w praktyce każdego podmiotu leczniczego i może być ona szczególnie trudna dla osoby zarządzającej wówczas, gdy wiąże się z dużymi kosztami świadczeń, np. w programach lekowych.

W tym przypadku należy odwołać się do orzecznictwa sądowego, zgodnie z którym Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą zatem sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń

spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie [...]»¹⁵.

Pytanie o nadwykonania

Oznacza to w istocie, że w przypadku gdy podmiot leczniczy zawarł umowę w danym rodzaju i zakresie świadczeń z NFZ, jednak świadczenia te w całości zostały wykonane, a pomimo tego zachodzi potrzeba dalszego udzielania świadczeń w tym rodzaju i zakresie, to sytuację tę należy traktować jako analogiczną z sytuacją, w której *Świadczeniodawca [...] nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [...]*¹⁶.

Należy przy tym dodać, że możliwość uzyskania wynagrodzenia za świadczenia udzielane w takich sytuacjach może dotyczyć również tzw. świadczeń planowych, bowiem *Wprowadzie takimi świadczeniami w zasadzie nie są zabiegi, które ratują życie, niemniej są stosowane u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Trafnie jednak w tym wypadku zwrócono uwagę, że jest to zasada, od której mogą zachodzić wyjątki i taki uzasadniają okoliczności rozpoznawanej sprawy. Hemodializoterapia jest w zasadzie podstawową formą leczenia nerkozastępczego. Zabiegi są więc i muszą być powtarzane, gdyż dzięki nim pacjent jest utrzymywany przy życiu. Z tego więc względu nie może dojść do sytuacji, że zabieg nie zostanie wykonany, gdy ratuje życie pacjenta*¹⁷.

Programy lekowe

W mojej ocenie nie może w tym kontekście budzić wątpliwości, że analogiczna sytuacja będzie miała miejsce w programach lekowych, gdzie bez wątpienia *{...} nie może dojść do sytuacji, że zabieg nie zostanie wykonany, gdy ratuje życie pacjenta*¹⁸ lub jego zdrowie, a przerwanie leczenia (brak podania leku) może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta.

Został zatem wyjaśniony pierwszy element w relacjach pacjent – lekarz – osoba zarządzająca w ochronie zdrowia, tj. element dotyczący podjęcia leczenia i jego kontynuacji. Moim zdaniem został on wyjaśniony w ten sposób, że godzi on prawa pacjenta, prawa lekarza oraz zasady wynikające z etyki wykonywania zawodu lekarza, a także prawa osoby zarządzającej podmiotem leczniczym, nie stawiając jednocześnie osoby zarządzającej w sytuacji możliwości naruszenia obowiązków wynikających z aspektów finansowych i ekonomicznych zarządzania podmiotem leczniczym.

Aktualna wiedza medyczna

Kolejne prawa to prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w tym do najnowszych zdobyczy techniki medycznej i najnowszych leków, oraz korespondujące z nim prawo lekarza do wykonywania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej



„Pozycja prawna osoby zarządzającej podmiotem leczniczym jest bardzo często sprowadzona do odpowiedzialności za budżet podmiotu leczniczego”

wiedzy medycznej, w tym do stosowania najnowszych zdobyczy techniki medycznej i najnowszych leków.

Z powyższym wiąże się prawo pacjenta do wyrażenia lub odmowy zgody na udzielenie mu określonych świadczeń, zastosowanie określonych leków, na zmianę leczenia, w tym leków, oraz odpowiadające mu prawo lekarza do stosowania preferowanych przez niego metod diagnostycznych i leczniczych.

To rzecz jasna trudna problematyka z punktu widzenia osób zarządzających podmiotem leczniczym, wiąże się bowiem z możliwością utraty płynności finansowej i zadłużeniem podmiotu leczniczego, a w przypadku podmiotów leczniczych podlegających przepisom ustawy o finansach publicznych¹⁹ także z zagrożeniem naruszenia dyscypliny finansów publicznych²⁰. Liczba potencjalnych konsekwencji, na gruncie różnych regulacji prawnych, jest oczywiście znacznie większa i biorąc pod uwagę przedmiot niniejszego opracowania, nie będę ich wszystkich dokładnie wymieniał.

Według mnie dylemat, który powstaje w tej sytuacji dla osoby zarządzającej podmiotem leczniczym, jest tym większy, że dotyczy dóbr podlegających szczególnej ochronie. Takich jak prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w tym do najnowszych zdobyczy techniki medycznej i najnowszych leków, a także prawo lekarza do podjęcia lub kontynuowania leczenia z poszanowaniem tych praw pacjenta.

Nie chcąc zajmować pozycji arbitra, jako radca prawny o długoletnim doświadczeniu mogę ten problem przedstawić w następujący sposób: *Trudno racjonalnie postawić zarzut osobie zarządzającej pod-*



„ Skoro pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, to czy ktokolwiek może mu odmówić udzielenia takich świadczeń? „

miotem leczniczym dotyczący zadłużenia podmiotu lub wręcz naruszenia dyscypliny finansów publicznych w sytuacji, gdy zarządzający tym podmiotem dysponuje udokumentowanymi argumentami, że do wskazanej sytuacji doszło w wyniku decyzji lekarza profesjonalisty, którego rekomendacją było np. stosowanie określonych nowoczesnych, acz droższych leków lub innych produktów leczniczych, bowiem zarządzający w istocie nie może kwestionować rekomendacji lekarza profesjonalisty, w szczególności jeżeli jest to podyktowane np. troską o unikanie powikłań lub działań niepożądanych. Proszę jednak nie traktować tego stwierdzenia jako zachęty do zadłużania podmiotu leczniczego, a jedynie jako drogę do rozwiązywania problemów w sytuacji niebudzącej wątpliwości rekomendacji lekarza prowadzącego leczenie.

Wyjątki od reguły

Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, że wskazany dylemat nie wystąpi we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń zdrowotnych. Na przykład w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programów lekowych i katalogu chemioterapii, gdzie koszt zakupu leku nie stanowi dodatkowego kosztu dla podmiotu leczniczego, bowiem NFZ rozlicza koszt zakupu leku według ceny wskazanej przez podmiot leczniczy na fakturze zakupu.

Dylemat ten nie powstanie również w przypadku udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS). Prawo stosowania nowoczesnego leczenia w POZ i AOS, np. przy użyciu innowacyjnych i droższych leków, czy też kontynuowania leczenia przy uży-

ciu dotychczas stosowanych leków określonych z nazwy handlowej, jeżeli w ocenie lekarza jest to uzasadnione i istotne z punktu widzenia interesu pacjenta, nie może budzić najmniejszych wątpliwości i jest ugruntowane w praktyce prawem lekarza, który ma możliwość umieszczenia na receptce adnotacji „nie zamieniać”²¹.

W mojej ocenie to prawo jest w istocie kwintesencją uprawnień lekarza do wykonywania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w tym do stosowania najnowszych zdobyczy techniki medycznej i najnowszych leków oraz do stosowania preferowanych przez lekarza metod diagnostycznych i leczniczych. Wobec innych regulacji prawnych²² stanowi wyjątek od wielu ustanowionych zasad, a w związku z tym należy pamiętać, że prawa tego nie można nadużywać – jest to szczególnie ważne w kontekście szerokiej dyskusji, która odbyła się ostatnio w mediach na ten temat. Każdorazowo skorzystanie z tego prawa wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej²³.

Zamówienia publiczne

W związku z tym pojawia się inna wątpliwość, która streszcza się w pytaniu: *Skoro w tym przypadku prawo lekarza nie budzi wątpliwości, to czy można je kwestionować wówczas, gdy koszty droższych leków nie są ponoszone przez pacjenta, ale przez podmiot leczniczy i stanowią koszt podmiotu leczniczego?*

Tu poważną przeszkodę stanowią okoliczności związane z tradycyjną i najbardziej upowszechnioną interpretacją przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych, która to interpretacja eksponuje jako decydujące kryterium wyboru oferty najniższą cenę oraz zakaz określania w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia leków lub innych produktów leczniczych według ich nazwy handlowej. Według mnie nie jest to podejście prawidłowe.

Analiza praktyki stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych zarówno przez Krajową Izbę Odwoławczą, jak i Urząd Zamówień Publicznych skłania do następującej oceny: *Zgodnie z treścią art. 29 ustawy Prawo zamówień publicznych zamawiający zobowiązany jest opisać przedmiot zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, z uwzględnieniem wszystkich wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty oraz w sposób, który nie mógłby utrudniać uczciwej konkurencji, przy czym istotne jest, że zamawiający ma prawo tak określić przedmiot zamówienia, aby uzyskać oczekiwany efekt, gdyż „ustawodawca pozostawił zamawiającemu możliwość precyzowania cech przedmiotu zamówienia w sposób chroniący jego zobiektywizowany interes”²⁴.*

Zobiektywizowany interes

Jestem przekonany, że nie ma podstaw prawnych, aby w kategoriach „zobiektywizowanego interesu” zamawia-

jącego nie ujmować sytuacji, w której występuje uzasadnienie lekarza – profesjonalisty o zasadności stosowania w leczeniu innowacyjnych i droższych leków lub innych produktów leczniczych oraz najnowszych, a przez to droższych, zdobyczy techniki medycznej, identyfikowanych bardzo konkretnie według ich nazwy handlowej.

Najlepiej to stanowisko oddaje Opinia Ekspertów Urzędu Zamówień Publicznych [patrz: www.uzp.gov.pl – „Opis przedmiotu zamówienia w zakresie zakupu pojazdów sanitarnych przez stacje pogotowia ratunkowego”]: *Należy jednak pamiętać, iż określenie przedmiotu zamówienia jest nie tylko obowiązkiem, ale także uprawnieniem zamawiającego. Oznacza to, że obowiązek przestrzegania reguł opisywania przedmiotu zamówienia nie stoi w sprzeczności z określaniem przedmiotu zamówienia w sposób uwzględniający potrzeby zamawiającego. Zachowując bowiem zasady ustawowe, zamawiający może tak opisać przedmiot zamówienia, by mu odpowiadał, a jednocześnie nie godził w zasadę uczciwej konkurencji. Wymogu takiego opisanie przedmiotu zamówienia, żeby nie utrudniało to uczciwej konkurencji, nie można utożsamiać z koniecznością istnienia zdolności do realizacji zamówienia przez wszystkie podmioty działające na rynku w danej branży. Jeżeli bowiem warunki stawiane przez zamawiającego (a wynikające m.in. z opisu przedmiotu zamówienia) znajdują uzasadnienie w świetle celu, jakiemu ma służyć przedmiot zamówienia,*

to nie może być przyczyną ich ograniczenia fakt, że nie każdy produkt czy usługa dostępna na rynku może je spełnić [...].

Działania niepożądane

Na koniec należy poruszyć jeszcze jedno zagadnienie, które choć omawiane na końcu, nie jest najmniej ważne. Mam na myśli monitorowanie procesu leczenia i zgłaszanie działań niepożądanych²⁵. Ten temat jest powszechnie ignorowany, a wręcz – że posłużyć się dość poważnym sformułowaniem – lekceważony w relacjach pacjent – lekarz – podmiot leczniczy, co choćby w kontekście tego, jak wielką wagę przywiązuje do tego zagadnienia Unia Europejska, wydaje się zupełnie zaskakujące. Powyższe rozważania muszą zatem podsumować sformułowaniem jeszcze jednej wątpliwości, która brzmi następująco: *Czy możliwe jest monitorowanie procesu leczenia i zgłaszanie działań niepożądanych w sytuacji braku przestrzegania prawa lekarza do stosowania preferowanych przez niego metod diagnostycznych i leczniczych, w szczególności w ramach kontynuowania leczenia?*

Odpowiedzi na to pytanie udzieliłem już w treści niniejszego opracowania, a brzmi ona: absolutnie nie.

Michał Modro

Radca Prawny, ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia. Współpracował przy tworzeniu kas chorych i NFZ. W latach 2001–2003 był doradcą ministra zdrowia. Współpracuje m.in. z Pracodawcami Rp.

Przypisy

- ¹ W 1934 r. ukończył prawo na Uniwersytecie Jagiellońskim. W latach 1950–1953 był dziekanem Wydziału Prawa i Administracji, następnie w latach 1955–1956 prorektorem Uniwersytetu Łódzkiego, a wreszcie w latach 1956–1962 jego rektorem (z wyboru). Był najwybitniejszym przedstawicielem polskiej nauki o odpowiedzialności cywilnej. Wykładał na wielu uczelniach zagranicznych, w tym w Strasburgu, Paryżu, Cambridge, Giessen, Yale, Detroit.
- ² W latach 1983–1997 kierowała Katedrą Prawa Cywilnego na Uniwersytecie Jagiellońskim. Wykłada także w *Faculté Internationale de Droit Comparé* w Strasburgu, jest członkiem naukowych towarzystw prawniczych. Sędzia Trybunału Konstytucyjnego.
- ³ Adam Szpunar: *Ustalenie odszkodowania w prawie cywilnym*, Warszawa 1975. Adam Szpunar: *Czyry niedozwolone w kodeksie cywilnym*, *Studia Cywilistyczne* 1970, t. XV. Biruta Lewaszkiewicz-Petrykowska: *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przestępstwo odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, *Prawo i Medycyna* 1999, nr 1.
- ⁴ Art. 6 ust. 2 i art. 7 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417) tekst jednolity z dnia 24 stycznia 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 159) [dalej jako: „ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”].
- ⁵ Art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- ⁶ Art. 9 ust. 2 i art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- ⁷ Art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- ⁸ Art. 12a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 2 ust. 3, art. 36d, art. 36f ustawy Prawo farmaceutyczne.
- ⁹ Art. 6 ust. 2 i art. 7 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.) [dalej jako: „ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry”], art. 33 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.) [dalej jako: „ustawa o działalności leczniczej”].
- ¹⁰ Art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 4, art. 15, art. 20 Kodeksu etyki zawodowej.
- ¹¹ Art. 9 ust. 2 i art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 31, art. 32, art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
- ¹² Art. 9 ust. 2 i art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 31, art. 32, art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
- ¹³ Art. 12a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 2 ust. 3, art. 36d, art. 36f ustawy Prawo farmaceutyczne.
- ¹⁴ Art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) [dalej jako: *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej*].
- ¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613, Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13.
- ¹⁶ Art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
- ¹⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, Biul. SN 2007, nr 4, s. 15, Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13.
- ¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, Biul. SN 2007, nr 4, s. 15, Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13.
- ¹⁹ *Ustawa o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.* (Dz. U. Nr 157 poz. 1240 z późn. zm.).
- ²⁰ *Ustawa o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych z dnia 17 grudnia 2004 r.* (Dz. U. 2005 Nr 14 poz. 114 z późn. zm.).
- ²¹ Art. 44 ust. 2 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz. U. Nr 122 poz. 696) [dalej jako: „ustawa refundacyjna”].
- ²² Na przykład art. 44 ust. 1 ustawy refundacyjnej.
- ²³ Art. 45 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
- ²⁴ Wyrok ZA z 4 kwietnia 2003 r., sygn. akt UZP/ZO/0-348/03, A. Kurowska: *Analiza wyroków sądów okręgowych oraz analiza orzeczeń zespołów arbitrażu*, Warszawa 2006, s. 80.
- ²⁵ Art. 12a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 2 ust. 3, art. 36d, art. 36f ustawy Prawo farmaceutyczne.