



Warszawa, 08-03-2024 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Marcin Wiącek

XI.815.64.2022.DB

Pani

Izabela Leszczyna

Minister Zdrowia

ePUAP

Szanowna Pani Minister,

jako Rzecznik Praw Obywatelskich, wykonujący także zadania organu monitorującego wdrażanie postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169; dalej: „Konwencja”), chciałbym kontynuować dialog z resortem zdrowia na temat konieczności uwzględniania **indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami w dostępie do świadczeń zdrowotnych**. W niniejszym wystąpieniu chciałbym podkreślić **szczególne uwarunkowania związane z opieką ginekologiczną i położniczą, wymagające niezwłocznej poprawy**.

Na wstępie należy przypomnieć, że na podstawie art. 25 Konwencji, Rzeczpospolita Polska zobowiązała się do przyznania osobom z niepełnosprawnościami prawa do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu zdrowia na zasadzie równości z innymi osobami. W tym celu władze publiczne zobowiązane są do podjęcia wszelkich odpowiednich środków w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami dostępu do usług opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji zdrowotnej, biorąc pod uwagę wymogi związane z płcią.

Wyzwania w tym obszarze zostały zauważone m.in. przez Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ, który zaznaczył, że szczególnie istotne jest wzięcie pod uwagę perspektywy płci, tak aby uwzględnić m.in. odpowiednią opiekę zdrowotną dla kobiet i dziewcząt z niepełnosprawnościami, w tym opiekę ginekologiczną i położniczą¹. W art. 6 Konwencja wskazuje się, że kobiety i dziewczęta są narażone na wielokrotną dyskryminację², w związku z czym władze publiczne są obowiązane podejmować działania w celu zapewnienia pełnego i równego korzystania przez kobiety i dziewczęta z niepełnosprawnościami ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności. Podobne zalecenie znalazło się również w rekomendacjach Komitetu wydanych dla Polski w październiku 2018 r.³, po rozpatrzeniu pierwszego sprawozdania rządu z postępów we wdrażaniu Konwencji. Wezwano w nim Polskę do uznania praw kobiet z niepełnosprawnościami do ochrony zdrowia, wspierania ich w podejmowaniu decyzji dotyczących planowania rodziny, odpowiedniej edukacji oraz zapewnienia dostępnych świadczeń medycznych.

Zalecenia te wymagają odpowiedniego uwzględnienia i praktycznego wdrożenia.

¹ Komentarz ogólny nr 2 do Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (CRPD/C/GC/2), s. 12, pkt 4, Komitet Praw Osób z Niepełnosprawnościami ONZ, dostępny w języku angielskim pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-2-article-9-accessibility-0> [dostęp: 28 lutego 2024 r.].

² Perspektywa płci w powiązaniu z niepełnosprawnością w obszarze zdrowia reprodukcyjnego została ukazana m.in. w badaniach Fundacji Kulawa Warszawa „Przychodzi baba do lekarza. Dostępność usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami”. Raport z badania dostępny pod adresem: https://www.kulawawarszawa.pl/wp-content/uploads/2020/03/Fundacja_Kulawa_Warszawa_dost%C4%99pno%C5%9B%C4%87_gabinet%C3%B3w_ginekologicznych.pdf [dostęp: 28 lutego 2024 r.].

³ Uwagi końcowe dotyczące wstępnego sprawozdania Polski, przyjęte przez Komitet do spraw Praw Osób z Niepełnosprawnościami 18 września 2018 r. i opublikowane 29 października 2018 r., znak: CRPD/C/POL/CO/1, s.4, pkt 10 c, dostęp pod adresem: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FPOL%2FCO%2F1&Lang=en [dostęp: 28 lutego 2024 r.].

I. Dostępność architektoniczna gabinetów ginekologicznych

W poprzednio skierowanym do Ministra Zdrowia wystąpieniu⁴ wskazywałem na główne problemy, z jakimi mierzą się kobiety i dziewczęta z niepełnosprawnością chcące skorzystać ze świadczeń opieki ginekologicznej i położniczej. Pierwszym z nich jest brak dostępności architektonicznej gabinetów, przejawiający się m.in. brakiem wyposażenia gabinetów w fotele ginekologiczne umożliwiające ich obniżanie, podnośniki służące do przesadzania na fotel oraz w wagi krzeselkowe, najazdowe czy łózkowe.

Przedstawione przeze mnie argumenty zostały poparte m.in. dostępnymi analizami, które pokazują skalę wyzwań z perspektywy pacjentek⁵. Wynika z nich, że – zdaniem pacjentek – tylko 122 gabinety ginekologiczne w Polsce były wyposażone w obniżany fotel ginekologiczny. Okazuje się, że przez okres około pół roku liczba ta wzrosła w minimalnym stopniu, do 124. Z kolei z podnośnika do przesadzania na fotel pacjentki mogą obecnie korzystać w 10 gabinetach (około pół roku temu było to 9 gabinetów). Należy przy tym wskazać, że powyższe udogodnienia znajdują się zarówno w placówkach posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i w podmiotach w pełni komercyjnych. Oznacza to, że w części przypadków od możliwości finansowych pacjentki zależy skorzystanie z badań profilaktycznych, czy też właściwego prowadzenia ciąży w warunkach dla niej dostępnych.

Pozytywne zmiany w nieco większym zakresie nastąpiły w przypadku dostępnych wag. Zgodnie z gromadzonymi przez jedną z organizacji społecznych danymi⁶, w całej Polsce w 84 podmiotach osoba z niepełnosprawnością może uzyskać miarodajny pomiar swojej wagi, co oznacza wzrost od ubiegłego roku o 17

⁴ Wystąpienie RPO do MZ z 19 września 2023 r. (znak: XI.815.64.2022.MWR/DB), dostępne w wersji elektronicznej pod adresem: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-kobiety-niepelnosprawnosc-ginekologia-mz-%20odpowiedz> [dostęp: 28 lutego 2024 r.].

⁵ Zob. <https://dostepnaginekologia.pl/lista/gabinety/?s=&eltdf-listing-search=&eltdf-search-order-by=date&eltdf-search-tag%5B%5D=195&eltdf-search-location=0> [dostęp: 28 lutego 2024 r.].

⁶ Źródło: arkusz kalkulacyjny dostępny pod adresem: <https://dostepnaginekologia.pl/2023/02/06/wagi-dostepne-lista/> [dostęp: 29 lutego 2024 r.].

podmiotów. Mimo to w dalszym ciągu istnieją województwa, w których żadna placówka nie dysponuje takim sprzętem. Tymczasem taka waga jest niezbędna nie tylko w przypadku badań w czasie ciąży (przy sprawdzaniu prawidłowości jej rozwoju), ale również przy właściwym doborze dawki leków, czy w celu obliczenia BMI (z ang. Body Mass Index). Co więcej – osobami korzystającymi z wag krzesłkowych, najazdowych czy łóżkowych nie są wyłącznie pacjenci z niepełnosprawnościami, bowiem sprzęt tego rodzaju może być wykorzystany m.in. w obsłudze osób starszych. W tym miejscu należy wskazać, że podnośniki stanowią również znaczne ułatwienie dla pracowników ochrony zdrowia, bowiem dzięki ich zastosowaniu nie ma potrzeby dźwigania pacjenta.

Powyższe dane pokazują, że **sytuacja ulega stopniowej poprawie, jednak tempo zmian jest wysoce niezadowolające, a aktualny stan wyposażenia placówek medycznych nie zapewnia pacjentkom z niepełnosprawnościami dostępu do świadczeń z zakresu ginekologii na równi z innymi pacjentkami.**

Chciałbym zauważyć, że w ubiegłym roku zarówno Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych⁷, jak i Ministerstwo Zdrowia, prowadziły niezależne od siebie projekty mające na celu zwiększenie dostępności placówek ochrony zdrowia dla osób z niepełnosprawnością⁸. Resort zdrowia poinformował

⁷ Zob. moduł D programu „Dostępna Przestrzeń Publiczna” w którym przewidziano środki w wysokości 25 mln zł na likwidację barier technicznych, informacyjno-komunikacyjnych oraz wyposażenie w technologie wspomagające i urządzenia umożliwiające skorzystanie przez osoby z niepełnosprawnością z usług świadczonych przez podmioty lecznicze, co miało zapewnić możliwość skorzystania z opieki ginekologiczno-położniczej powszechnie; treść programu dostępna pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/programy-i-zadania-pfron/programy-i-zadania-real/dostepna-przestrzen-publiczna/dokumenty-programowe/tresc-programu/> [dostęp: 29 lutego 2024 r.].

⁸ Mowa m.in. o projekcie „Dostępność Plus dla zdrowia”, w ramach którego szpitale oraz placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) mogły uzyskiwać granty na poprawę dostępności zarówno architektonicznej, cyfrowej, jak i informacyjno-komunikacyjnej dla osób z niepełnosprawnością.

mnie⁹ także o szeregu rozwiązań z zakresu telemedycyny (w tym modelu telemedycznego w położnictwie, dedykowanemu kompleksowemu telemonitoringowi w opiece okołoporodowej), a także o planowanym w nowej perspektywie finansowej Unii Europejskiej projekcie poprawy dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym gabinetów ginekologicznych. Pierwszym etapem wspomnianych działań miało być opracowanie i wdrożenie standardów dostępności w podmiotach rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w tym również w zakresie ginekologii. Jednakże miały mieć one charakter poradnika i nie było wówczas planowane wdrożenie ich w ramach aktu powszechnie obowiązującego¹⁰.

Z informacji przekazanych przez resort zdrowia wynikało ponadto, że w październiku 2023 r. Ministerstwo Zdrowia prowadziło badanie ankietowe na potrzeby Strategii na rzecz Osób Niepełnosprawnych pod nazwą „Analiza dostępności do świadczeń ginekologicznych lub położniczych dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w szczególności z niepełnosprawnością ruchową”. Wyniki tej analizy miały zostać następnie wykorzystane w działaniach służących poprawie dostępności i komfortu korzystania przez pacjentki z niepełnosprawnością z usług ginekologiczno-położniczych¹¹.

W tym miejscu pragnąłbym wyraźnie podkreślić, że stworzenie i wdrożenie standardów dostępności gabinetów lekarskich i większych podmiotów leczniczych jest kluczowe i powinno nastąpić poprzez opracowanie aktów prawa powszechnie obowiązującego. Wyłącznie w taki sposób możliwy jest realny wpływ na zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami dostępności. Taki tryb jest również zgodny z postanowieniami Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata

⁹ Pismo Ministra Zdrowia do Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 10 października 2023 r. (znak: ZPR.652.3.2023.MG), dostępne w wersji elektronicznej pod adresem: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-10/Odpowiedz_MZ_gabinety_ginekologiczne_ozn_dost%C4%99pnosc_10.10.2023_0.pdf [dostęp: 29 lutego 2024 r.].

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

2021/2030¹², w której w ramach priorytetu „Zdrowie” zaplanowano wypracowanie systemowych rozwiązań w zakresie zapewnienia dostępności usług ginekologiczno-położniczych dla kobiet z niepełnosprawnościami poprzez opracowanie standardów, które mają obejmować kwestie zapewniania dostępności na wszystkich etapach udzielania świadczeń medycznych, uwzględniając również analizę możliwości przeprowadzania badań specjalistycznych w domu pacjentki¹³.

Warto jednocześnie zauważyć, że aktualnie obowiązujące przepisy przewidują obowiązek zapewnienia osobom ze szczególnymi potrzebami dostępności – również w przypadku dużej części placówek ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2240; dalej: „ustawa o dostępności”), zapewnianie dostępności (rozumiane jako stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień, podejmowanie działań mających na celu uwzględnianie potrzeb w planowanej i prowadzonej przez ten podmiot działalności, usuwanie barier, a także zapobieganie ich powstawaniu) jest obowiązkiem określonych w art. 9 katalogu podmiotów. Wśród nich znajdują się jednostki sektora finansów publicznych w rozumieniu art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1270)¹⁴, inne państwowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, a także inne osoby prawne, utworzone w szczególnym celu zaspokajania potrzeb o charakterze powszechnym niemających charakteru przemysłowego ani handlowego, jeżeli podmioty państwowe lub samorządowe pojedynczo lub wspólnie, bezpośrednio lub pośrednio przez inny podmiot finansują je w ponad 50%, posiadają ponad połowę udziałów albo akcji, sprawują nadzór nad organem zarządzającym lub mają prawo do powoływania ponad połowy składu organu nadzorczego lub zarządzającego. Co więcej, zgodnie z art. 5 ust. 1 i 2 ustawy o dostępności w przypadku, gdy podmiot inny niż podmiot publiczny realizuje, na

¹² Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 (M.P. z 2021 r. poz. 218; dalej: „Strategia”), dostępna w wersji elektronicznej pod adresem: <https://niepelnosprawni.gov.pl/p,170,strategia-na-rzecz-osob-z-niepelnosprawnosciami-2021-2030> [dostęp: 28 lutego 2024 r.].

¹³ Pkt VI. 2.4. Strategii.

¹⁴ M.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

podstawie umowy zawartej z podmiotem publicznym, zadanie finansowane z udziałem środków publicznych, jest obowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie określonym w tej umowie.

Mając na uwadze treść przytoczonych uregulowań prawnych, wydaje się, że przynajmniej część placówek ochrony zdrowia, w których udzielane są świadczenia finansowane ze środków publicznych, już teraz jest obowiązana do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Niemniej jednak, w praktyce realizacja tego wymogu pozostaje wciąż wyzwaniem dla tych podmiotów. W związku z tym, opracowanie standardów dostępności i podniesienie ich rangi do przepisów powszechnie obowiązujących może przynieść oczekiwany skutek w postaci faktycznej realizacji obowiązków wynikających z ustawy o dostępności. Rozwiązanie to posiada również tę zaletę, że umożliwia skorelowanie spełniania obowiązku zapewnienia dostępności z możliwością uzyskiwania środków publicznych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia – zarówno jako jeden z warunków zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych lub jako jeden ze wskaźników konsumenckich jakości w opiece zdrowotnej, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692). Warto rozważyć również premiowanie placówek, które standardy dostępności spełniają.

Niezależnie od powyższego, należałoby zadbać o niezwłoczne wprowadzenie rozwiązań przejściowych. Jedną z takich inicjatyw wartych upowszechnienia, zaprezentowanych w trakcie konferencji „Dostępna ginekologia – jak rodzi się dostępność” w dniu 21 września 2023 r. w Warszawie¹⁵, było uruchomienie przez organizację społeczną mobilnych, dostępnych gabinetów ginekologicznych, w których kobiety i dziewczęta z niepełnosprawnościami mogą korzystać m.in. ze świadczeń profilaktycznych z zakresu ginekologii w pobliżu miejsca swojego zamieszkania. W trakcie debaty wskazywano bowiem, że nawet obecnie funkcjonujące mobilne gabinety (m.in. mammobusy, cytobusy) nie są dostępne. Należy jednak zastrzec, że o ile inicjatywa ta stanowi rozsądne rozwiązanie *ad hoc*, to powinna mieć charakter wyłącznie przejściowy, zaś nacisk powinien być położony na wypracowanie standardów dostępności, nadanie im odpowiedniej rangi i skuteczne egzekwowanie.

¹⁵ Zob. <https://dostepnaginekologia.pl/konferencja/jak-rodzi-sie-dostepnosc/> [dostęp: 29 lutego 2024 r.].

II. **Konieczność wdrożenia do programu kształcenia zawodów medycznych komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami**

W świetle sygnałów docierających do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich kolejnym poważnym wyzwaniem, z jakim mierzą się pacjentki z niepełnosprawnościami, jest komunikacja z personelem medycznym. Ignorowanie pacjentek i prowadzenie rozmowy z tłumaczem, asystentem lub członkiem rodziny pacjenta głuchego, stereotypowe traktowanie i założenie, że kobiety z niepełnosprawnościami nie mogą lub nie powinny prowadzić aktywnego życia seksualnego, infantylizowanie pacjentek z niepełnosprawnościami i traktowanie ich niezgodnie z wiekiem biologicznym jako „wieczne dzieci”, czy naruszające godność, a nawet upokarzające uwagi¹⁶ to powszechne doświadczenia pacjentek z niepełnosprawnościami korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Uzasadnione oczekiwania osób z niepełnosprawnościami, by nie czuły się dyskryminowane, niewłaściwie traktowane czy wręcz obrażane w gabinetach, wiążą się z koniecznością jak najszerszego przygotowania personelu do współpracy z osobami z niepełnosprawnościami, uwrażliwienia pracowników na kwestie niepełnosprawności oraz trudności poszczególnych osób. Odpowiednie działania powinny obejmować zarówno szkolenia z zakresu wiedzy o różnych niepełnosprawnościach, sposobu komunikacji, jak również formy udzielania informacji o stanie zdrowia i wybranym sposobie leczenia, czy też udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie ze zgłaszanymi potrzebami (ze szczególnym uwzględnieniem udostępniania dokumentacji medycznej osobom z niepełnosprawnością wzroku, tak aby przedstawione informacje mogły zostać odczytane przez czytniki ekranu oraz osobom z niepełnosprawnością słuchu, co wymaga tłumaczenia na Polski Język Migowy). Rozwiązaniem ułatwiającym komunikację z personelem medycznym proponowanym przez środowisko osób z niepełnosprawnościami jest również wydłużenie czasu wizyty dla pacjentek z niepełnosprawnościami. W związku z tym należałoby dążyć do ujęcia wskazanych treści w programach nauczania na kierunkach medycznych.

¹⁶ Przykłady doświadczeń pacjentek z niepełnosprawnościami zostały zebrane w raporcie „Przychodzi baba do lekarza. Dostępność usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnością”, dostęp w wersji elektronicznej pod adresem: <https://www.kulawawarszawa.pl/przychodzi-baba-do-lekarza/> [dostęp; 29 lutego 2024 r.].

Mając na uwadze powyższe, działając na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz.1058), zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą o analizę przedstawionych problemów i ustosunkowanie się do wskazanych kwestii. Jednocześnie będę zobowiązany za udostępnienie danych i wniosków uzyskanych w ramach badania ankietowego, którego celem miała być analiza dostępności usług ginekologicznych oraz położniczych dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności wraz z informacją, czy forma ankiety była przystosowana do różnych grup pacjentek z niepełnosprawnościami (np. w tekście łatwym do czytania i rozumienia, czy z tłumaczeniem na Polski Język Migowy).

Korzystając z okazji, pragnę zapewnić Panią Minister o mojej gotowości do współpracy i wymiany doświadczeń na temat wyzwań, z jakimi mierzy się obecnie system ochrony zdrowia w Polsce, a także postulowanych zmian mających na celu jak najskuteczniejsze wdrożenie szeroko rozumianej dostępności świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej dla kobiet i dziewcząt z niepełnosprawnościami.

Łączę wyrazy szacunku

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/

Do wiadomości:

1) Pani Katarzyna Kotula, Ministra do spraw Równości

ePUAP

2) Pani Monika Horna-Cieślak, Rzecznik Praw Dziecka

ePUAP

3) Pan Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta

ePUAP

4) Pan Łukasz Krasoń, Pełnomocnik Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych

ePUAP

5) Pan Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

ePUAP

