



RzPP-DWS-WPS.420.16.2022

**Pan**  
**Adam Niedzielski**  
**Minister Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze,

otrzymuję od pacjentów informacje dotyczące trudności w uzyskiwaniu wyników badań zleconych w ramach leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: „AOS”). Wynikają one z praktyki niektórych podmiotów leczniczych, które zawarły z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, polegającej na uzależnieniu wydania wyników wykonanych badań od odbycia wizyty kontrolnej w placówce. Podmioty te uzasadniają to faktem, że Narodowy Fundusz Zdrowia bez odbycia wizyty kontrolnej nie rozliczy wykonanego badania.

### **Naruszenie praw pacjenta**

Należy zaznaczyć, że takie działania podmiotów leczniczych jest niewłaściwe i stanowi naruszenie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, której część stanowią wyniki przeprowadzonych badań.<sup>1</sup> Przepisy prawa wprost przewiduje ona możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej za pośrednictwem np. środków komunikacji elektronicznej, nie można więc uzależnić udostępnienia dokumentacji od osobistej wizyty, a tym bardziej odbycia konsultacji lekarskiej.<sup>2</sup>

W określonych sytuacjach działania podmiotu może naruszyć również prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych, mając na uwadze, że w przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych pacjentowi przysługuje prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.)

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876)

kolejność dostępu do tych świadczeń. Brak informacji dla pacjenta na temat wyników jego badania, może opóźnić dalsze kroki diagnostyczno-terapeutyczne wpływając na pogorszenie jego stanu zdrowia.

Nie ulega więc wątpliwości, że pacjent, który chce uzyskać wyniki badań przed wizytą kontrolną u specjalisty, ma takie prawo, jednak może istnieć obawa po stronie świadczeniodawcy, że pacjent po otrzymaniu wyników badań nie wróci już do podmiotu na wizytę kontrolną do lekarza.

### **Rozliczenie wizyt w AOS**

Świadczeniodawca udzielający świadczeń AOS ma obowiązek wystawić skierowanie na badania diagnostyczne niezbędne dla prawidłowego leczenia i pokryć ich koszt.<sup>3</sup> Świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec pacjenta wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych – wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń oraz po spełnieniu innych warunków, które są określone w zarządzeniu. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.

Dlatego też istotne z punktu widzenia świadczeniodawcy, który chce prawidłowo rozliczyć się z Narodowym Funduszem Zdrowia, jest przeprowadzenie świadczenia specjalistycznego do końca, łącznie z podjęciem decyzji diagnostycznej i terapeutycznej pacjenta. Obecny stan prawny służący jako forma finansowego motywowania podmiotu leczniczego do zapewnienia kompleksowej opieki, może mieć wpływ na prawidłową realizację praw pacjenta i prowadzić do dublowania świadczeń, które pacjent otrzymuje zarówno w ramach świadczeń gwarantowanych w AOS, jak i leczenia prywatnego.

### **Konsekwencje**

Przedstawione zagadnienie ma więc charakter wieloaspektowy:

- Wprowadzona regulacja jest uzasadniona dbałością o finanse publiczne – służy ograniczeniu generowania dodatkowych (odrębnie rozliczanych) wizyt przez podmioty lecznicze;
- Podmiot odmawia udostępnienia dokumentacji w obawie przed brakiem rozliczenia świadczenia;
- Jednocześnie obecne rozwiązanie powoduje z perspektywy podmiotu leczniczego opóźnienie w rozliczeniu świadczenia;

---

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787)

- Działania podmiotu leczniczego może naruszać prawa pacjenta do dokumentacji medycznej i świadczeń zdrowotnych;
- Działania podmiotu leczniczego może wpływać na wydłużenie czasu oczekiwania przez pacjenta na świadczenia i opóźnienie procesu diagnostyczno-terapeutycznego przyczyniając się do pogorszenia jego stanu zdrowia.

W praktyce termin wizyty kontrolnej niejednokrotnie jest odległy lub nie jest wyznaczany podczas pierwszej wizyty u lekarza specjalisty. Pacjent jest w związku z tym zobowiązany przez podmiot leczniczy do kontaktu telefonicznego w wyznaczonym dniu, w którym są prowadzone „zapisy” do lekarza specjalisty, co zdecydowanie wydłuża czas oczekiwania na wizytę kontrolną po wykonaniu zleconych badań.

Nierzadko pacjent, pomimo złego stanu zdrowia oraz zrealizowania zleconych badań, nie ma wyznaczonego terminu wizyty kontrolnej lub termin tej wizyty jest tak odległy, że w trosce o swoje zdrowie szuka pomocy w ramach leczenia komercyjnego.

Dodatkowe wyzwanie stanowi fakt, iż organizacja pracy w podmiotach leczniczych powoduje, że lekarz specjalista zapoznaje się z wynikami badań pacjentów dopiero podczas wizyty kontrolnej, która często odbywa się dopiero po kilku miesiącach od ich wykonania. Tak odległy termin wizyty w stosunku do daty realizacji badań może znacznie obniżyć ich wartość diagnostyczną i tym samym wpłynąć na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, bądź też powodować konieczność ich powtarzania albo podejmowania dodatkowych czynności diagnostycznych lub leczniczych.

### **Potencjalne rozwiązania**

Uznając zasadniczą celowość pakietowego finansowania wizyt w AOS (tzn. jednorazowego rozliczenia za cały proces do podjęcia decyzji diagnostyczno-terapeutycznej), rozwiązanie to może przyczynić się do nieprawidłowych działań podejmowanych przez podmioty lecznicze. Źródłem problemu jest sposób realizowania swoich obowiązków przez podmioty lecznicze, jednakże zaistniały problem ma charakter systemowy, a w jego ograniczeniu lub rozwiązaniu mogą pomóc działania możliwe do podjęcia na kilku różnych poziomach interwencji:

- Zmiana w sposobie finansowania świadczeń, np.:
  - wprowadzenie systemu zachęt dla podmiotów wyznaczających krótki termin na wizytę kontrolną;
  - zmiana sposobu ustalania przez podmioty lecznicze terminów na wizyty kontrole, które są łącznie rozliczane;
  - określenie przypadków, gdzie osobista wizyta kontrolna nie jest wymagana, a wyniki mogą być podane pacjentowi zdalnie – w szczególności, gdy wiązałoby się to z zakończeniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego u danego specjalisty i skierowaniem do specjalisty innej dziedziny;

- Zapewnienie lub wprowadzenie standardu dla wsparcia technicznego dla podmiotów leczniczych w ramach opracowywanych rozwiązań z zakresu e-zdrowia, np.:
  - uwzględnienie przy opracowywaniu zasad centralnej rejestracji na świadczenia;
  - zapewnienie narzędzi do łatwiejszego kontaktu z pacjentem w celu szybkiego przekazania wyników badania (w tym poprzez pełniejszy wykorzystanie IKP);
  - udostępnienie lekarzowi bezpośrednio w systemem teleinformatycznym informacji w przypadku, gdy wyniki badania spełniają określone parametry, np. wymagające szybkiej kontroli);
- Opracowanie wytycznych postępowania dla podmiotów leczniczych w tym zakresie i wspólna komunikacja prawidłowych praktyk przez Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta i Narodowy Fundusz Zdrowia (np. teleporada w przypadku braku konieczności wyników wizyty osobistej z uwagi na uzyskane wyniki badania).

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji jak wygląda perspektywa Pana Ministra na przedmiotowe zagadnienie i o rozważenie powyższych propozycji usprawnień. Jednocześnie wyrażam gotowość do wzięcia udziału w pracach nad opracowaniem szczegółowych rozwiązań.

Z poważaniem  
Bartłomiej Chmielowiec  
*RZECZNIK PRAW PACJENTA*