

Alicja Łaska-Formejster

Uniwersytet Łódzki

**PACJENT W SIECI STRUKTURALNYCH I PERSONALNYCH
PUŁAPEK ŁÓDZKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA
ANALIZA ZAKRESU I CHARAKTERU PROBLEMÓW
ZGŁASZANYCH DO BIURA SKARG I WNIOSKÓW ŁRKCH**

WSTĘP

Skutkiem wprowadzenia reformy administracyjnej kraju, reformy służby zdrowia oraz zapisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest zmiana zasad sposobu realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia. Oddzielenie dwóch, pełnionych wcześniej przez państwo funkcji: funkcji organizatora i funkcji płatnika miało fundamentalne znaczenie dla wprowadzenia do służby zdrowia mechanizmów rynkowych. Wdrożone rozwiązania miały na celu uruchomienie mechanizmów konkurencji o zdobycie pacjenta, podejmowanych przez świadczeniodawców, a co za tym idzie – o środki finansowe.

Zadania organizatora służby zdrowia przejął samorząd terytorialny. Jego rola polega na sprawowaniu funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Rolę płatnika przejęły kasy chorych (od 1 kwietnia 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia), które były instytucjami samorządowymi, reprezentującymi ubezpieczonych. Kasa chorych celem zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, gromadziła środki finansowe, zarządzała nimi oraz zawierała umowy ze świadczeniodawcami usług medycznych.

Można uznać, iż kasa chorych pełniła podwójną funkcję w stosunku do ubezpieczonych; z jednej strony była płatnikiem świadczeń medycznych, z których korzystali, z drugiej, reprezentantem ich interesów. Rozważania dotyczące możliwości realizacji obu tych zadań w stopniu satysfakcjonującym ubezpieczonych nie są przedmiotem niniejszej analizy. Celem prezentowanego

tekstu jest zwrócenie uwagi na rozwiązania instytucjonalne wykorzystywane przez kasy chorych, aby ułatwić pacjentom realizację przysługujących im praw i dostęp do procedur odwoławczych w sytuacjach problemowych, niemożliwych do rozwiązania w ramach działań samodzielnie podejmowanych przez ubezpieczonych.

Ustawodawstwo polskie zawiera bogaty katalog praw przysługujących osobie korzystającej ze świadczeń zdrowotnych, a także unormowań gwarantujących pacjentom przestrzeganie tych praw. Uregulowania uprawnień pacjentów znajdują się m. in. w Konstytucji RP oraz w wielu ustawach, np. ustawie o ZOZ, o zawodzie lekarza, o ochronie zdrowia psychicznego, o zawodach pielęgniarki i położnej, o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz ustawie o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym (dalej: PUZ). Ochronę interesów pacjenta w Polsce zapewnia prawo cywilne, prawo administracyjne i ustawodawstwo medyczne. Na prawa pacjenta wskazuje się także w kodeksach etyki zawodowej, nie będących aktami normatywnymi, określających jednak zakres uprawnień osób korzystających z opieki personelu medycznego.

Dokumentem zbiorczym, omawiającym zakres uprawnień przysługujących pacjentom (na podstawie polskiego ustawodawstwa), jest Karta praw pacjenta ogłoszona przez ministra zdrowia i opieki społecznej 11 grudnia 1998 r. Dokument ten miał się przyczynić do wzrostu powszechnej świadomości w kwestii praw związanych z ochroną zdrowia. Zdaniem ministra zdrowia taki zapis miał uświadomić pacjentom i pracownikom służby zdrowia przysługujące wszystkim uprawnienia oraz wzajemne zobowiązania.

Karta praw pacjenta nie jest jednak aktem prawnym i nie można na jej podstawie dochodzić swoich praw. Można to robić na podstawie aktów prawnych wymienionych w tejże Karcie.

Zakres uprawnień pacjentów jest dość szeroki, do podstawowych zalicza się: prawo do opieki i leczenia, prawo do poszanowania osoby ludzkiej, jej prywatności, prawo do informacji, ochrony tajemnicy lekarskiej, poszanowania godności pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną, prawo do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, operację.

W większości uregulowań wymienia się także prawo pacjenta do złożenia skargi – w razie naruszenia jego praw, dóbr osobistych lub wyrządzenia mu szkód majątkowych przez zakład opieki zdrowotnej bądź osoby wykonujące zawód medyczny.

W wymienionych sytuacjach pacjent ma prawo złożyć skargę do:

- dyrektora placówki, np. przychodni, szpitala,
- organu, który założył daną placówkę, np. urzędu gminy dla przychodni, starosty dla szpitala powiatowego, wojewody dla szpitala wojewódzkiego, Ministerstwa Zdrowia dla kliniki,

- rady społecznej danego szpitala, przychodni itp.,
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy danej okręgowej izbie lekarskiej,
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy okręgowej izbie pielęgniarskiej.
- Ma też prawo wystąpić o ustalenie odpowiedzialności cywilnej,
- wystąpić o ustalenie odpowiedzialności karnej,
- do złożenia skargi na placówkę, która ma umowę z daną kasą chorych do odpowiadającej jej regionalnej kasy chorych lub jej oddziału zatrudniającego Rzecznika Praw Pacjenta [www.idn.org.pl/sonnszz/pacjenci.htm].

Reforma służby zdrowia wiąże się m. in. ze zmianami strukturalnymi, organizacyjnymi i prawnymi oraz określeniem zakresu świadczeń przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzone zmiany oraz ścisłe wymogi proceduralne, choć powinny sprzyjać stabilizacji i polepszaniu jakości świadczeń medycznych i opieki medycznej, często wywołują sytuacje konfliktowe, zdenerwowanie pacjentów, a nawet poczucie braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej.

Prawa gwarantowane ustawowo dotyczą także praktycznych aspektów korzystania z usług placówek służby zdrowia. Jednym z takich praw jest prawo wyboru i zmiany lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Przepisy ustawy o PUZ (art. 60 ust. 2) stwarzają ubezpieczonym możliwość zmiany lekarza pierwszego kontaktu. Jest to realizacja podstawowej zasady nowego systemu opieki zdrowotnej pozwalającej na swobodny wybór lekarza i kasy chorych. Zmiana taka jest możliwa w każdej chwili, jednak bez ponoszenia dodatkowych kosztów pacjent może to uczynić po upływie pół roku od wyboru poprzedniego lekarza lub placówki zdrowotnej. Niektóre kasy przyjęły odmienne stanowisko w tej kwestii – bardziej korzystne dla pacjenta.

Nowe dla pacjentów jest przyznane im prawo do wyboru szpitala (DzU, 1998, nr 117). Ograniczenia tego prawa mają charakter techniczny – szpitale cieszące się dużym zaufaniem pacjentów nie dysponują liczbą miejsc odpowiadającą potrzebom pacjentów.

Ustanawianie praw oraz wprowadzanie nowych rozwiązań mających na celu polepszenie jakości i organizacji opieki medycznej nie rozwiązuje problemu zakresu ich realizacji w wymiarze praktycznym.

Sytuacji dyskomfortowych dla odbiorców świadczeń medycznych może być wiele na każdym z poziomów relacji zarówno personalnych (z personelem medycznym), jak i na poziomie instytucjonalnym – prób wyegzekwowania przysługujących świadczeń medycznych.

Interesująca wydaje się zatem odpowiedź na pytanie dotyczące zakresu i charakteru sytuacji problemowych, które były dla pacjentów na tyle

trudne, przykre bądź niemożliwe do samodzielnego rozwiązania, iż postanowili rozstrzygnąć je na płaszczyźnie instytucjonalnej.

Pacjenci mają – jak już wspomniano – możliwość składania skarg do różnych instytucji. Wydaje się jednak, iż największe spektrum problemów może pojawić się w uwagach, pytaniach, wnioskach i skargach kierowanych do Biura Skarg i Wniosków (Biura Skarg i Informacji) i do rzeczników praw pacjenta przy danej kasie chorych.

W artykule zaprezentowana została analiza zakresu i charakteru skarg kierowanych do Biura Skarg i Wniosków (od 2001 r. Biura Skarg i Informacji) Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych, w okresie od 1999 r. do I kwartału 2003 r., oraz danych uzyskanych z analizy problemów i pytań składanych telefonicznie. Materiał ten umożliwił przeprowadzenie charakterystyki szerokiego zakresu problemów odbiorców świadczeń medycznych, ponieważ objął cały region działania łódzkiej służby zdrowia. W analizie uwzględniony został podział ze względu na grupy świadczeniodawców.

Ważne jest również, że kierownik Łódzkiego Biura Skarg i Informacji pełni podwójną funkcję powiernika problemów pacjentów. W Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych (obecnie oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia) kierownikiem Biura Skarg i Informacji jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Ze względu na fakt, iż rzecznik – jako odrębna instytucja – został powołany do obrony praw pacjentów, warto przywołać najważniejsze aspekty pełnienia tej funkcji. Wątpliwości i zastrzeżenia może budzić fakt umiejscowienia tej instytucji przy kasach chorych. Istnieją obawy o bezstronność rzecznika w rozstrzyganiu konfliktów pacjentów ze świadczeniodawcami i kasami. Optymalnym rozwiązaniem byłaby jego niezależna pozycja. Być może uprawnienia takie zostaną rzecznikom przyznane po wprowadzeniu ostatecznych rozwiązań systemowych i legislacyjnych w kwestii przestrzegania i ochrony praw pacjenta w Polsce.

INSTYTUCJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

W sierpniu roku 1999, na polecenie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ, powołano przy kasach chorych osoby pełniące funkcje rzeczników praw pacjentów. Celem wdrożonego rozwiązania była chęć ułatwienia pacjentom możliwości realizowania przysługujących im uprawnień i dostępu do procedur odwoławczych.

Zadaniem rzeczników praw pacjenta w kasach chorych było przyjmowanie skarg i wniosków zgłaszanych przez pacjentów oraz podejmowanie działań

prowadzących do ich wyjaśnienia i rozwiązania. Rzecznicy realizowali swoje zadania we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi kas chorych oraz Rzecznikami Odpowiedzialności Zawodowej w Izbach Lekarskich i Pielęgniarskich. Współpracowali z organizacjami pozarządowymi i rządowymi.

Do podstawowych zadań rzecznika należało:

- czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta;
- wskazanie trybu skargowego w przypadku naruszenia praw pacjenta;
- przyjmowanie skarg od pacjentów na działalność świadczeniodawców, z którymi kasa chorych podpisała kontrakty na wykonywanie świadczeń medycznych;
- podejmowanie działań interwencyjnych u świadczeniodawców w sytuacjach tego wymagających – związanych z realizacją praw pacjenta;
- udzielanie odpowiedzi na pytania i skargi pacjenta,
- analiza skarg i wniosków;
- szybkie reagowanie na potrzeby pacjenta poprzez udzieloną pomoc w obrębie kasy chorych;
- stały monitoring realizacji praw pacjenta,
- monitoring poziomu satysfakcji pacjenta; współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz pacjenta.

Poważnym ograniczeniem możliwości działalności rzecznika jest brak uregulowań ustawowych, które mogłyby zagwarantować prawną legitymizację i instrumenty działania, np. wytyczanie powództw na rzecz pacjentów oraz udział, za ich zgodą, w toczącym się postępowaniu w przypadku naruszenia ich praw (Kubiak 2002: 55–57).

Jednoznaczne określenie ustawowego uregulowania działalności rzeczników praw pacjenta umożliwiłoby udzielanie przez nich skuteczniejszej pomocy poszkodowanym pacjentom i egzekwowanie ich praw. Jednak brak prawnych uregulowań nie wpływa na liczbę zgłaszanych problemów. Z opublikowanych badań wynika, że 16 rzeczników w okresie od września 1999 r. do końca 2001 r. rozpatrzyło 117 589 spraw, co daje ok. 2600 spraw zgłaszanych do jednego rzecznika w ciągu jednego roku (Kubiak 2002: 61).

BIURO SKARG I INFORMACJI ŁÓDZKIEJ REGIONALNEJ KASY CHORYCH

Obszary, w których mogą być łamane prawa człowieka są szerokie i zróżnicowane. Sytuacja taka może zaistnieć na poziomie uregulowań prawnych, przepisów oraz w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych. W sytuacjach uzasadnionych według pacjenta, ma on prawo do złożenia skargi w jednostce na niemal każdym szczeblu instytucjonalnym. W kasach

chorych jednostkami powołanymi do rozpatrywania skarg, wniosków, próśb i pytań są Biura Skarg i Wniosków (Biura Skarg i Informacji).

Do zadań realizowanych przez Biuro Skarg i Informacji ŁRKCH należało:

1. Przyjmowanie skarg, zażaleń, wniosków:
 - rejestrowanie wpływających spraw,
 - konsultowanie niezbędnej dokumentacji,
 - konsultowanie spraw ze specjalistami medycznymi, prawnikiem, zarządem,
 - formułowanie, sporządzanie pisemnych odpowiedzi,
 - przygotowywanie pism, odpowiedzi do wysyłki pocztowej,
 - udzielanie wyjaśnień telefonicznie, osobiście,
 - prowadzenie ewidencji rozpatrywanych spraw oraz sposobu ich załatwienia.
2. Wykonywanie, na podstawie zgromadzonych danych, analiz i zestawień statystycznych w zakresie realizowanych zadań.
3. Składanie doraźnych i kwartalnych sprawozdań z działalności biura do dyrektora ds. medycznych, Komisji Skarg i Wniosków, a także zarządu kasy.
4. Współpraca z Komisją Skarg i Wniosków Rady Kasy w zakresie skarg, wniosków i zażaleń.
5. Wnioskowanie o przeprowadzenie kontroli doraźnej świadczeniodawców.
6. Współpraca i koordynowanie działalności komórek przyjmujących skargi i wnioski w oddziałach kasy chorych.
7. Prowadzenie działalności informacyjnej dla osób pobierających świadczenia zdrowotne.

Obecnie Biuro Skarg i Informacji realizuje te same zadania w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia. Pracownicy biura przyjmują, rozpatrują i udzielają odpowiedzi w sprawach wpływających pisemnie, które dotyczą:

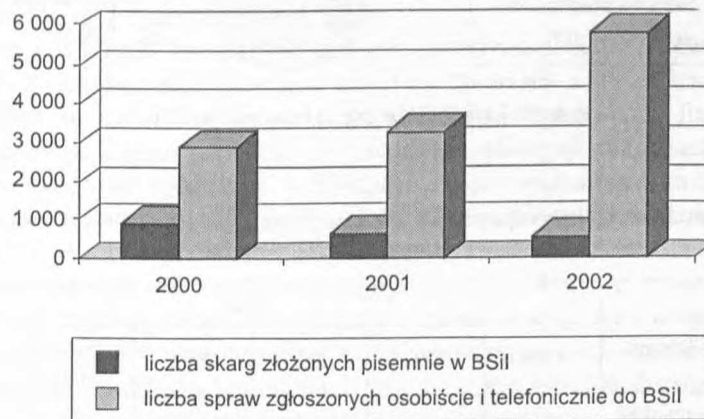
- skarg i zażaleń,
- wniosków, uwag, próśb o udzielanie informacji,
- wniosków o refundację kosztów leczenia, zwrot kosztów leczenia, kosztów badań diagnostycznych, leków, środków pomocniczych i leczniczych, środków technicznych, przedmiotów ortopedycznych, itp.

Do zadań pracowników biura należy także przyjmowanie i udzielanie odpowiedzi w sprawach zgłaszanych osobiście lub telefonicznie, są to m. in.:

- interwencje dotyczące trudności z dostępem do nieodpłatnego leczenia, problemów z przeprowadzeniem badań diagnostycznych, specjalistycznych itp.,
- udzielanie informacji o placówkach medycznych dostępnych dla pacjentów w ramach zawartych umów,
- udzielanie porad.

O zasadności i potrzebie powołania Biura świadczy liczba zgłaszanych problemów. W przeprowadzonej analizie uwzględnione zostały wnioski i skargi złożone w formie pisemnej. Należy jednak zaznaczyć, że pisemne wnioski stanowią tylko niewielką część zgłaszanych problemów i uwag. Znacznie więcej jest spraw zgłaszanych telefonicznie oraz rozmów osobistych, których skutkiem nie jest złożenie pisemnej skargi.

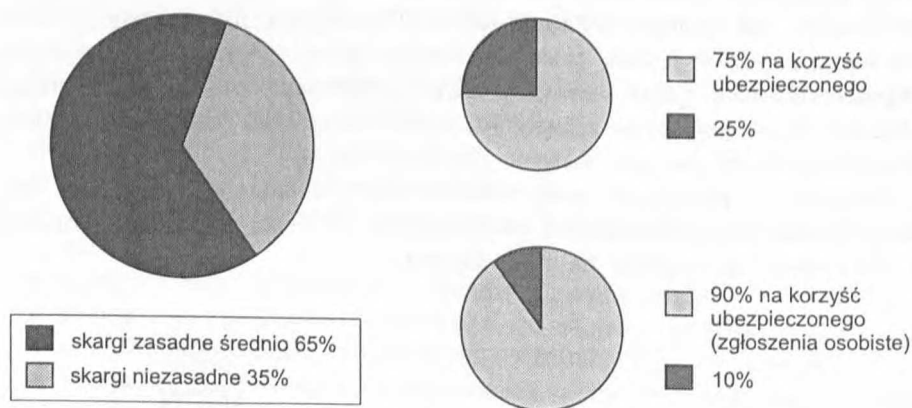
Rysunek 1 prezentuje skalę udziału skarg składanych pisemnie oraz skarg składanych telefonicznie i osobiście (rok 1999 nie został uwzględniony w zestawieniu ze względu na brak danych).



Rys. 1. Liczba skarg składanych pisemnie a liczba zgłoszeń osobistych i telefonicznych

Różnica pomiędzy liczbą skarg pisemnych a zgłoszeń osobistych i telefonicznych jest znacząca, w 2002 r. tych drugich było 12-krotnie więcej. Nie należy jednak w bezpośredni i tylko ilościowy sposób interpretować wyników powyższego zestawienia. Problematyka osobistych i telefonicznych zgłoszeń jest dużo ogólniejsza – uwzględnia się w niej także zagadnienia wykraczające poza problematykę skarg. Zestawienie to zostało więc zaprezentowane głównie w celu zwrócenia uwagi na zjawisko dużego zapotrzebowania społecznego na możliwość uzyskania szybkiej informacji, wyjaśnienia wątpliwości, zasięgnięcia porady lub złożenia skargi. Potrzeba taka jest konsekwencją niedoinformowania społeczeństwa w wielu ważnych kwestiach związanych z realizacją założeń reformy służby zdrowia.

Przechodząc do charakterystyki wyników przeprowadzonej analizy skarg złożonych w BSiI, należy na wstępie zaznaczyć, iż nie wszystkie one, po rozpatrzeniu, okazały się zasadne. Rysunek 2 przedstawia charakterystykę zasadności składanych skarg.



Rys. 2. Zasadność skarg składanych w BSiI

Tabela 1

Liczba pisemnych skarg wpływających od ubezpieczonych w latach: 1999 – I kwartał 2003 r. według grup świadczeniodawców

Grupy świadczeniodawców	Rok					
	1999	2000	2001	2002	I kwartał 2003	Łącznie
Podstawowa opieka zdrowotna	123	156	127	94	31	531
Specjalistyczna opieka zdrowotna	141	182	227	213	62	825
Leczenie szpitalne	100	107	76	63	18	364
Leczenie uzdrowiskowe	225	158	45	19	3	450
Pogotowie, pomoc doraźna	31	34	23	15	2	105
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze	207	204	14	8	2	435
Inne (nie wymienione wyżej)	8	44	65	67	27	211
Razem	835	885	577	479	145	2 921

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy pisemnych skarg zgłaszanych do Biura Skarg i Informacji ŁRKCH.

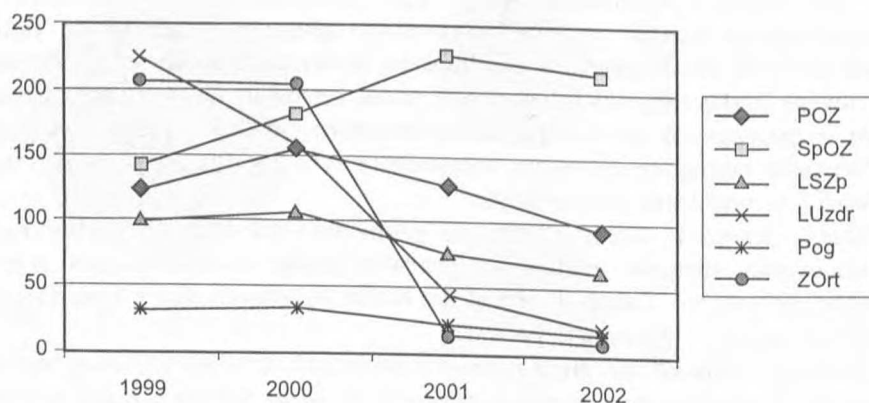
W analizowanym przedziale czasowym skargi zasadne stanowiły od 60 do 70% ogółu wpływających skarg. Były one rozpatrywane na korzyść ubezpieczonego średnio w 75%. Interwencje zgłaszane osobiście do Biura Skarg były zaś rozstrzygane w ok. 90% na korzyść ubezpieczonego. Biorąc pod uwagę liczbę wszystkich zasadnych skarg kierowanych do biura i udział skarg rozpatrzonych na korzyść ubezpieczonych, można wskazać na duże rozbieżności pomiędzy ideowymi założeniami reformy służby zdrowia i ich realizacją w wymiarze praktycznym.

Skargi dotyczyły kilku płaszczyzn problemowych. Aby je wyodrębnić przedstawiona zostanie ogólna ich charakterystyka uwzględniająca grupy świadczeniodawców. Tabela 1 prezentuje liczbę pisemnych skarg zgłoszonych do Biura Skarg i Informacji ŁRKCH.

Próbując dokonać interpretacji danych zawartych w tabeli zbiorczej, należy pamiętać, iż analizowany przedział czasowy, to okres wprowadzania poważnych zmian do zasad funkcjonowania, struktury, organizacji i finansowania służby zdrowia. Zatem problemy dotyczące określonych świadczeniodawców mogły pojawiać się cyklicznie w związku z wprowadzanymi zmianami. Na przykład początkowo wysoka liczba skarg na leczenie uzdrowiskowe nie musi oznaczać, że jakość tego leczenia nagle drastycznie obniżyła się (choć skargi na jakość leczenia uzdrowiskowego obejmują ok. 30% skarg tej grupy świadczeniodawców). Bardziej racjonalnym uzasadnieniem wydaje się kwestia wprowadzenia zmian zasad funkcjonowania zakładów sanatoryjnych (zasad finansowania) i zasad przydzielania wniosków na leczenie sanatoryjne. Skargi dotyczyły najczęściej sytuacji, w których pacjentom nie potwierdzono skierowań z powodu wyczerpania limitu miejsc, przeciwwskazań medycznych, lub potwierdzano skierowanie, ale niezgodne z życzeniem pacjenta. Pacjenci wyrażali także swoje niezadowolenie z powodu konieczności uiszczania dopłat do kosztów pobytu.

Rysunek 3 przedstawia malejącą tendencję liczby składanych skarg we wszystkich grupach świadczeniodawców.

Malejącą liczbę skarg składanych na pracowników podstawowej opieki zdrowotnej można interpretować w odniesieniu do różnych aspektów funkcjonowania służby zdrowia. Interpretacja najbardziej optymistyczna wskazywałaby, iż pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej, w zadowalającym stopniu wywiązują się z zadań wpisanych w realizację ról zawodowych i zaspokajają oczekiwania swoich podopiecznych. Jednak fakt, iż liczba skarg się zmniejsza, nie oznacza, że nie ma ich w ogóle. W tej grupie świadczeniodawców pacjenci skarżyli się najczęściej na kłopoty z uzyskaniem skierowań na badania diagnostyczne i specjalistyczne, na niewłaściwe zachowanie lekarzy (lekceważący stosunek do chorych), błędy diagnostyczne, trudności z uzyskaniem informacji o stanie zdrowia i rokowaniach. Skargi dotyczyły złej organizacji pracy, pobierania opłat za badania diagnostyczne, narzucania pacjentom specjalistów z określonego ZOZ-u.



Rys. 3. Liczba pisemnych skarg wpływających od ubezpieczonych według grup świadczeniodawców

Odwrotną tendencję zaobserwować można w obszarze specjalistycznej opieki zdrowotnej. Niezadowolenie ubezpieczonych, finalizowane złożeniem skargi, miało wyraźne tendencje wzrostowe do roku 2001, w 2002 r. liczba skarg nieco zmalała. Przyczyn takiej sytuacji również może być wiele. Problemy najczęściej zgłaszane przez pacjentów dotyczyły aspektów organizacyjnych i proceduralnych zreformowanej służby zdrowia. Wskazuje się na duże trudności z wyznaczeniem terminu wizyty – głównie chodzi o ograniczenia związane z limitami przyjęć. Pacjenci skarżą się na długi czas oczekiwania na wizytę, odmowy wydawania skierowań na badania diagnostyczne, złą jakość usług (najczęściej stomatologicznych i protetycznych), pobieranie opłat za wykonane badania oraz nieuprzejme traktowanie pacjentów.

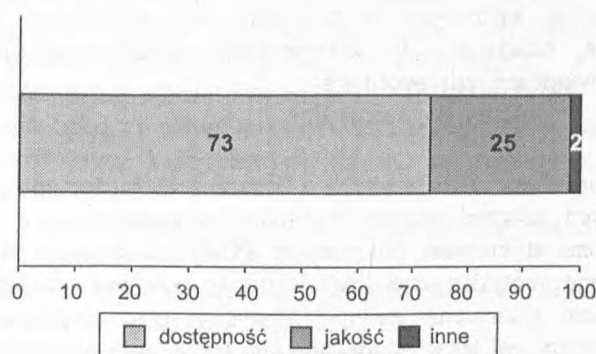
Tendencję malejącą zaobserwować można w liczbie skarg dotyczących leczenia szpitalnego. Zgłoszenia, które wpłynęły do biura, dotyczyły złego traktowania pacjentów, braku opieki nad chorym, niewłaściwego sposobu leczenia, błędów i zaniedbań lekarzy oraz trudności w uzyskaniu rzetelnej informacji o stanie chorego.

Wśród skarg na pracowników pogotowia ratunkowego powtarzały się pretensje o nieuprzejme zachowanie oraz błędną diagnostykę, odmowy skierowania do szpitala, pobieranie opłat za transport i udzieloną pomoc. Skargi dotyczyły zatem zarówno jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak i ich dostępności.

Najwyraźniej spadek liczby skarg zaobserwować można w puli zgłoszeń odnoszących się do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne. Sytuacja taka może mieć swe źródło we

wprowadzanych rozwiązaniach proceduralnych, które wyraźnie określają zakres uprawnień świadczeniobiorców. Skargi, które napłynęły do biura, dotyczyły złej jakości sprzętu ortopedycznego, wymogu potwierdzania uprawnień do świadczeń, kłopotów z realizacją recept na środki pomocnicze oraz długich terminów realizacji wniosków na sprzęt ortopedyczny.

W kategorii „inne” uwzględnione zostały skargi i protesty nieskategoryzowane w wyodrębnionych grupach świadczeniodawców. Zgłoszenia te wykraczały często poza jednostkowe sytuacje problemowe, dotyczyły szerszych aspektów funkcjonowania służby zdrowia – najczęściej organizacyjno-ustawodawczych. Były to np.: skarga na reformę służby zdrowia (kłopoty z uzyskaniem pomocy lekarskiej), protest na zwolnienie konkretnego lekarza, protesty dotyczące likwidacji placówki, protesty odnoszące się do zwolnienia grupowego pracowników, pochwały placówek i konkretnych lekarzy, skargi na sposób funkcjonowania systemu służby zdrowia, skargi na pracowników kasy chorych, sprawy anonimowe. Rysunek 4 przedstawia procentowy udział skarg dotyczących dostępności i jakości świadczonych usług zdrowotnych.



Rys. 4. Procentowy udział skarg dotyczących dostępności i jakości usług zdrowotnych

Dokonując ogólnej, ilościowej charakterystyki skarg, należy podkreślić, iż w stosunku do ogółu skarg 73% spraw to skargi na ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych (odmowy wystawienia skierowań do specjalistów, na badania diagnostyczne i specjalistyczne, rehabilitację, przewóz sanitarny, długie terminy oczekiwania na wizytę u specjalistów, odmowy przyjęć do szpitali).

Skargi dotyczące jakości usług zdrowotnych stanowiły ok. 25% ogółu skarg (zła jakość usług protetycznych, stomatologicznych, nieuprzejme traktowanie pacjentów, nie zawsze zasadne dopłaty do świadczeń).

CHARAKTER I ZAKRES PROBLEMÓW ZGŁASZANYCH DO BIURA SKARG I INFORMACJI ŁRKCH

Określenie zakresu i charakteru skarg, ze względu na wielopoziomą możliwość interpretacji, nie było zadaniem prostym. Najbardziej adekwatne do analizowanej problematyki było wyodrębnienie kategorii podstawowych grup problemów.

Szeroka i złożona problematyka uniemożliwiła zbudowanie odrębnych kategorii, zatem niektóre z zaklasyfikowanych problemów można umieścić w dwóch, a nawet w trzech grupach. Kategoryzacja ta zaprojektowana została jednak głównie jako model porządkujący zakres problemów oraz jako egzemplifikacja problematyki skarg składanych pisemnie.

Analiza skarg umożliwiła dokonanie podziału na III grupy problemów zgłaszanych przez osoby ubezpieczone:

I grupa – problemy związane z wyegzekwowaniem uprawnionych świadczeń medycznych (dostępność świadczeń medycznych),

II grupa – problemy impersonalne związane z przebiegiem interakcji: pacjent – personel medyczny. W tej grupie można wskazać na dwa aspekty problemów interakcyjnych. Pierwszy związany jest ze stosunkiem personelu medycznego do ubezpieczonego, drugi dotyczy niewywiązywania się z wybranych aspektów wpisanych w pełnienie roli zawodowej pracowników służby zdrowia, nawiązuje do kompetencji zawodowych (jakości usług medycznych, świadczeń zdrowotnych).

III grupa – problemy organizacyjne.

Do grupy problemów związanych z ograniczeniem dostępności do świadczeń medycznych zaliczyć można trudności związane z:

- uzyskaniem skierowań (w ramach POZ) na badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, rehabilitację, transport sanitarny,
- uzyskaniem skierowań na specjalistyczne oraz podstawowe badania diagnostyczne od lekarzy specjalistów (odsyłanie pacjentów do lekarzy POZ),
- wystawianiem pacjentom skierowań na badania płatne (bez pieczętki nagłówkowej), pomimo ubezpieczenia w ŁRKCH,
- odmową przyjęć do specjalistów – głównie dotyczy to pacjentów z POZ-ów, które nie wywiązywały się z płatności za usługi,
- pobieraniem opłat za świadczenia dostępne w ramach ubezpieczenia i podpisanego kontraktu.

W drugiej grupie problemów wskazać należy na 2 płaszczyzny problemów interakcyjnych:

– **problemy odnoszące się do przebiegu interakcji: pacjent – personel medyczny.**

W tej grupie zagadnień wskazuje się na:

- złe traktowanie pacjentów przez personel medyczny w poradniach ogólnych i specjalistycznych,
- naganne zachowanie lekarzy, pielęgniarek i pracowników pogotowia ratunkowego w stosunku do pacjentów.

Przytoczenie tych przykładów miało wskazać, iż problemy interpersonalne występują w każdej grupie świadczeniodawców i w relacjach ze wszystkimi pracownikami służby zdrowia.

– **problemy dotyczące niewywiązywania się z zadań wpisanych w pełnienie roli zawodowej pracowników służby zdrowia.**

Jest to szeroka płaszczyzna zagadnień, nawiązująca także do wymienionej powyżej. Wskazuje się w niej na kompetencje zawodowe, jakość usług medycznych, aspekty etyczne oraz realizację praw pacjenta. Skargi z tej płaszczyzny dotyczyły:

- braku właściwej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej w szpitalach regionu łódzkiego oraz złych warunków sanitarnych pomieszczeń szpitalnych,
- błędnej diagnostyki,
- lekceważenia objawów chorobowych i niezastosowania leczenia,
- pobierania opłat za transport i udzieloną pomoc.
- braku dostatecznej informacji o zastosowanej terapii,
- trudności z uzyskaniem kopii dokumentacji medycznej oraz pobierania za nie opłat wyższych niż koszty ich kopiowania,
- złej jakości usług stomatologicznych i protetycznych:
- pobierania opłat za usługi stomatologiczne wpisane w zakres świadczeń opłacanych przez kasę chorych (m. in. za protezy stomatologiczne, ekstrakcje zębów),
- odmów zapewnienia przewozu sanitarnego dla pacjentów niepełnosprawnych opuszczających szpital,
- zmuszania pacjentów do wykonywania badań diagnostycznych we wskazanej przez lekarza placówce,
- odmowy wydawania kart chorobowych.

Do trzeciej grupy – problemów organizacyjnych – zaliczyć można:

- trudności z uzyskaniem miejsca w szpitalu lub wyznaczeniem terminu przyjęcia na planowe leczenie,
- określenie limitu przyjęć do specjalistów
- trudności z dostaniem się do specjalistów, zwłaszcza okulisty, ortopedy, neurologa, endokrynologa, gastrologa, kardiologa,
- wyznaczanie terminów wizyt i badań specjalistycznych z kilkumiesięcznym okresem oczekiwania lub odmowa wyznaczenia terminu,
- problemy związane ze złą organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w publicznych placówkach, np. trudności z wyznaczeniem wizyty telefonicznie, kolejki do lekarza,

- niezabezpieczanie w dni świąteczne przez POZ opieki medyczno-pielęgniarskiej, zwłaszcza w zakresie wykonania iniekcji w domu chorego,
- przypadki obciążania pacjentów kosztami badań diagnostycznych, leków, pampersów, w trakcie pobytu chorego w szpitalu,
- skargi na zbyt niskie dopłaty kasy chorych do przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych,
- skargi na lecznictwo uzdrowiskowe – szczególnie w sytuacji niepotwierdzenia przez ŁRKCH wniosku na leczenie z powodu limitu wykupionych miejsc sanatoryjnych,
- niezadowolenie pacjentów z powodu konieczności uzyskania pisemnej zgody w ŁRKCH (promesy) na leczenie w placówkach medycznych na terenie Polski, szczególnie tych, z którymi nie zawarto umowy na świadczenia zdrowotne,
- kłopoty z zakupem środków pomocniczych (pieluchomajtek, sprzętu stomijnego),
- kłopoty i pobranie opłaty przy zmianie przychodni.

Powyższa kategoryzacja ukazuje przekrój problemów, z jakimi borykają się pacjenci korzystający z opieki medycznej. Oczywiście jest jednak, iż nie wyczerpuje ona całego spektrum problemów związanych z możliwością uzyskania oczekiwanej przez pacjentów pomocy, porady bądź informacji medycznej.

Pisemne skargi złożone w Biurze Skarg i Informacji ŁRKCH dotyczyły zarówno publicznych, jak i niepublicznych placówek łódzkiej służby zdrowia. Jednak liczba skarg dotyczących publicznych zakładów opieki zdrowotnej była średnio dwa razy większa od liczby skarg dotyczących niepublicznych jednostek. Możliwe jest, iż w instytucjach niepublicznych lepiej dopracowane zostały organizacyjne aspekty funkcjonowania oraz w większym stopniu przestrzega się w nich realizacji zadań dotyczących opieki medycznej i w związku z tym realizacji praw pacjenta. W tym wypadku konkurencyjne mechanizmy pozyskiwania pacjenta i środków związanych z jego leczeniem dają pozytywne efekty w wymiarze praktycznej opieki nad pacjentem.

Przytoczona kategoryzacja umożliwiła również wyodrębnienie praw przysługujących pacjentom, które nie są respektowane w trakcie realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego.

Oto wykaz praw, które nie są przestrzegane przez pracowników łódzkiej służby zdrowia:

- prawo do wolnego wyboru lekarza specjalisty, placówki medycznej, diagnostycznej, rehabilitacji,
- prawo równego dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,

- ograniczenie prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki chorób (odmowy skierowań m. in. na badania: tomografie narządów, mammografie, badania z zakresu chorób nowotworowych, chorób płuc, zakażeń wewnątrzszpitalnych),
- prawo do godności i intymności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych (szpitale, specjalistyka),
- prawo do informacji o stanie zdrowia, zastosowanej terapii, mogących wystąpić powikłaniach oraz ewentualnych skutkach zaniechania terapii.

Prawa pacjenta wiążą się ściśle z prawami człowieka. Źródeł zainteresowania prawami pacjenta należy poszukiwać zarówno na płaszczyźnie prawa medycznego, jak i rosnącego zainteresowania ze strony organizacji pozarządowych skupiających pacjentów oraz podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie publiczne. Rozwój praw pacjenta dokonuje się w wymiarze indywidualnym – uwzględniającym potrzeby konkretnego pacjenta, a także w wymiarze społecznym. Prawa pacjentów wywodzą się z trzech odmiennych obszarów myśli społecznej. Pierwszy z nich dotyczy realizacji praw człowieka w trakcie procesu leczenia, drugi łączy prawa pacjenta z prawami obywatelskimi, trzeci zaś związany jest z dynamicznym rozwojem ruchu konsumentkiego w zakresie usług medycznych (Kubiak 2002: 66).

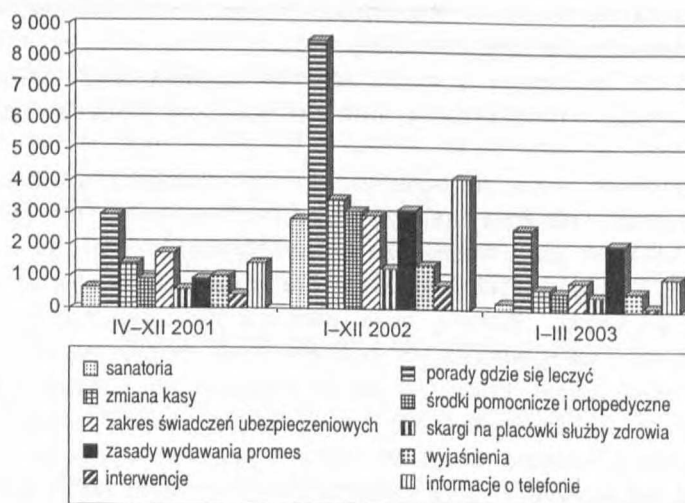
Jednak najistotniejszym obszarem, na którym należałoby oczekiwać respektowania praw, jest wymiar relacji interpersonalnych. Można przypuszczać, że gdyby podmioty interakcji czuwały nad konstruktywnym jej przebiegiem, wielu trudnych i problemowych sytuacji można by uniknąć.

TELEFON INFORMACYJNY BIURA SKARG I INFORMACJI ŁRKCH

Ze względu na rosnącą liczbę telefonicznie zgłaszanych problemów i pytań, w Biurze Skarg i Informacji ŁRKCH od 01 czerwca 2001 r. uruchomiony został telefon informacyjny – 9488. Spowodowało to, iż telefonicznie przyjmowane są również skargi i w miarę możliwości podejmowane proste interwencje. Przy bardziej złożonych sprawach pacjenci informowani są szczegółowo o trybie i możliwości rozpatrzenia skargi przez instytucje do tego powołane. Zakres rozpatrywanych problemów i udzielanych informacji jest bardzo szeroki, dotyczy m. in. wyjaśnień, porad, udzielania informacji o placówkach, telefonach, zasadach wydawania promes, zakresie świadczeń przysługujących ubezpieczonemu.

Spektrum poruszanych problemów i pytań potwierdza wcześniejsze przypuszczenie, iż znaczna liczba ubezpieczonych nie zna swoich podstawowych praw oraz zasad obowiązujących w zreformowanej służbie zdrowia.

Od momentu uruchomienia telefonu informacyjnego, czyli od początku czerwca 2001 r., do końca I kwartału 2003 r. wpłynęło 56 888 zgłoszeń. Szczegółowe dane prezentuje rys. 5.



Rys. 5. Struktura spraw zgłaszanych telefonicznie do BSiI

Najliczniejsza grupa zgłoszeń telefonicznych dotyczyła porad, gdzie się leczyć. Następnie, według malejącej liczby zgłoszeń, podawane były informacje o telefonach, możliwościach zmiany kasy, zasadach wydawania promes, zakresie świadczeń przysługujących ubezpieczonym, informacje dotyczące środków pomocniczych i ortopedycznych, sanatoriów, wyjaśnień, przyjmowanie skarg na placówki służby zdrowia oraz podejmowane interwencje.

Choć przedział czasowy analizowanych zagadnień jest różny i niemożliwe jest dokonanie dokładnego ilościowego porównania, ważna wydaje się uzyskana informacja o rosnącej liczbie zgłoszeń. Już w pierwszym kwartale br. wpłynęła niemal 1/3 liczby zgłoszeń ubiegłorocznych. Można, zatem powtórzyć wcześniej przytoczoną tezę, że istnieje duże zapotrzebowanie społeczne na informacje z zakresu szeroko zdefiniowanego funkcjonowania zreformowanej służby zdrowia.

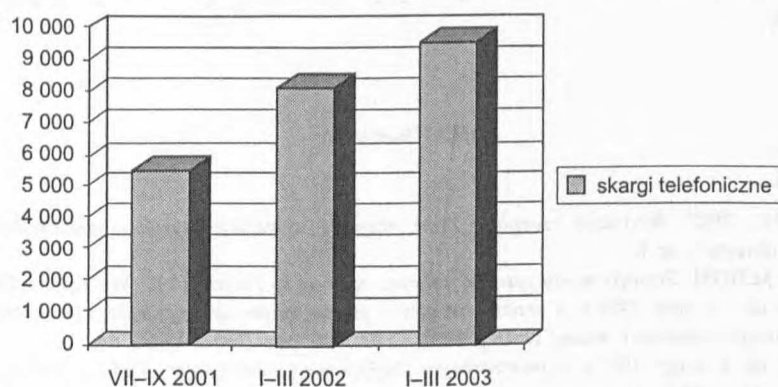
Do najczęściej telefonicznie zgłaszanych problemów zaliczyć można:

- trudności z wyegzekwowaniem zakresu świadczeń należnych ubezpieczonym,
- trudności z otrzymaniem skierowania na leczenie specjalistyczne i badania diagnostyczne,
- małą dostępność do lekarzy w innych placówkach niż macierzysty ZOZ (dotyczyło to zwłaszcza specjalistyki i diagnostyki),

- pobieranie opłat przez świadczeniodawców za usługi realizowane w ramach kontraktu z ŁRKCH,
- trudności korzystania z określonego leczenia specjalistycznego (okulistycznego, chirurgii urazowo-ortopedycznej, długich terminów realizacji protez zębowych),
- utrudnienia w uzyskaniu pomocy medycznej – w sezonie urlopowym,
- trudności z dostaniem się do szpitali na planowe zabiegi,
- problemy związane z uzyskaniem zlecenia na transport medyczny w uzasadnionych zdrowotnie przypadkach,
- zażalenia na odmowne rozpatrzenie wniosku do sanatorium – wyjaśnianie zasad przyznawania sanatorium i trybu rozpatrywania wniosków na leczenie sanatoryjne.

Niewątpliwie uruchomienie telefonu informacyjnego ułatwiło dostęp do informacji z zakresu funkcjonowania instytucji służby zdrowia, rozstrzygnięć ustawowych czy też zakresu usług medycznych zakontraktowanych przez ŁRKCH. Liczba zgłoszeń wskazuje jednak, iż zapotrzebowanie na informację wciąż rośnie, co może świadczyć o niewiedzy pacjentów na temat zmian i zasad funkcjonowania jednostek służby zdrowia.

Analiza zgłoszeń wykazała również wzrost liczby skarg składanych telefonicznie. Rysunek 6 przedstawia porównanie kwartalne, które obrazuje liczebny ich wzrost. Istotne znaczenie może mieć tu łatwa procedura składania skargi i mniejsza obawa o konsekwencje jej złożenia.



Rys. 6. Wzrost liczby skarg składanych telefonicznie w BSII ŁRKCH

ZAKOŃCZENIE

Na podstawie analizy skarg złożonych w Biurze Skarg i Informacji ŁRKCH można wyodrębnić obszary, w których podstawowe prawa pacjenta nie są przestrzegane. Trzeba wskazać na trzy grupy najczęściej zgłaszanych

problemów: ograniczenia dostępności do uprawnionych świadczeń medycznych (problemy związane z wyegzekwowaniem uprawnionych świadczeń medycznych), aspektów organizacyjnych i aspektów związanych z jakością realizowanych świadczeń medycznych (problemy impersonalne odnoszące się do przebiegu interakcji pacjent – personel medyczny).

Korzystanie przez ubezpieczonego z przysługujących mu praw w dużym stopniu zależy od poziomu jego wiedzy o zasadach obowiązywania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Liczba osobistych zgłoszeń i skarg telefonicznych wskazuje, w jak niewielkim stopniu świadczeniobiorcy orientują się w funkcjonowaniu jednostek zreformowanej służby zdrowia. Dla pracowników poszczególnych instytucji medycznych powinna być to istotna informacja i powód do wdrożenia dodatkowych i prostych kanałów komunikacyjnych, dzięki którym ważne dla pacjentów informacje byłyby przekazywane na bieżąco. Mnogość rozporządzeń i częste zmiany zasad realizacji usług medycznych, a z drugiej strony znikoma akcja informacyjna, nie są korzystne dla osoby szukającej pomocy. Istotna jest, zatem możliwość łatwego dostępu do tego rodzaju informacji, o czym wyraźnie świadczy liczba zgłoszeń telefonicznych i osobistych w Biurze Skarg i Informacji.

Należy jednak zaznaczyć, iż wyników dokonanej analizy nie powinno się uogólniać. Dotyczą one tylko i wyłącznie obszaru badawczego poddanego analizie. Zaprezentowana kategoryzacja zaprojektowana została jako model porządkujący oraz jako egzemplifikacja problematyki skarg składanych pisemnie.

BIBLIOGRAFIA

- Kubiak M., 2002, *Instytucja rzecznika praw pacjenta w polskim systemie demokratycznym*, „Antidotum”, nr 8.
- [Biuletyn MZiOS]. *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, 1998, Warszawa, listopad.
- Ustawa z dn. 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw*, DzU z 1998 r., nr 117, poz. 756 z późn. zm.
- Ustawa z dn. 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, DzU z 1997 r., nr 28, poz. 153 z późn. zm.
- [www. BPP.waw.pl](http://www.BPP.waw.pl)
- www.idn.org.pl/sonnszz/pacjenci.htm
- [www. kiosk.onet.pl](http://www.kiosk.onet.pl)
- [www. limanowa.idn.org.pl](http://www.limanowa.idn.org.pl)
- www.mz.gov.pl
- [www. republika.pl/forestap/ela1.htm](http://www.republika.pl/forestap/ela1.htm)
- www.wp.pl

Alicja Łaska-Formejster

**THE PATIENT IN THE NET OF STRUCTURAL AND PERSONAL
TRAPS OF HEALTH CARE SYSTEM ANALYSIS INTO RANGE
AND NATURE OF PROBLEMS NOTIFIED TO THE BUREAU
OF COMPLAINTS AT ŁÓDŹ REGIONAL HEALTH-INSURANCE FUND**

The text concerns institutional solutions used by health-insurance funds to facilitate accomplishing patients' rights and also revocatory procedures. Polish law includes wide range of various rights belonging to everyone profiting of health care services. In most cases, patients are also entitled to complain. The problems arise on two main levels: both personal and institutional relations. That is why the authoress focuses on the range and nature of problems finally notified to the Bureau of Complaints at Łódź Regional Health-Insurance Fund. The text presents analysis into complaints notified since 1999 to the beginning of 2003. The results represent wide range of problems of Łódź region health care system.