

Miroslaw Borkowski

ORCID 0000-0001-5456-7377

Gdańska Szkoła Wyższa

Bezpieczeństwo zdrowotne – wybrane prawa pacjenta w aptece

Wstęp

Zdrowie, bezpieczeństwo zdrowotne, produkty lecznicze... pojęcia, które każdy człowiek wymienia kilkadziesiąt razy w ciągu doby, odmienia je przez przypadki, dyskutuje o zdrowiu, radzi innym jak być zdrowym (choć sam nie zawsze postępuje zgodnie z przekazywanymi radami). Każdy z nas stara się żyć tak by być „zdrowym”, prowadzi „zdrowy” tryb życia – czyli troszczy się o swoje bezpieczeństwo zdrowotne.

Jednak przychodzi taki okres, że trzeba skorzystać z pomocy lekarza, „wspomóc” organizm zażywając różnego rodzaju produkty lecznicze, suplementy diety i inne medykamenty – musimy „odwiedzić” aptekę lub inny punkt, w którym farmaceuta/technik farmacji/sprzedawca, sprzeda nam produkt będący panaceum na wszystkie „bólączki” i dolegliwości. Często, przy takiej okazji, przekona kupującego do dodatkowego zaopatrzenia się w jeszcze inne produkty, oczywiście wspomagające zdrowie, zapobiegające powstawaniu dalszych komplikacji. Zdrowie – od dłuższego już czasu – jest towarem, już chyba nikt nie ma wątpliwości, że doszło do zjawiska „ekonomizacji zdrowia”. Sprzyja temu również coraz wyższy poziom życia, stać nas na kupno „marzeń” – chociażby w postaci: tabletki czy syropu, produktu, który nie tylko „pomocze”, ale również „zapobiegnie”, „obniży”, „ułatwi” czy „poprawi”¹⁴. Powszechny dostęp do informacji i „informacji” o produkcie wpływa na popyt, powoduje wzrost zjawiska „samoleczenia”, co czasami okazuje się być tylko mirażem. Uwarunkowania ekonomiczne kształtują rynek produktów leczniczych i podobnych co ma wpływ na miejsce kupującego w tej „grze rynkowej”, w której chyba mało kto zwraca uwagę na prawa i obowiązki kupującego i sprzedającego. Zapomina się, że „kupujący” to podmiot, któremu z uwagi zarówno na miejsce sprzedaży jak i ze względu na rodzaj sprzedawanego produktu muszą przysługiwać szczególne prawa.

W prezentowanym artykule podjęto próbę określenia praw pacjenta w aptece. Ograniczenia techniczne tego typu prezentacji wpływają zawsze na kształt artykułu,

14 K. Krążyńska, *Apteczny rynek farmaceutyczny i konsumpcja leków w Polsce*. „Konsumpcja i Rozwój”, 2013, nr 2(5), s. 108–119.

dlatego też przedstawiono jedynie wybrane prawa pacjenta, mając nadzieję, że publikacja przyczyni się do zainteresowania przedstawianym problemem.

Ograniczono się tylko do dwóch praw pacjenta: prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i prawa pacjenta do informacji. Zdaniem autora, prawa te, doskonale obrazują potrzebę nieszablono-wej analizy praw pacjenta.

Pacjent i jego prawa – uwagi ogólne

W okresie ostatnich kilkunastu lat daje się zauważać szerokie zainteresowanie prawami pacjenta; nastąpiła zmiana jakościowa w postrzeganiu pacjenta i jego praw, co skłaniać powinno do podjęcia próby zredefiniowania pojęcia „pacjent”¹⁵. Należy to uczynić chociażby z uwagi na rozwój nauk medycznych, biotechnologii, ekonomizacji zdrowia – w tym, traktowania świadczenia leczniczego jak towaru. Również wkraczanie w obszar ochrony zdrowia nauk technicznych czy kształtowanie się nowych form prowadzenia badań przekładają się między innymi na powszechniejszy dostęp do wyrobów medycznych. To wszystko (i nie tylko to) powoduje, że powoli zaciera się – istniejąca do niedawna wyraźna – różnica w takich pojęciach jak: „pacjent”, „konsument”, „klient” czy coraz powszechniej stosowanym określeniu „użytkownik usług zdrowotnych”. Wpływ na takie szerokie postrzeganie osoby, która, używając etymologicznego wyjaśnienia jest osobą „cierpiącą”, „chorą” czy „osobą potrzebującą pomocy” wiąże się również z problemem zdefiniowania zdrowia, z jego zakresem i stosunkiem do „choroby”.

Tradycyjne zestawianie przedstawicieli różnych zawodów medycznych z pacjentem jako osobą realizująca jedynie ich „polecenia i zalecenia” powoli zanika. Odchodzi się od paternalistycznego postrzegania pacjenta, którego (przynajmniej przez przedstawicieli niektórych nauk społecznych, prawnych) zaczyna się traktować jako jednostkę autonomiczną nie tylko posiadającą swoje własne poglądy – nawet na temat stanu własnego zdrowia – ale jednostkę, której z uwagi na stan zdrowia należy się szacunek, osobę, która powinna być otoczona specjalistyczną opieką¹⁶.

Z kolei holistyczne postrzeganie zdrowia determinuje interdyscyplinarne traktowanie pacjenta, którego potrzeby, prawa i oczywiście obowiązki powinny być rozpatrywane z uwzględnieniem nauk prawnych, uwarunkowań ekonomicznych oraz nauk społecznych.

15 A. Pochrzest-Motyczyńska i in., *Prawa pacjenta. Poradnik*, Agora SA, Warszawa 2009; A. Doroszevska, *Socjologiczne aspekty praw pacjenta – analiza wybranych problemów*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Wyd. Temida 2, Białystok 2011; B. Kmiecik, *Prawa pacjenta z perspektywy wybranych aspektów socjopedagogicznych*, http://files.clickweb.home.pl/homepl37784/file/2015_1_10_97_baejkmiecik.pdf [dostęp: 10.02.2019]

16 D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: Komentarz*. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Nie zagłębiając się w historię praw pacjenta czy prób definiowania ich¹⁷, należy stwierdzić, że w krajowym systemie prawnym, definicja pacjenta i jego prawa regulowane są w kilku aktach prawnych.

Najważniejszym z nich jest ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U 2017.1318 z późn. zm.; dalej zamiennie – u.p.p. i R.P.P), w której w art. 3 ust 4 definiuje się pacjenta jako: „osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”.

Odwołanie do tej ustawowej definicji pacjenta znajdujemy jeszcze w kilku innych aktach prawnych – między innymi w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U 2018.2190 z późn. zm; dalej: u.o.d.l). W artykule 2 tej ustawy, zawierającym tzw. słowniczek, ustawodawca odsyła do pojęcia pacjent – w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – ust 1 pkt 3, co można odbierać jako próbę ujednoczenia nazewnictwa.

Z kolei w ustawie z dnia 20 maja 2010 r o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. 2017.211 z późn. zm.; dalej: o.w.m) i ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j.Dz. U. 2017.2211 z późn. zm.; dalej: P.f) ustawodawca wielokrotnie używa pojęcia „pacjent” nie stosując tym razem odwołania do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, chociaż w kilku miejscach w tych aktach prawnych, ustawa ta jest wymieniona. Można więc przyjąć, że w przypadku tych dwóch aktów prawnych pojęcie „pacjent” winno być również dekodowane w oparciu o u.p.p. R.P.P i powszechne rozumienie tego terminu. Definicja „pacjenta” zastosowana w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak podkreśla Dorota Karkowska¹⁸, jest nawiązaniem do podejścia prezentowanego przez WHO w MDPP. Tym samym podkreśla się wyraźny związek praw pacjenta z prawami człowieka – prawa pacjenta muszą być traktowane jako prawa człowieka. Ochrona tych praw nie powinna, co do zasady, ulegać zmianie z uwagi na specyficzne przymioty przypisywane poszczególnym grupom społecznym, jednak istotne okoliczności mogą powodować, że prawa pacjenta – na przykład pacjenta-seniora – wymagać powinny szczególnej uwagi. Zwłaszcza w sytuacji wyodrębniania innych grup pacjentów czy określonych sytuacji, którym takie traktowanie jest przypisywane¹⁹.

W licznych aktach prawnych obowiązujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej można znaleźć określenia takie jak: pacjent onkologiczny, pacjent urazowy,

17 Problematyka etymologii wyrażenia „pacjent” oraz historia praw pacjenta poddana jest analizie w wielu znaczących pracach, z których naszym zdaniem warto wspomnieć: J. Bujny, *Prawa Pacjenta Między autonomią a paternalizmem*, C.H.Beck, Warszawa 2007; M. Safjan, L. Boska, *System Prawa Medycznego t. 1 Instytucje prawa medycznego*, C.H. Beck, Warszawa 2018; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009; B. Kmieciak, *Prawa pacjenta i ich ochrona Studium socjologiczne*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2015.

18 D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 108.

19 S. Shortell, A. Kałużny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001; I.Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003.

pacjent pourazowy; mowa jest również o prawach pacjenta szpitala psychiatrycznego czy o *nasciturusie* jako pacjencie. Tak więc istnieją już podstawy do wyodrębnienia kolejnej grupy pacjentów, której powinny przysługiwać wyjątkowe prawa. Trudno jest doszukać się aktualnie regulacji prawnych w tym i deontologicznych, z których wynikałby status pacjenta – seniora, a taki – co po raz kolejny podkreślamy – nie tylko z uwagi na uwarunkowania społeczne czy kulturowe winien być – zdaniem autora – ustanowiony.

Ustawowy katalog praw pacjenta zawarty w u.p.p.R.P.P obejmuje prawa pacjenta do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej – rozdział 2, art. od 6 do 8,
- informacji – rozdział 3, art. od 9 do 12,
- zgłaszania działań niepożądanych produktu leczniczego – rozdział 3a, art. 12 a,
- zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie – rozdział 4, art. od 13 i 14,
- wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych – rozdział 5, art. od 15 do 19,
- poszanowania intymności i godności pacjenta – art. od 20 do 23,
- dokumentacji medycznej – rozdział 7, art. od 23 do 31,
- zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza – rozdział 8, art. od 31 do 32,
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego – rozdział 9, art. od 33 do 35,
- opieki duszpasterskiej – rozdział 10, art. od 36 do 38,
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie – rozdział 11, art. 39 i 40.

Niektóre z w/w praw, stanowiące swoisty pakiet praw – np. na prawo pacjenta do informacji, będące również elementem prawa człowieka do prywatności²⁰, określone są jedną nazwą. W przypadku tego prawa do informacji, można mówić o złożonej podmiotowo-przedmiotowej treści. Podmiotami, których ustawodawca wymienia w art. 9, i przyznaje im prawa są:

- pacjent,
- ustawowy przedstawiciel pacjenta,
- pacjent małoletni, który ukończył 16 lat,
- ustawowy przedstawiciel pacjenta, który ukończył 16 lat,
- pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat.

Natomiast przedmiotowy zakres prawa do informacji obejmuje m.in.:

- prawo pacjenta do przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych – art. 9 ust. 2,
- prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji osobom wymienionym w ust 2 art. 9 – ust. 3,
- prawo do uzyskania przystępnej informacji o pielęgnacji i zabiegach pielęgnacyjnych – ust. 8,
- prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia i wskazania możliwości uzyskania przez tego lekarza możliwości

20 D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 2017

uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – art. 10,

– prawo do informacji o prawach pacjenta – art. 11,

– prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – art. 12.

Oczywiście nie wszystkie prawa pacjenta stanowią tak złożony zbiór szczególnych praw. Prawem o zdecydowanie mniej skomplikowanej strukturze i regulującym stosunki jedynie pomiędzy trzema podmiotami jest prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej – rozdział 10, art. 36 – 38 u.p.p.R.P.P.

Również nie każde z praw pacjenta można łączyć z wszystkimi rodzajami świadczeń zdrowotnych (jak określono to w art. 1 ust 3 u.p.p.R.P.P) i z każdym podmiotem, w którym takie świadczenia są realizowane.

Istotnym więc, dla dalszych wywodów dotyczących bezpieczeństwa praw pacjenta w aptece jest ustalenie czy podmioty wymienione w ustawie Prawo farmaceutyczne mogą być zaliczone do grupy tych, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, a więc są zobowiązane do przestrzegania praw pacjenta.

Świadczenie apteczne, świadczenie zdrowotne i podmioty wykonujące świadczenia

Niestety, jak się okazuje (nie po raz pierwszy), krajowe regulacje prawne dotyczące szeroko rozumianej ochrony zdrowia (i nie tylko) zawierają wiele zwrotów wieloznacznych, nie są spójne, co przekłada się na ich skuteczność. W takiej sytuacji należy dążyć do i szybkich nowelizacji lub zmian.

Jednym z przykładów takiej niedoskonałości aktu prawnego, braku spójności jest użycie w u.p.p. R.P.P, sformułowania: „świadczenie zdrowotne”. Termin ten nie został wyjaśniony w treści tej ustawy, nie ma ustawowej definicji tego pojęcia, znajduje się natomiast odwołanie do art. 2 ust 1. pkt 10 u.d.l, zgodnie z brzmieniem którego, świadczenie zdrowotne to: *działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.*

Z kolei podmiotami zobowiązanymi do przestrzegania praw pacjenta zgodnie z brzmieniem art. 2 u.p.p.R.P.P są:

1. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych,
2. osoby wykonujące zawód medyczny,
3. inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, oraz
4. organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, i
5. organy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ani nie definiuje, ani nie wylicza podmiotów wymienionych w w/w punktach 1–3, odsyła w tym zakresie do art. 2 ust 2 pkt 5 i pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

Na podstawie postanowień ustawy o działalności leczniczej, osobą wykonującą zawód medyczny jest: „osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem

fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” – art. 2 ust.1 pkt 2.

Z kolei, podmiotem wykonującym działalność leczniczą jest:

a) „podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4”, czyli „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą – podmiot wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 2,3 i 7 – czyli:

– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,

– jednostka budżetowa, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w swojej strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej [...],

– jednostka wojskowa,

w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą;

„b) lekarz, lub

c) pielęgniarka,

– wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 u.d.l”.

Wymienieni powyżej – lekarz i pielęgniarka – mogą wykonywać swój zawód: „[...] w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

2. Działalność lecznicza:

1) lekarzy może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,

2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek [...]” – art. 5 u.d.l.

Pozostaje jeszcze odkodowanie „innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych” – jak można jedynie wnioskować, zarówno z treści tego artykułu jak i z brzmienia innych przepisów czy struktury analizowanego aktu prawnego, ustawodawca wyraźnie odróżnia „podmioty” od „osób” wykonujących przedmiotowe świadczenia.

Tak więc, do grona tych „innych osób” należy zapewne zaliczyć: osoby fizyczne wykonujące np. świadczenia pielęgnacji i rehabilitacji, świadczenia opiekuńcze czy paliatywne – art. 2 ust 1 pkt 10 i 12 u.d.l. Dalsza analiza treści art. 2 o.p.p. R.P.P, każe zastanowić się czy do tej grupy „osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych” nie można zaliczyć np. przypadkowego uczestnika wykonywania świadczeń zdrowotnych, który ukończył studia i posiada tytuł mgr psychologii, a jego działania służące „zachowaniu” lub „poprawie zdrowia” polega np. na podawaniu inhalatora osobie, która nie jest w stanie otworzyć opakowania zawierającego ten wyrób medyczny. Oczywiście, jest to przypadek – celowo – przejawiskawiony, którego celem jest wskazanie problemów wynikających z niewłaściwie napisanej ustawy.

Do „grupy osób wykonujących zawody medyczne” niewątpliwie zalicza się zawody: lekarza, lekarza denty, pielęgniarkę, położną, diagnostę laboratoryjnego, ratownika medycznego, fizjoterapeutę oraz farmaceutę. Wyliczenia tego nie można traktować jako zamkniętego zestawienia osób „uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. Warto w tym miejscu wspomnieć, że w doktrynie funkcjonuje dość duża liczba (ok. 120) definicji „zdrowia” odnoszących się do różnych jego aspektów, uwzględniających także „niemedyczne” aspekty takie jak np. uwarunkowania środowiskowe czy zwyczaje danej zbiorowości²¹. Uzasadnionym jest więc zaliczanie do zawodów medycznych przedstawicieli takich zawodów jak chociażby dietetyk, tym bardziej, że zgodnie z „Wykazem zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji” stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji (Dz. U. 2017.468) wymieniono takie zwody regulowane jak m.in: asystentka stomatologiczna, dietetyk, fizjoterapeuta, instruktor terapii uzależnień, logopeda – jak więc wynika z tego krótkiego zestawienia, lista zawodów, które mogą być związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a tym samym powinny przestrzegać prawa pacjenta jest dość długa.

Apteka i punkt apteczny miejscem ochrony praw pacjenta

Z dotychczasowych wywodów, tym bardziej z regulacji prawnych²², nie wynika wprost czy prawa pacjenta powinny być przestrzegane w aptece, czy ustawa

21 E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*. Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 24; M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 17–18.

22 M. Kondrat, *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ma zastosowanie w relacjach pacjent/konsument – farmaceuta, a przede wszystkim czy osobę dokonującą zakupu produktów leczniczych²³ lub innych wyrobów w aptece powinno określać się jako „pacjent” czy „klient”. Zdaniem autora artykułu, od 2013 r. nie powinno być już żadnych wątpliwości dotyczących przestrzegania praw pacjenta w aptece²⁴ w odniesieniu do podmiotów zobowiązanych do przestrzegania tych praw, bowiem ustawą z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U.2013.1245) do P.f dodano art. 2 a ust 2 w brzmieniu:

„Ilekroć w niniejszej ustawie jest mowa o osobie wykonującej zawód medyczny, rozumie się przez to lekarza, lekarza dentyzę, farmaceutę, felczera (starszego felczera), pielęgniarkę, położną, diagnostę laboratoryjnego, ratownika medycznego lub technika farmaceutycznego, o którym mowa w art. 91 ust. 1, a w odniesieniu do obowiązków wynikających z art. 24 – także lekarza weterynarii”.

I chociaż można mieć zastrzeżenia do konstrukcji tego przepisu, zwłaszcza do użycia alternatywy rozłącznej w zestawieniu osób wykonujących zawód medyczny, to należy skonstatować, iż w zestawieniu z zaprezentowanymi powyżej wywodami, ustawa ta rozszerza krąg osób wykonujących zawód medyczny. Do tradycyjnie i (ustawowo) uznawanych za zawody medyczne zalicza zawody nieco zapomniane i zanikające – zawód felczera (starszego felczera), to również w sposób nie pozostawiający żadnych wątpliwości, do zawodów medycznych, a tym samym do podmiotów zobowiązanych do przestrzegania praw pacjenta, zalicza farmaceutę oraz/i – a nie „lub” – technika farmaceutycznego, przy spełnieniu przez niego wymogów określonych w art. 91 ust 1 P.f.

Miejszem wykonywania zawodu medycznego – farmaceuty i technika farmaceutycznego – co do zasady jest apteka, którą P.f określa jako „placówkę ochrony zdrowia publicznego [...], w której świadczone są w szczególności usługi farmaceutyczne” – art. 86 ust 1. Z kolei, miejscami, w których może być prowadzony, w ograniczonym zakresie, obrót detaliczny produktami leczniczymi, są:

- punkty apteczne,
- sklepy zielarsko-medyczne,
- sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego,
- sklepy ogólnodostępne – art. 70 ust 1 i 71 ust 1 P.f.

Kierownikiem punktu aptecznego może być farmaceuta z rocznym stażem lub technik farmaceutyczny posiadający trzyletni staż pracy w aptekach ogólnodostępnych, a sklep zielarsko-medyczny, może być prowadzony przez farmaceutę, technika farmaceutycznego oraz absolwenta kursu II stopnia z zakresu towaroznawstwa lub przedsiębiorców zatrudniających wymienione osoby jako kierowników tych placówek – art. 70 ust 2 b w zw. z art. 71 ust 2 P.f. Zakres czynności wykonywanych

23 M. Michalik, H. Mruk, B. Pilarczyk, *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym*, Wolters Kluwer, 9 lut 2011, s.36.

24 Określenie „apтека” używany będzie w dalszej części pracy jako „apтека ogólnodostępna” w rozumieniu art. 87 us 1 i 2 P.f, zgodnie z brzmieniem którego, apteki ogólnodostępne przeznaczone są do zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły [...] oraz są to miejsca, w których sporządzane są leki recepturowe – zgodnie z brzmieniem art. 86 ust 2 P.f.

w obu wymienionych powyżej punktach jest ograniczony, nie mniej jednak w przypadku udzielania w nich świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny, należy podkreślić konieczność obowiązywania i stosowania w nich praw pacjenta.

Szczegółowy zakres usług farmaceutycznych określony został w art. 86 ust 2 ustawy Prawo farmaceutyczne, i obejmuje on przede wszystkim:

„1) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach;

2) sporządzanie leków recepturowych, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej „wydać natychmiast” – w ciągu 4 godzin;

3) sporządzenie leków aptecznych;

4) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych”.

Nie powinno więc być żadnych wątpliwości – w aptekach udzielane są świadczenia zdrowotne, tym samym apteka jest miejscem, w którym muszą być przestrzegane prawa pacjenta.

Wątpliwości może budzić status osoby dokonującej zakupów w takiej placówce – czy zawsze jest nim pacjent czy może, w określonych sytuacjach jest to konsument. Rozróżnienie tych dwóch podmiotów, w przypadku usług świadczonych w aptece – pomiędzy pacjentem a konsumentem – jest przedmiotem coraz większej ilości opracowań naukowych.²⁵

Nie wdając się w dyskusję, zarówno z apologetami jak i antagonistami koncepcji rozdziału lub łączenia „pacjenta” z „konsumentem” należy stwierdzić, że niezależnie od określenia takiego podmiotu mianem „pacjent” czy „konsument”, w przypadku ochrony życia i zdrowia człowieka należy łączyć prawa i ograniczać obowiązki podmiotu uprawnionego oraz redukować możliwość ochrony podmiotu udzielającego świadczenia.

Wybrane prawa pacjenta w aptece – podstawowe informacje

Możliwość stosowania ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez farmaceutów i techników farmaceutycznych ograniczana chociażby miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych redukuje możliwość ich stosowania w pełnym zakresie. Także treść niektórych praw wyraźnie zawęża zakres podmiotowy ich stosowania, wskazując np. lekarza czy pielęgniarkę jako podmioty zobowiązane w relacjach z pacjentem. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że w katalogu praw pacjenta wymienionym w u.p.p.R.P.P znajdują się takie, które w sposób pośredni lub bezpośredni przysługują pacjentowi w aptece.

²⁵ Problem ten został zasygnalizowany m.in. w: M. Borkowski, *Pacjent (konsument) i jego miejsce w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w] *Państwo dobrze urządzone. Aspekty etyczne i prawne bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa*, red. J. Zieliński, A. Opalska, M. Piątek, KPP Monografie, Olsztyn 2017.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej

Pierwszym prawem pacjenta określonym przepisami rozdziału II ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest prawo pacjenta „do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej” – art. 6 ust. 1.

Prawo to, odnoszące się oczywiście do wszystkich osób wykonujących zawody medyczne, w przypadku farmaceutów powinno odpowiadać specyfice zawodu, zwłaszcza w odniesieniu do mało precyzyjnego zwrotu: aktualna wiedza medyczna. Wydaje się, że nakaz ten, w przypadku farmaceuty, nie powinien ograniczać się do wiedzy z dziedzin szeroko rozumianych farmakoterapii i farmacji. Oczywiście ta „aktualność” powinna odnosić się do czasu udzielania określonego świadczenia.

Z uwagi na charakter wykonywanych świadczeń, wiedza „specjalistyczna” musi być skorelowana z aktualną wiedzą „ogólną” dotyczącą również zagadnień związanych np. ze zdrowiem publicznym czy opieką farmaceutyczną.

Obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych a więc aktualizowania wiedzy jest obowiązkiem ustawowym. Zgodnie z brzmieniem art. 107z f P.f:

„1. Farmaceuta zatrudniony w aptece lub hurtowni jest obowiązany do podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez uczestnictwo w ciągłym szkoleniu, w celu aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. [...]

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) ramowy program ciągłych szkoleń,
- 2) zakres oraz formy zdobywania wiedzy teoretycznej w ramach ciągłego szkolenia,
- 3) sposób odbywania ciągłego szkolenia, w tym tryb dokumentowania jego przebiegu,

4) standardy ciągłego szkolenia,[...]”.

Wykonując swój ustawowy obowiązek, Minister Zdrowia 20 lutego 2018 r. wydał rozporządzenie w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U 2018.499), w którym, w § 2 ustalił ramowy program szkoleń dotyczący wiedzy z zagadnień z następującego zakresu: „1) opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 2a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496);

- 2) postępu nauk farmaceutycznych:
 - a) farmakoterapii,
 - b) technologii produktów leczniczych oraz jakości i autentyczności produktów leczniczych i wyrobów medycznych w obrocie,
 - c) farmacji aptecznej,
 - d) farmacji szpitalnej,
 - e) farmacji klinicznej,
 - f) leku roślinnego,
 - g) farmakologii,
 - h) biotechnologii farmaceutycznej,
 - i) farmakoekonomiki,

- j) radiofarmacji,
- k) farmacji onkologicznej;
- 3) zdrowia publicznego, w tym nadużywania oraz uzależnienia od produktów leczniczych;
- 4) prawa farmaceutycznego oraz prawa regulującego wykonywanie zawodu farmaceuty;
- 5) nowoczesnych metod zarządzania apteką i hurtownią farmaceutyczną;
- 6) zasad udzielania pierwszej pomocy;
- 7) wyrobów medycznych;
- 8) suplementów diety i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 9) badań klinicznych”.

Wypełnianie przez farmaceutów obowiązków szkoleń powinno być traktowane jedynie jako tylko jeden z elementów aktualizowania wiedzy medycznej. Należy założyć, że wiedza ta powinna być udoskonalana na bieżąco, nie tylko w procesie organizowanych szkoleń, ale ważnym jej elementem powinien być proces tzw. samokształcenia. W dobie powszechnej informatyzacji, dostęp do niej „w czasie rzeczywistym” i wykorzystywanie uzyskanych informacji, powinno być nie tylko prawem ale i obowiązkiem wszystkich podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne *sensu largo*. Do farmaceutów muszą docierać przede wszystkim informacje o wycofaniu leku ze sprzedaży, o działaniach niepożądanych produktu leczniczego. Powinno się pamiętać, że przesłanką takiego szybkiego przekazywania informacji jest bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Wykonywanie usług farmaceutycznych może prowadzić do rozbieżności pomiędzy farmaceutą a lekarzem. W literaturze można znaleźć informacje wskazujące na możliwość zajścia ewentualnego konfliktu, jednocześnie wskazując na regulacje zawarte w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej²⁶, w przypadku kwestionowania przez farmaceutę wskazań lekarskich. Należy zdecydowanie podkreślić, zgadzając się z opinią Autorki, że w sytuacji dostrzeżenia przez farmaceutę, nawet najdrobniejszego błędu we wskazaniu lekarza, w trosce o bezpieczeństwo pacjenta, biorąc pod uwagę w/w obowiązki farmaceuty i prawa pacjenta, reakcja farmaceuty powinna być jednoznaczna i błyskawiczna uwzględniająca prawa pacjenta ale powinna być podejmowana przede wszystkim w trosce o jego zdrowie i życie.

Takie postępowanie farmaceuty znajduje również uzasadnienie w art. 96 ust. 5 pkt 1 P.f., zgodnie z brzmieniem którego, uprawnieniem farmaceuty i technika farmaceutycznego jest prawo do „odmowy wydania produktu leczniczego, jeżeli jego wydanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta”.

Zakres prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych obejmuje również możliwość wydawania bez recepty lekarskiej produktu leczniczego zastrzeżonego do

²⁶ *Kodeks etyki farmaceuty-aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, Naczelna Izba Aptekarska, Warszawa, 2006, https://www.poiia.pl/pliki/proj_kod.pdf; Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej. Uchwała nr VI/25/2012 z dnia 22 stycznia 2012 r. VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy, https://olsztyn.oia.org.pl/images/pliki_do_pobrania/Kodeks_Etyki_Aptekarza.pdf [dostęp: 12.02.2019]

wydawania na receptę w mniejszym terapeutycznym opakowaniu²⁷ oraz możliwość wystawienia przez farmaceutę recepty farmaceutycznej – art. 96 ust 3. i 4 P.f. Obie te czynności mogą być wykonane w przypadku „nagłego zagrożenia życia pacjenta”.

Dopełnieniem tego szerokiego zakresu prawa pacjenta wynikającego z art. 6 ust.1 u.p.p.R.P.P jest niewątpliwie obowiązek wykonywania świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi, niezależnie od wymogów aktualnej wiedzy medycznej, z należytą starannością, w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej – art. 8 P.f.

Wymagania fachowe to nic innego jak omówione powyżej odpowiednie kwalifikacje zawodowe, potwierdzane dodatkowo np. uczestnictwem w systemie kształcenia podyplomowego, o którym mowa w art. 107 a i nast. P.f, połączone z należytą starannością osoby wykonującej takie świadczenia.

Z kolei wymogi sanitarne, to obwarowania techniczno-prawne dotyczące możliwości wykonywania świadczeń w pomieszczeniach, lokalach, uwzględniające wymogi budowlane i sanitarne określone między innymi w art. 97 prawa farmaceutycznego czy w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz.U z 2002 r., Nr 187 poz. 1565), w którym mowa np. o warunkach w jakich mogą być przechowywane produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Należy również podkreślić, że prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych nie będą mogły być realizowane jeżeli apteka nie zapewni dostępności do leków. Tak więc, obszar tego prawa tworzy także obowiązek apteki (realizującej recepty) zapewnienia dostępności leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych – ustawa z dnia 12 maja 2011 r o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz. U 2017.1844 z późn. zm.).

Obowiązek ten jest szczególnie istotny w przypadku pacjentów przewlekle chorych i pacjentów seniorów, osób, które z różnych przyczyn nie mogą często pojawiać się w aptece. Wydaje się, że sytuacja, w której pacjent otrzymuje np. tylko część leków lub mniejszą ich ilość, a po brakujące produkty musi pojawić się w aptece w innym terminie (nawet jeżeli tylko dzień później) nie może być odbierana jako prawidłowa. Można się zastanowić, czy w takiej sytuacji, w związku z realizacją prawa pacjenta, to nie farmaceuta powinien np. dostarczyć pacjentowi brakujące produkty. Innym rozwiązaniem jest np. obowiązek utrzymywania w ciągłej sprzedaży określonej ilości produktów leczniczych – skoro w aptekach nie brakuje np. suplementów diety, kosmetyków itp., to określenie właściwego stanu zapasu produktów leczniczych nie powinno również stanowić żadnego problemu.

Prawo pacjenta do informacji

Kolejnym, niezwykle ważnym prawem pacjenta jest prawo do informacji, określone w art. od 9 do 12 u.p.p.R.P.P, które odnosi się do:

²⁷ M. Kwiatkowska, *Prawo farmaceutyczne: Poradnik dla aptek*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 47.

- prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych,
- prawie do informacji o następstwach zastosowania albo zaniedbania metod leczenia,
- prawa do informacji o zakresie i formie przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego,
- prawie do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta,
- prawa do informacji o prawach pacjenta,
- prawa do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Nie wszystkie z wymienionych powyżej praw, mogą być wymagane od farmaceutów, nie wszystkie związane są z miejscem świadczonych czynności przez farmaceutę. Należy więc stwierdzić, że to jedno z podstawowych praw pacjenta, w przypadku świadczenia usług farmaceutycznych ma ograniczony zakres w porównaniu z prawami przysługującymi pacjentowi przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w innych podmiotach leczniczych. Niewątpliwie, zakres tego prawa wypełnia informacja o prawach pacjenta – i jak wynika ze sformułowania zawartego w art. 11 ust. 1 u.p.p.R.P. – ustawodawca zobowiązuje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych do informowania o prawach pacjenta ujętych nie tylko w przedmiotowej ustawie, ale również w *przepisach odrębnych* np. zawartych w ustawie Prawo farmaceutyczne.

Powszechnie przyjmuje się, że zakres prawa do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń, na podstawie art. 12 u.p.p.R.P.P może obejmować:

- informacje o dniach i godzinach urzędowania,
- informacje o podpisaniu umowy z NFZ.

Informacja o przysługujących pacjentowi prawach powinna być „udostępniona w formie pisemnej, w lokalu, w miejscu ogólnodostępnym”.

Warto w tym miejscu wskazać na realizację tego prawa, które wydawać się może, że jest sformułowane w sposób nie wymagający interpretacji czy dodatkowych wyjaśnień. Jednak, analizując dość sporą ilość orzeczeń sądowych, można dojść do przekonania, że jest to przepis albo niewłaściwie skonstruowany albo niewłaściwie stosowany zarówno przez podmioty korzystające z tego prawa, jak i przez organy nadzorujące.

Z bogatego orzecznictwa dotyczącego tego zagadnienia można jedynie dla przykładu przywołać wyrok NAS II GSK 3172/15 z dnia 20 lipca 2017 r., z którego wynika, iż ważną kwestią jest umiejscowienie takich informacji, tak aby informacja o godzinach otwarcia apteki nie była uznana za jej reklamę²⁸. Z treści wyroku wynika, iż umieszczenie danych „dotyczących nazw i adresów aptek obok reklamy suplementów diety i produktów leczniczych z podanymi cenami, stanowi wyraźną zachętę do nabywania tych produktów [...] a w konsekwencji do zwiększenia poziomu konsumpcji leków”.

²⁸ Wyrok Naczelnego Sadu Administracyjnego z dnia 20 lipca 2017 r., II GSK 3172/15; dostęp: LEX nr 2359729

Przyczyn takiego stanu rzeczy tj. uznawania niektórych informacji o godzinach jej urzędowania za reklamę apteki należy dopatrywać się zarówno w rygorystycznym określeniu reklamy w P.f, zakazach reklamy aptek, jak i w dość spornym odróżnieniu „reklamy” od „informacji”. Z uwagi na dość bogatą literaturę jak i dużą liczbę orzeczeń sądowych, zagadnienie to zostało jedynie zasygnalizowane. Do informacji, które powinny być przekazywane pacjentowi w aptece, a znajdującymi swoją podstawę prawną w innych ustaw można zaliczyć m.in.

- informację o wystawionej receptce w postaci elektronicznej i danych, które powinna ona zawierać – art. 96 b P.f.,
- informację o możliwości realizacji recept lub zleceń w postaci elektronicznej – art. 96 c P.f.,
- informację o miejscu przechowywania recepty w przypadku m.in. cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego – art. 96 aa P.f.,
- informację o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na receptce, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej – art. 44 ust. 1 ustawy o refundacji leków.

Warto też wspomnieć, że prawo do informacji o możliwości nabycia leku innego niż przypisany, możliwość nabycia tzw. zamienników, [...] umieszczona na plakacie w aptece została zakwalifikowana jako zabroniona reklama apteki i jej działalności [...] – wyrok NSA II GSK z dnia 18 października 2017 r.²⁹

Realizacja prawa do informacji o zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych budzi wiele pytań, rodzi wiele kontrowersyjnych sytuacji, a nawet wzbudza wiele emocji. Oczywiście te problemy, w dużym stopniu wynikają zarówno ze złej jakości przepisów wymuszających stosowanie wykładni i interpretacji, często obarczonych „błędem nadgorliwości urzędniczej” – co wskazano powyżej. Nie są to jednak jedne przesłanki wpływające na właściwe rozumienie i stosowanie prawa pacjenta do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na tzw. klauzulę sumienia farmaceuty.

Rozszerzającą się w ostatnich latach tendencją do odmowy sprzedaży określonej kategorii produktów leczniczych i wyrobów medycznych jest niezgodna z regulacją zawartą w art. 95 ust 1 P.f w brzmieniu: *apteki ogólnodostępne są obowiązane do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności.*

Wydaje się że tzw. „klauzula sumienia” farmaceuty³⁰ (w tym przypadku), nie dość, że nie znajduje swojego uzasadnienia w przepisach prawnych, to również nie może być zgody na to, by subiektywny – farmaceuty, czy nawet całego zespołu pracującego w konkretnej aptece – odbiór zagadnień dotyczących wiary, etyki czy moralności mógł decydować o stosowaniu określonych produktów dopuszczonych do powszechnej sprzedaży. Obrońcy „klauzuli sumienia” odwołują się do fragmentu art. 12 u.p.p.R.P.P, z którego wynika prawo do informacji o zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, odwołując się także do kwestii etycznych, moralnych zdają

²⁹ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 października 2017 r., II GSK 5143/16; dostęp: LEX 2416673.

³⁰ K. Miksa, *Klauzula sumienia farmaceutów*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2015, s. 4–8.

się postępować według zasady – „nie czynię «zła» ale wskaże kto to «zło» czynić może³¹.

Niewątpliwie, zjawisko „klauzuli sumienia” jest jednym z przykładów wzbudzających wiele emocji, przypadków wzajemnego oddziaływania prawa i moralności, które dla właściwej jego realizacji winno opierać się nie tylko na regulacjach prawnych ale powinno uwzględniać się tzw. zasady współżycia społecznego.

Podsumowując ten rodzaj prawa pacjenta należy wskazać jeszcze dwa jego obszary – jeden nie budzący wątpliwości – tj. prawo pacjenta do uzyskania informacji o otrzymywanym produkcie leczniczym; drugi obszar – to prawo pacjenta do informacji o realizowanych przez aptekę programach zdrowotnych. Ten zakres praw pacjenta, a przede wszystkim sposób przekazywania informacji, może być uznany za reklamę, a tym samym może zostać zakazany. Z kolei, wspomniane prawo pacjenta do uzyskania informacji o produkcie, poza wspomnianymi już regulacjami, znajduje swoje uzasadnienie również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie zapotrzebowani oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. 2018.2008), w którym to akcie prawnym stwierdza się, że: „osoba wydająca z apteki produkt leczniczy [...] udziela informacji dotyczących przechowywania i stosowania wydawanego produktu leczniczego [...] oraz informacji o środkach ostrożności związanych z przyjmowaniem wydawanego produktu leczniczego [...]” – § 5 ust 5 i 6.

Podsumowanie

Regulacje prawne dotyczące ochrony praw pacjenta zawarte są w dość dużej liczbie aktów prawnych, zarówno prawa krajowego, prawa międzynarodowego, jak i prawa unijnego. Pacjent, jako osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych, najczęściej w sytuacji dla niego niekomfortowej, przymusowej i związanej z uszczerbkiem na zdrowiu, musi być traktowany w sposób należyty z zachowaniem jego prawa do intymności a przede wszystkim, poszanowaniem godności. Zarówno pacjent, jak i osoby wykonujące świadczenia zdrowotne, muszą mieć świadomość, że „prawa pacjenta” stanowią jedynie element praw człowieka. Konieczne jest więc określenie stosownych gwarancji realizacji i ochrony praw pacjenta w systemie ochrony praw człowieka. Oczywiście, regulacje prawa krajowego uwzględniają standardy ochrony międzynarodowo chronionych praw człowieka, jednak poza nimi ważną

31 Farmaceuci powołują się na klauzulę sumienia lekarzy zawartą w art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U 2018.617 z późn. zm.) w brzmieniu: Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Nie odnosząc się do treści i formy toczącej się dyskusji dotyczącej „klauzuli sumienia”, autorzy artykułu stawiają pytanie o etykę postępowania polegającego nie tyle na powstrzymaniu się od wykonania świadczenia, ile o etykę zachowania polegającego na wskazywaniu innych podmiotów wykonujących „świadczenia niezgodne z sumieniem” osoby wskazującej.

rolę w procesie stosowania praw pacjenta należy przypisywać edukacji i informacji o tych prawa. Działania odpowiednich instytucji państwowych muszą gwarantować realizację tych praw, zwłaszcza, że większość praw pacjenta w bezpośredni sposób wiąże się z prawem najważniejszym – prawem do życia.

Na zakończenie warto jeszcze pokusić się o refleksję – prezentowane zagadnienie: prawa pacjenta – powinno być postrzegane jako „oczywista oczywistość”, jednak obserwując pacjentów, a także – niestety – pracowników aptek, można odnieść inne wrażenie. Powszechnie znane jest jedynie hasło: prawa pacjenta – ale wymienienie kilku podstawowych praw przysługujących pacjentowi, stanowi już problem – zwłaszcza w zestawieniu tych praw z apteką i bezpieczeństwem zdrowotnym.

Również rozumienie „bezpieczeństwa”, które kojarzone jest zazwyczaj z tzw. bezpieczeństwem militarnym, bezpieczeństwem wewnętrznym czy bezpieczeństwem zewnętrznym, połączone ze „zdrowiem” (w wyrażeniu: „bezpieczeństwo zdrowotne”) w dalszym ciągu, przez wiele osób, postrzegane jest jedynie jako związek wyrazowy, slogan.

Elementem troski o zdrowie każdej jednostki jest także przestrzeganie praw pacjenta polegające między innymi na właściwym traktowaniu osób potrzebujących pomocy, informacji czy wskazówki dotyczącej m.in. działania produktu leczniczego, możliwości zażywania go z innymi produktami, zastosowania tzw. zamienników itd.

Nikogo (chyba) nie trzeba przekonywać, że prawidłowe stosowanie produktów leczniczych jest ważnym ogniwem procesu leczenia. Jest częścią składową szeroko rozumianego bezpieczeństwa człowieka.

Bibliografia:

- Adamczyk J., Chmielewska E., Czerwińska M., Kęska K., Krekora M., Kwiatkowska M., Sławatyniec Ł., Woźniak M., *Meritum Prawo Farmaceutyczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia”, nr 40/1
- Doroszevska A., *Socjologiczne aspekty praw pacjenta – analiza wybranych problemów*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Wyd. Temida2, Białystok 2011
- Głowacka M.D., Zdanowska J. *Zdrowie publiczne w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Komentarz*, 3. wydanie, Wolters Kluwer, Warszawa 2016
- Kmieciak B., *Prawa pacjenta z perspektywy wybranych aspektów socjopedagogicznych*, http://files.clickweb.home.pl/homepl37784/file/2015_1_10_97_baejkmieciak.pdf [dostęp: 10.02.2019]
- Kodeks etyki farmaceuty-aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*. Naczelna Izba Aptekarska, Warszawa, 2006, https://www.poa.pl/pliki/proj_kod.pdf [dostęp: 12.02.2019]
- Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*. Uchwała nr VI/25/2012 z dnia 22 stycznia 2012 r. VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy, https://olsztyn.oia.org.pl/images/pliki_do_pobrazenia/Kodeks_Etyki_Aptekarza.pdf [dostęp: 12.02.2019]

- Kondrat M., *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009
- Krażyńska K., *Apteczny rynek farmaceutyczny i konsumpcja leków w Polsce*, „Konsumpcja i Rozwój”, 2013, nr 2(5), s. 108–119
- Kwiatkowska M., *Prawo farmaceutyczne: Poradnik dla aptek*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013
- Michalik M., Mruk H., Pilarczyk B., *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011
- Miksa K., *Klauzula sumienia farmaceutów*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2015
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011
- Ożóg M., *System handlu produktem leczniczym i produktami pokrewnymi*, Warszawa 2010
- Pochrzest-Motyczyńska A.i in., *Prawa pacjenta. Poradnik*, Agora SA, Warszawa 2009
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007
- Shortell S., Kałużny A., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.)
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. Nr 41, poz. 179 ze zm.).
- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009, Nr 52, poz. 417 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008, Nr 45, poz. 271 ze zm.).

Health safety - selected rights of the patient in the pharmacy

Abstract

Issues related to the protection of patient's rights are an extremely current problem affecting an increasing number of people who, despite increasing awareness of their rights, do not always know how to use them and what their content is. People who are using broadly understood health services, usually the scope of their use, do not combine with the possibility of their use in a particular health care facility which is a pharmacy.

In this article an attempt was made to undergo analysis of selected patients' rights, entitled to the patient -just - in the pharmacy.

The author intention is to present the rights in an easy way, so it is limited only to national legislation and jurisdiction, which is created or issued also on the basis of EU law. International limitation of legal grounds, according to the author, does not affect the analysis of selected rights, and the presented article – the same – can reach a wider audience, can increase both interest in rights and increase the awareness of patients. This increase in patients' awareness of their rights should “go hand in hand” with an increase in awareness about the responsibilities of patients. Only the balance between the rights and obligations of patients and persons performing health services will determine the change in relations, it will be a proof of cooperation and mutual respect of two autonomous entities.

Słowa kluczowe: apteka, pacjent, prawa pacjenta, informacja

Key words: pharmacy, patient, patient's rights, information

Miroslaw Borkowski

doktor nauk prawnych, profesor nadzwyczajny Gdańskiej Szkoły Wyższej, Kierownik Katedry Nauk Społecznych i Administracyjnych GSW. Zainteresowania naukowe obejmują prawa człowieka, prawo wyznaniowe oraz prawo zdrowia publicznego m.in. prawo farmaceutyczne i kosmetyczne oraz ochrona praw pacjenta/konsumenta. Autor licznych publikacji z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. E-mail:mb@mbfilar.pl