

# Monitoring obywatelski w ochronie zdrowia

Paulina Kieszowska-Knapik

Partner, adwokat

22 kwietnia 2016 r.

# Cel regulacji prawnych ochrony zdrowia - art. 68 Konstytucji

Całość regulacji zdrowotnych powinna urzeczywistniać dyrektywę konstytucyjną wynikającą z art. 68 Konstytucji:

1. **Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.**
2. ***Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.***
3. *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.*
4. *Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.*
5. *Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.*

# System ochrony zdrowia – Trybunał Konstytucyjny

Trybunał Konstytucyjny K 14/03:

*„Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń, czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. **Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten - całość - musi być efektywny”.***

# Podstawowe problemy systemu ochrony zdrowia

- **Jakość i zmienność prawa zdrowotnego**
- **Zakres koszyka świadczeń gwarantowanych – fikcyjny wobec ograniczeń środków NFZ i zaniżonych wycen**
- **Zakaz współpłacenia za leczenie ponadstandardowe**
- **Wady ustawy refundacyjnej**
- **Fikcyjność reprezentacji pacjentów w organach decyzyjnych**
- **Brak efektywnych instrumentów prawnych dochodzenia swoich praw**

# Jakość i zmienność prawa zdrowotnego

**KONSTYTUCJA RP**

**Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty**

**FINANSOWANIE ŚWIADCZEN**

**PODMIOTY LECZNICZE**

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA**

**Ustawa o świadczeniach**

**Ustawa o refundacji**

**Ustawa o działalności leczniczej**

**Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego**

**Ustawa o prawach pacjenta**

**Prawo farmaceutyczne**

**System informacji w ochronie zdrowia**

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia ustalające koszyki świadczeń gwarantowanych (wydane na podstawie art. 31d Ustawy)**

WYDANE NA PODSTAWIE USTAWY

**Obwieszczenia refundacyjne Ministra Zdrowia**

**REJESTRY zmian vide wyrok TK sygn. K 33/13**

**Zarządzenie Prezesa NFZ**

WYDANE NA PODSTAWIE USTAWY

**Kodeks pracy**

**Kodeks cywilny**

**Kodeks karny**

**Prawo zamówień publicznych**

**Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych**

UCHWAŁA Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy o finansach publicznych

**Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej**

UCHWAŁA Nr 164 / 2010 - RADY MINISTRÓW - z dnia 12 października 2010 r. 1) w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”

art. 136 ust. 2

**Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD**

art. 48

**Program badań przesiewowych noworodków w Polsce**

art. 48

**Program Zapobiegania Depresji w Polsce**

art. 48

**Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016**

art. 48

**Zapewnienie samowystarczalności RP w krew i jej składniki**

art. 48

**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce**

art. 48

**Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne**

art. 48

# Przepisy prawa ... nieustająco się zmieniają

- USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - **nowelizowana 107 razy**
- USTAWA z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – **nowelizowana 51 razy**
- USTAWA z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – **nowelizowana 8 razy**

# Przepisy prawa... nie mają ocenionych skutków

Cytat z OSR ustawy o działalności leczniczej

*Projektowana ustawa nie będzie miała bezpośredniego wpływu na zdrowie ludności, gdyż dotyczy ono w głównej mierze organizacji systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak z uwagi na projektowane zmiany, przyczyni się do uelastycznienia zarządzania w ochronie zdrowia i poprawy jego efektywności.*

Cytat z OSR ustawy o prawach pacjenta

*Projekt regulacji nie ma bezpośredniego wpływu na zdrowie ludności, jednakże spowoduje w dłuższej perspektywie czasu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym.*



# Przepisy prawa... nie mają ocenionych skutków

Może RZEKOMY „brak wpływu” wynika z tego, że pacjent oznacza w myśl ustawy o prawach pacjenta ....

**„Art. 3 ust. 1 pkt 4) pacjent - osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”**

# Co nowego obecnie w Polsce?

- **Nowela „75+”** – zmienia ustawę o świadczeniach i ustawę o refundacji – poprzez wprowadzenie nowej „parabudżetowej” kategorii refundacji leków [[http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/261\\_u/\\$file/261\\_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/261_u/$file/261_u.pdf)]
- **Nowelizacja „RDTM”** – zmienia ustawę o świadczeniach (w zakresie taryfikacji, koszyka i RDTM), Prawo farmaceutyczne (ellaOne i antykoncepcja - Rx), ustawę o refundacji (różne zmiany dotyczące cen i limitowania) [<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12283610/katalog/12343891#12343891>]
- **Zmiana ustawy o działalności leczniczej** – zakaz zysków podmiotów leczniczych [<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12283803>]
- **Zmiana ustawy o świadczeniach** – POZ dla nieubezpieczonych, zmiany w szczepieniach [<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12283902/katalog/12345068#12345068>]
- **Zespoły ds. dalszych zmian w ustawy refundacyjnej i Prawie farmaceutycznym, plany likwidacji NFZ**

# Refundacja leków z tzw. importu docelowego

**Zmiana art. 10 i art. 39 ustawy refundacyjnej** – wyrzucenie kwadratury koła z tych przepisów, która blokowała indywidualną refundację dla leków centralnych, ale niedostępnych w Polsce – to jest materia dziesiątek spraw sądowych przegrywanych przez MZ z pacjentami.

**„Lek nieposiadający pozwolenia LUB NIEDOSTĘPNY.....”** będzie mógł być przedmiotem indywidualnego wniosku o refundację.

# Ratunkowy dostęp do technologii medycznych RDTM

## Na czyj wniosek?

- Świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zakres wniosku określony w ustawie

## Dla kogo?

- W przypadku uzasadnionej i wynikającej ze wskazań aktualnej wiedzy medycznej potrzeby zastosowania u świadczeniobiorcy leku, który nie jest finansowany ze środków publicznych w danym wskazaniu, jeżeli jest to **niezbędne dla ratowania życia i zdrowia świadczeniobiorcy, a zostały już wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w tym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych**

# Ratunkowy dostęp do technologii medycznych RDTM

## Dla jakich produktów?

- Wyłącznie dla leku, który jest dopuszczony do obrotu lub pozostaje w obrocie w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz jest dostępny na rynku

## Kto i jak?

- Minister Zdrowia wydaje decyzję – **może**, ale nie musi

## Na jak długo?

- Pokrycie kosztów miesięcznej terapii albo jednego cyklu leczenia, zgodnie z wnioskiem, o którym mowa w 47e ust 1” + możliwość wydawania zgód na kontynuację leczenia, jeśli specjalista potwierdzi skuteczność

# Ratunkowy dostęp do technologii medycznych RDTM

- **Pod jakimi warunkami?**
  - Koszt leku mieści się w QUALY
    - Jeśli się nie mieści albo chodzi o kolejnego pacjenta wymóg rekomendacji AOTMiT
    - Jeśli rekomendacja negatywna - odmowa
  - Jeśli rekomendacja pozytywna zgoda uzależniona jest od złożenia wniosku refundacyjnego przez firmę farmaceutyczną
  - Jeśli jest odmowa refundacji ścieżka się zamyka
- **Małe środki przeznaczone na tę procedurę – po ich wyczerpaniu przestaje ona działać**
- **Brak udziału pacjenta w całej procedurze**

**Zakres koszyka świadczeń  
gwarantowanych – fikcyjny wobec  
ograniczeń środków NFZ  
i zaniżonych wycen**

# Koszyk świadczeń gwarantowanych

- Trybunał Konstytucyjny nakazuje określenie koszyka świadczeń gwarantowanych - styczeń 2004
- Powstaje Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która określa **koszyk negatywny** (z listą wyłączeń). „Faktyczna” treść koszyka wynika z Zarządzeń Prezesa NFZ
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989) tzw. „**koszykowa**” wprowadza **koszyk pozytywny** określany w rozporządzeniach MZ. Ustawa zawiera zasady i kryteria tworzenia koszyka, ale nie określono koszyka *de novo* tylko przepisano zawartość zarządzeń Prezesa NFZ, nazywając to koszykiem świadczeń. Projekty rozporządzeń koszykowych były konsultowane społecznie przez..... **tydzień** w sierpniu 2009 roku. AOTM ocenił cały koszyk w jednostronicowej rekomendacji.
- **Ustawa dała MZ prawo modyfikacji koszyka (w projektowanej obecnie nowelizacji dodatkowo prawo „zmiany technologii medycznej” po konsultacji z AOTMIT).**



## Raport NIK o sposobie kontraktowania świadczeń - <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/12/145/>

„Kontraktowanie usług w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym jest **mało przejrzyste**, a procedury stosowane przez NFZ nie zawsze zapewniają wybór **najlepszych świadczeniodawców**, którzy gwarantowaliby pacjentom odpowiednią jakość i dostępność usług. Tym samym Fundusz **nie zawsze w najlepszy sposób gospodaruje** publicznymi pieniędzmi pochodzącymi ze składek obywateli”.

„**Sens kontraktowania wypacza to, że** przyznawana na ostatnim etapie procedury **cena za punkt rozliczeniowy jest stała i tak naprawdę nienegocjowalna, bez względu na jakość oferty (...)**. W efekcie praktycznie wszystkie szpitale publiczne, które zgłosiły oferty, podpisują umowy, a etapy wcześniejsze, np. **ranking placówek uwzględniający jakość oferowanych świadczeń, nie mają większego znaczenia**”

# Co jeśli NFZ nie wykupiło świadczeń? Wykupiło ich za mało? Źle je wyceniło?

**Jeżeli świadczenie jest w koszyku „pozytywnym”** – szpital musi leczyć, ale ma roszczenie do NFZ jeśli dostał za mało za swoją pracę – art. 19 ustawy o świadczeniach. Problemy?

- Nadwykonania? – koszty uzasadnione i tylko sytuacje nagłe?
- Koszyk zawiera medyczne „kurioza”, ale szpital jest nim związany – powstaje konflikt z prawem pacjenta do aktualnej wiedzy medycznej.
- W planowanej nowelizacji ustawy o działalności leczniczej dług NFZ przejmować będą.... samorządy.... Skąd wezmą na to środki?

# Przykładowa opinia o programie lekowym – pismo RPP do pewnego szpitala

Konsultant Krajowy wskazał, iż: *u pacjenta zakończono leczenie lekiem enbrel zgodnie z zapisami programu lekowego B36. Wynika to z kuriozalnych zapisów tegoż programu, który doskonały wynik leczenia obserwowany u chorego zakwalifikował jako nieskuteczność terapii. Kontynuowanie leczenia tym lekiem byłoby sprzeczne z zapisami programu i odpowiednim zarządzeniem Prezesa NFZ i naraziłoby szpital na niezapłacenie za tak drogą terapię, możliwa również byłaby kara finansowa. Sytuację można było odwrócić poprzez uzyskanie indywidualnej zgody na kontynuację leczenia udzielanej przez Zespół Koordynujący, nie wystąpiono o nią a byłaby ona oczywiście pozytywna. W ocenie Konsultanta podjęte w przypadku Pacjenta działania były wykonane bez dołożenia należytej staranności. Ponadto, Konsultant Krajowy podkreślił, iż Szpital w przedmiotowej sytuacji mógł zaproponować leczenie innym, równoważnym lekiem czego nie uczynił, naruszając tym samym prawa chorego.*

# Co jeśli NFZ nie wykupiło świadczeń? Wykupiło ich za mało? Źle je wyceniło?

**Jeżeli świadczenia nie ma w koszyku** (np. z zapisów rozporządzenia i wyceny wynika, że np. poród nie obejmuje znieczulenia, wszczepić trzeba dany typ endoprotezy, albo dany typ soczewki) – powstaje przestrzeń „niestandardowa”....

- Współpłacenie przez pacjenta? Za jakie świadczenia? Np. art. 6 ust 8 ustawy o refundacji co do leków przesądza o bezpłatności, ale art. 35 ustawy o świadczeniach darmowo nakazuje przekazać pacjentowi jedynie KONIECZNE wyroby....
- Pokrycie leczenia w całości na własny koszt?

# Wyrok w sprawie dopłat

## Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie XII Wydział Karny

(Sygn. akt XII Kp 765/14, 6Ds. 434/13/I)

„Wybór (...) ponadstandardowych w żaden sposób **nie pozbawia** ubezpieczonego prawa do wykorzystania należnego mu **wsparcia Narodowego Funduszu Zdrowia**. **Wybór dopłaty** do leczenia ponadstandardowego **jest realizacją podmiotowego prawa** tych pacjentów do ochrony ich zdrowia, które to prawo nie ogranicza się jedynie do zakresu finansowanego publicznie. Żadna norma prawna nie niweluje prawa wynikającego dla pacjenta z faktu bycia „świadczeniobiorcą” (...).”

„Ustalona okoliczność, że pacjenci niejednokrotnie decydowali się **za dopłatą** z własnych środków na dodatkową usługę ponadstandardową (...), **nie zwalniał NFZ** od **obowiązku refundowania** takiego świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych.”

„(...) NFZ płacił tylko za **część kosztów** usługi medycznej tj. za świadczenia objęte refundacją. Tym samym **nie dochodziło** więc do tzw. **podwójnego finansowania** usług medycznych (...).”

# Refundacja – dostęp od leków

# Kto wybiera lek dla pacjenta - teoria

- **Pacjent ?** – „*Godzi się zauważyć, w demokratycznym państwie prawnym jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia*” (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. III CSK 227/11). **Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:** „Art. 6. 1. *Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej*. 2. *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*.”
- **Lekarz ? – to lekarz ponosi zawodową odpowiedzialność za leczenie pacjenta, a w tym za leczenie poza wskazaniami, zwłaszcza gdy jest lek zarejestrowany – interpretacje MZ ani decyzje refundacyjne nie uchylą tej odpowiedzialności**
- **Szpital ?** - zgodnie z ustawą refundacyjną – **art. 9** szpital leczy tylko lekami wpisanymi na listę leków refundowanych i ma ustawowy zakaz zakupu leków droższych niż limit NFZ, podlega wymogom umów z NFZ i przepisom prawa zamówień publicznych
- **Ministerstwo Zdrowia /NFZ?** – Minister określa zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych i limity finansowania leków, ponad które w aptece można dopłacić, a w szpitalach nie można. „*Dokonywana w płaszczyźnie art. 417 k.c. ocena prawna odpowiedzialności Skarbu Państwa powinna uwzględniać przeciętny poziom świadczonych usług w publicznej służbie zdrowia*” (Wyrok Sądu Najwyższego z 1.12.1998 r., III CKN 741/98).

# Kto wybiera lek dla pacjenta – praktyka

- MZ tworząc listę leków refundowanych
- NFZ wyceniając umowy ze szpitalami
- Szpital bilansując się...
- Pacjent?



# Przykładowa interpretacja programu lekowego przez MZ

W zakresie terapii RZS, obecnie obowiązujące zapisy programów:

- 1) nie dopuszczają możliwości zastosowania więcej niż trzech leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa u danego świadczeniobiorcy;
- 2) nie dopuszczają przeniesienia pacjenta z programu B.45 do B.33;
- 3) umożliwiają przeniesienie pacjenta z programu B.33 do B.45 (do terapii certolizumabem - po niepowodzeniu terapii jednym inhibitorem TNF alfa albo do terapii tocilizumabem - po niepowodzeniu leczenia jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa);
- 4) nie jest dopuszczalne stosowanie inhibitora TNF alfa po tocilizumable – w przypadku certolizumabu z powodu brzmienia ust. 3 pkt. 6) programu B.45,

# Znaczenie programu lekowego zdaniem MZ....

Jednocześnie pragnę wskazać, że Zespół Koordynacyjny oraz lekarz prowadzący terapię biologiczną finansowaną ze środków publicznych w ramach programu lekowego, zobowiązani są do przestrzegania zasad wynikających z jego treści. Programy lekowe nie stanowią wytycznych postępowania medycznego lecz określają zakres świadczenia gwarantowanego finansowanego przez płatnika publicznego.

# **Fikcyjność reprezentacji pacjentów w organach decyzyjnych**

# Rada NFZ



- Nadzór społeczny nad wydatkami na zdrowie
- 10 osób powołanych przez Premiera
  - 1x Rzecznik Praw Obywatelskich
  - 1x Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
  - 2x MZ
  - 1x MSWiA/MON/MS
  - 1x Organizacje Pacjenckie
  - 1x MF
  - 1x RM
  - 2x Rada Dialogu Społecznego

# Rada Przejrzystości AOTMiT



- Decyzje jakościowe – co refundować lub nie
- 20 członków z prawem głosu w tym 2 członków powołanych na wniosek RPP

# Ciała konsultacyjno-doradcze w MZ

- Rady
- Zespoły
- Komisje
- Rady społeczne
- Bardzo dużo różnych ciał
- Często skład nieaktualny
- Brak widocznych efektów działania
- W składzie gł. urzędnicy, lekarze, eksperci, bardzo rzadko przedstawiciele organizacji pozarządowych

# Komisja Ekonomiczna

- Ile z budżetu a ile z kieszeni pacjentów dopłacimy do leków
- Ponad 40 % współpłacenie pacjentów za leki
- Najwięcej w UE
- Braki leków w aptekach
- Potrzebny nadzór społeczny nie tylko nad decyzjami co refundować (AOTM) ale ile z budżetu państwa a ile z kieszeni pacjenta (KE)
- Brak pacjentów w tym gremium
- Wniosek o udział organizacji społecznych w postępowaniu refundacyjnym na podstawie art. 31 KPA – wnioski oddalane przez MZ (sygn.akt VI SA/Wa 3788/14)

# Rzecznik Praw Pacjenta



RZECZNIK PRAW PACJENTA





# **Brak efektywnych instrumentów prawnych dochodzenia swoich praw**

# Ustalenie prawa do świadczeń

Dostępna droga – **postępowanie administracyjne przed dyrektorem OW NFZ o ustalenie prawa do świadczenia – ar. 109 ustawy o świadczeniach**

- Postępowanie toczy się na wniosek ubezpieczonego pacjenta
- Od dnia otrzymania wniosku dyrektor OW NFZ ma **30 dni** na rozpatrzenie sprawy po czym wydaje decyzję administracyjną uzasadnianą z urzędu
- Możliwość **odwołania** w ciągu **7 dni** do **Prezesa NFZ**
- Prezes NFZ może uchylić zaskarżoną decyzję dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w całości albo w części i orzec co do istoty sprawy (w szczególności zadecydować o istnieniu prawa do świadczenia)
- Możliwość **skargi** do **Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego**, a w dalszej kolejności **skargi kasacyjnej** do **Naczelnego Sądu Administracyjnego**
- **Postępowanie administracyjne przed WSA i NSA to trwa kilka lat!**

## SĄDOWE POSTĘPOWANIE CYWILNE

przeciwko  
SZPITALOWI

ewentualnie

przeciwko PAŃSTWU

**BARDZO TRUDNE!**

## POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

przeciwko  
SZPITALOWI

# Sądowe postępowanie cywilne



- Brak dostępu do terapii – w zależności od sytuacji może być podstawą do uzyskania **odszkodowania, zadośćuczynienia** lub **renty**
- Prawna podstawa dochodzenia roszczeń: art. **417. § 1 Kodeksu cywilnego**: *Za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej ponosi odpowiedzialność Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa.*
- Bezprawność legislacyjna przejawiająca się w braku prawnego uregulowania lub niedostatecznego uregulowania dostępności leczenia danym lekiem – pozwany **Skarb Państwa**
- Bezprawność wynikająca z odmowy finansowania leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia – pozwany **Narodowy Fundusz Zdrowia**
- **Pozwy zbiorowe nie dopuszczone w sprawach o dobra osobiste a takim dobrem jest zdrowie....**

# Postępowanie w sprawie zdarzenia medycznego

- *Zdarzenie medyczne to zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:*
  - 1) *diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;*
  - 2) *leczenia, w tym wykonywania zabiegu operacyjnego;*
  - 3) *zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.*
- Zdarzeniem medycznym jest też **niezastosowanie produktu leczniczego, jeżeli przekłada się to na leczenie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną.**
- Postępowanie toczy się przeciwko szpitalowi i ubezpieczycielowi przed **wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych** mieszczącą się przy **urzędzie wojewódzkim**
- Po przeanalizowaniu sprawy komisja najpóźniej w ciągu 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku wydaje pisemne orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku (z uzasadnieniem) - orzeczenie jest wiążące dla ubezpieczyciela, który musi w przypadku stwierdzenia zdarzenia medycznego przedstawić wnioskodawcy propozycję odszkodowania i/lub zadośćuczynienia.

**POSTĘPOWANIE KARNE**

**POSTĘPOWANIE PRZED  
RZECZNIKIEM PRAW  
PACJENTA**

**POSTĘPOWANIE  
W PRZEDMIOCIE  
ODPOWIEDZIALNOŚCI  
ZAWODOWEJ**

**PRZECIWKO MZ  
LUB PREZESOWI  
NFZ**

**POSTĘPOWANIE PRZED  
RZECZNIKIEM PRAW  
OBYWATELSKICH**

**PRZECIWKO  
LEKARZOWI**



## Dane kontaktowe

Paulina Kieszkowska-Knapik

Partner, adwokat

[paulina.kieszkowska-knapik@krklegal.pl](mailto:paulina.kieszkowska-knapik@krklegal.pl)

+48 501 034 949