



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa,

**Adam Bodnar**

**V.7010.82.2017.LK**

**Pan**  
**Konstanty Radziwiłł**  
**Minister Zdrowia**

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia było i jest stałym przedmiotem zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich. Było i pozostaje bowiem stałym przedmiotem kierowanych do niego skarg<sup>1</sup>. Kolejni Rzecznicy Praw Obywatelskich poświęcali dużą uwagę problemom obywateli związanym ze służbą zdrowia, kierując na przestrzeni lat – prócz innych działań<sup>2</sup> – kilkaset wystąpień<sup>3</sup>. Zawierały one zarówno postulaty konkretnych zmian, jak również wskazanie istotnych – z punktu widzenia obywateli – zagadnień. Część z przedstawianych w wystąpieniach problemów doczekała się rozwiązania. Inne z kolei nadal wymagają uregulowania. Kierując niniejsze wystąpienie, pragnę przypomnieć Panu Ministrowi o tych ostatnich licząc, że będzie je miał Pan na uwadze podejmując się z pewnością niełatwego zadania przebudowy systemu ochrony zdrowia.

---

<sup>1</sup> Dla przykładu, w 2016 roku wpłynęło do Biura RPO 735 skarg związanych z ochroną zdrowia.

<sup>2</sup> Podejmowanie wielu interwencji w sprawach indywidualnych, ale także próby zdefiniowania systemowych problemów ochrony zdrowia w Polsce. Przykładem tych ostatnich były choćby prace powołanego przez Rzecznika Praw Obywatelskich V kadencji, śp. dr. Janusza Kochanowskiego Zespołu ds. reformy systemu ochrony zdrowia oraz prace obecnie działającej Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>3</sup> W samym 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował przeszło 40 wystąpień generalnych związanych z problematyką ochrony zdrowia, co stanowiło ok. 1/10 wszystkich wystąpień generalnych skierowanych w tym roku.

## **I. Dostęp do świadczeń i jakość świadczeń.**

Przedmiotem najczęściej kierowanych do mnie w obszarze ochrony zdrowia skarg jest niewątpliwie dostępność i jakość udzielanych świadczeń. Znane są i szeroko komentowane przypadki wpisywania na listę osób oczekujących na zabieg z terminem udzielenia świadczenia określonym nawet nie na kolejne lata, ale wręcz kolejne dekady<sup>4</sup>. Negatywne reakcje pacjentów, uzyskujących informację, że świadczenie zostanie im udzielone za wiele lat, są w pełni zrozumiałe. Jednym ze źródeł tych reakcji jest zapewne nadal niewielka świadomość braku rejonizacji udzielania świadczeń i możliwości wyboru takiego świadczeniodawcy, który zagwarantuje szybsze udzielenie świadczenia. Występują jednak bardzo liczne obszary wyraźnych deficytów, czego klasycznym już przykładem jest leczenie zaćmy<sup>5</sup>.

Treść kierowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich wystąpień skłania do następujących wniosków:

**- Niezbędne jest zakończenie praktyki faktycznego ograniczania dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie aktów wewnętrznych Narodowego Funduszu Zdrowia.** Artykuł 68 ust. 2 zd. drugie Konstytucji zakłada, że warunki i zakres udzielania świadczeń finansowanych z publicznych środków określi ustawa. Tymczasem w praktyce, prawo do świadczeń wynikające z ustawy bywa limitowane wewnętrznymi procedurami obowiązującymi w Narodowym Funduszu Zdrowia. Rzecznik Praw Obywatelskich zetknął się z takim przypadkiem m.in. w sprawie dostępu do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie<sup>6</sup>. Zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne<sup>7</sup> pozwalały bowiem na tworzenie – opartych na niejasnych, niewynikających z ustawy kryteriach – list oczekujących („kolejek”).

**- Należy zapewnić równy dostęp do poszczególnych świadczeń we wszystkich regionach kraju.** Do sformułowania tego wniosku skłania okoliczność, że istnieją

---

<sup>4</sup> Rzecznik badał podobne przypadki, np. określenia czasu oczekiwania na rehabilitację po udarze na 20 lat – nr sprawy w BRPO: V.7010.30.2016.

<sup>5</sup> Problem podnoszony w wystąpieniu z 3 lutego 2014 r., nr sprawy w BRPO: V.7013.1.2014 i w wystąpieniu z 26 lipca 2017 r., nr sprawy w BRPO: V.7010.47.2017.

<sup>6</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.92.2014.

<sup>7</sup> M.in. zarządzenie nr 90/2013/DSOZ z dnia 24 grudnia 2013 r.

świadczenia, których poziom dostępności drastycznie różni się w poszczególnych regionach kraju. Przykładem takiego świadczenia jest znieczulenie zewnątrzoponowe udzielane przy porodzie. Z zebranych przeze mnie w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia i przekazanych Panu Ministrowi w wystąpieniu z 26 września 2016 r.<sup>8</sup> danych wynika, że w województwach: mazowieckim, małopolskim i podlaskim, świadczenia tego udzielono blisko co czwartej rodzącej. Na przeciwległym biegunie znajdują się województwa: kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, pomorskie, gdzie odsetek znieczuleń przy porodzie oscylował w granicach 1%. Obecnie prowadzę szerszą analizę dostępności farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu przy porodzie<sup>9</sup>. W związku z rozstrzygnięciem Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia<sup>10</sup>, aktualna pozostaje też kwestia zagwarantowania pacjentom realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego, którego udzielenia lekarz odmówił<sup>11</sup>.

**- Regulacje dotyczące możliwości uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicą na koszt płatnika publicznego należy uczynić bardziej przyjaznymi dla pacjentów.**

Naruszające prawa pacjentów opóźnienie we wdrożeniu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>12</sup> było przedmiotem wystąpienia mojej Poprzedniczki z 30 stycznia 2014 r.<sup>13</sup>. Choć implementacja dyrektywy nastąpiła w końcu wraz z wejściem w życie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>14</sup>, to sposób jej przeprowadzenia wywołał znaczące problemy. W kierowanych do mnie skargach najczęściej pojawiającą się kwestią jest zbiurokratyzowanie korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej (proces wydawania zgody na udzielenie świadczenia poza granicami kraju przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, procedura zwrotu kosztów).

**- Należy wprowadzić regulacje dotyczące standardu żywienia w szpitalach.** Jest to problem znany od bardzo wielu lat. W mediach (zwłaszcza społecznościowych) regularnie

---

<sup>8</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.70.2016.

<sup>9</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.36.2017.

<sup>10</sup> Wyrok z 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14.

<sup>11</sup> Nr sprawy w BRPO: VII.812.5.2014.

<sup>12</sup> dyrektywa z dnia 9 marca 2011 r., Dz.U.UE.L s. 45.

<sup>13</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.4.2014.

<sup>14</sup> ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 1491.

pojawiają się informacje o niskim standardzie żywienia w opiece szpitalnej. Kwestia ta była przedmiotem wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich od 2007 r.<sup>15</sup>. Mimo upływu lat nie została ona rozwiązana. W dniu 24 sierpnia 2016 r. skierowałem kolejne już wystąpienie w tej sprawie<sup>16</sup>, konsekwentnie postulując określenie w przepisach powszechnie obowiązującego prawa obowiązków podmiotów leczniczych w tej materii oraz środków nadzoru. Ich obecny brak powoduje, że żywienie pacjentów, finansowane w ramach kontraktów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, stanowi potencjalne źródło oszczędności w poszukiwaniu zwiększenia kwoty na bezpośrednie działania medyczne.

**- Opiekę zdrowotną nad szczególnie chronionymi kategoriami pacjentów należy doprowadzić do konstytucyjnego standardu.** Artykuł 68 ust. 3 Konstytucji RP statuuje obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia nasuwa istotne wątpliwości, czy władze publiczne wywiązują się należycie z tego postulatu. Wątpliwości te były przedstawiane przez Rzecznika Praw Obywatelskich, m.in.:

- w piśmie z 16 lipca 2014 r.<sup>17</sup>, dotyczącym braku gwarancji ciągłości opieki zdrowotnej nad noworodkiem po opuszczeniu podmiotu leczniczego, rodzące niebezpieczeństwo dla zdrowia dzieci. Objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną (m.in. porada patronażowa lekarza, badania bilansowe, szczepienia ochronne, wizyty patronażowe pielęgniarki i położnej) uzależnione jest bowiem od dokonania przez rodziców (opiekunów) dziecka wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej.
- w piśmie z 29 lipca 2016 r.<sup>18</sup>, postulującym rozważenie zmiany zasad dostępu małoletnich powyżej 15. roku życia do świadczeń ginekologicznych i urologicznych. Wystąpienie to zostało skierowane po uzyskaniu pozytywnego stanowiska: Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa. Zaniedbania w zakresie zdrowia intymnego w młodym wieku rzutować mogą bowiem na całe dorosłe życie.

---

<sup>15</sup> pisma z 23 stycznia 2007 r., nr sprawy w BRPO: RPO/545486/06 i z 6 maja 2009 r., nr sprawy w BRPO: RPO/580595/08.

<sup>16</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.68.2016.

<sup>17</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.75.2014 i V.7010.77.2014.

<sup>18</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.24.2016.

- w piśmie z 11 kwietnia 2017 r.<sup>19</sup>, zawierającym kompleksowe zestawienie uwag dotyczących standardów opieki okołoporodowej. Uwagi te obejmowały w szczególności spostrzeżenia dotyczące praktyki stosowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r.<sup>20</sup>. Dodatkowo swoje obawy związane z mającym nastąpić uchYLENIEM rozporządzenia i zastąpieniem go (fakultatywnymi) „standardami organizacyjnymi”, przedstawiłem w piśmie z 13 lutego 2017 r.<sup>21</sup>.
- w wystąpieniu z 19 grudnia 2011 r.<sup>22</sup>, ponowionym 12 kwietnia 2013 r., w którym przedstawiono uwagi Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie opieki zdrowotnej osób starszych. Obejmowały one m.in. nieotwieranie nowych poradni geriatrycznych, niezwiększanie liczby łóżek geriatrycznych, a także likwidowanie w kolejnych szpitalach oddziałów geriatrycznych. Wskazano także na brak standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry. Po raz kolejny problemy w opiece zdrowotnej nad osobami starszymi przedstawiłem w piśmie z 24 marca 2016 r.<sup>23</sup>. Po roku, zmuszony zostałem do ponownego wystąpienia<sup>24</sup> wobec zagrożeń dla opieki geriatrycznej związanych z wejściem w życie ustawy wprowadzającej tzw. sieć szpitali<sup>25</sup>.

**- Ochrona zdrowia psychicznego wymaga większej uwagi władz publicznych.**

Koronnym przykładem zaniedbań w tej materii była realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015<sup>26</sup>. Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie monitował ówczesnych ministrów zdrowia<sup>27</sup>, zwracając uwagę, że samo przyjęcie Programu, bez przygotowania koniecznych zmian legislacyjnych i zabezpieczenia środków budżetowych na realizację wyznaczonych w tym dokumencie celów, nie przyczyniło się bowiem w żaden sposób do poprawy warunków, w jakich świadczona jest

<sup>19</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.112.2015.

<sup>20</sup> Rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. z 2016 r. poz. 1132.

<sup>21</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.102.2016.

<sup>22</sup> Nr sprawy w BRPO: RPO/690730/11.

<sup>23</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.19.2016.

<sup>24</sup> Pismo z 7 lipca 2017 r., nr sprawy w BRPO: V.7012.1.2017.

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. poz. 844.

<sup>26</sup> Program ustanowiony na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Dz.U. z 2011 r. nr 24 poz. 128.

<sup>27</sup> Wystąpienia z 14 września 2012 r., z 3 grudnia 2012 r., z 30 grudnia 2013 r., z 21 lipca 2015 r., nr sprawy w BRPO: RPO/712556/12 i V.7016.35.2014.

opieka psychiatryczna. Odnośnie do aktualnie obowiązującego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020<sup>28</sup>, już na samym wstępie powstały wątpliwości<sup>29</sup>, skoro wszedł on w życie z blisko dziewięciomiesięcznym opóźnieniem<sup>30</sup>. Na Ministrze Zdrowia spoczywa obowiązek zapewnienia, by opóźnienie to nie przekreśliło realizacji Programu i żeby nie podzielił on losów swojego poprzednika. Pozwalam sobie także zwrócić uwagę Pana Ministra na diagnozę wynikającą z opracowanego w 2014 r. raportu Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>31</sup>. Ochrona zdrowia psychicznego jest w Polsce chronicznie niedofinansowana. Wskazują na to wyraźnie wyniki wizytacji w szpitalach psychiatrycznych, działającego w ramach BRPO, Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. W raportach z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur<sup>32</sup>, jako obszary wymagające natychmiastowej poprawy wymienia się m.in. uwzględnienie w wycenie szpitalnych świadczeń psychiatrycznych wszystkich kosztów, jakie ponoszą szpitale w związku z pobytem pacjentów (Narodowy Fundusz Zdrowia pomija w założeniach finansowych fakt, że poza leczeniem psychiatrycznym, szpital musi zapewnić często kosztowniejsze leczenie somatyczne, medykamenty, a także transport na potrzebne konsultacje).

- **Należy zagwarantować prawo do świadczeń dla bezdomnych i innych osób nieuzyskujących dochodu.** Choć obecnie funkcjonujący system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stwarza formalne możliwości objęcia tym ubezpieczeniem (i tym samym uzyskania prawa do świadczeń) znacznej części bezdomnych i innych osób nieuzyskujących dochodu, to jednak nie daje gwarancji uzyskania świadczeń. Uzyskanie formalnego prawa do świadczeń poprzedzone jest precyzyjną, rygorystyczną i skomplikowaną procedurą, niedostosowaną do istoty bezdomności i sytuacji osób bezdomnych. Problemy pojawiają się już przy objęciu obowiązkiem ubezpieczenia

---

<sup>28</sup> W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. poz. 1916, programowanie w ochronie zdrowia psychicznego stało się elementem szerszego Narodowego Programu Zdrowia.

<sup>29</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7016.62.2016.

<sup>30</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. poz. 1492, weszło w życie dopiero 17 września 2016 r., podczas gdy Program winien być realizowany już od 1 stycznia 2016 r.

<sup>31</sup> Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO., opubl. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-polsce-wyzwania-plany-bariery-dobre-praktyki-raport-rpo>.

<sup>32</sup> Wszystkie opracowania dostępne na <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raporty-rpo-z-dzialalnosci-w-polsce-krajowego-mechanizmu-prewencji>.

zdrowotnego lub potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, głównie w przypadku osób nieposiadających dokumentu tożsamości i niepoddających się obowiązującym procedurom. Szczególnie utrudnione jest postępowanie w przypadku tzw. osób nienazwanych, np. w sytuacji, gdy osoba hospitalizowana jest nieprzytomna i nie posiada dokumentów lub nagle opuściła szpital. Cieszę się, że z tak postawioną diagnozą<sup>33</sup> Pan Minister się zgodził<sup>34</sup>. Wierzę, że zostaną podjęte działania zmierzające do znalezienia odpowiednich środków, dzięki którym osoby bezdomne i inne nieuzyskujące dochodu zostaną wyposażone w realną możliwość uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w zgodzie z normami wyływającymi z art. 68 Konstytucji. Istniejący problem oczekuje bowiem na rozwiązanie już od wielu lat<sup>35</sup>.

**- Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnego wymagają korekt.** Skargi związane z zasadami podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu stanowią nieustający przedmiot skarg składanych do Rzecznika Praw Obywatelskich. Najczęściej poruszonym problemem jest kwestia zbiegu tytułów do ubezpieczenia zdrowotnego i związany z nim obowiązek „wielokrotnego” opłacania składki zdrowotnej od każdego tytułu. Nabiera to szczególnego znaczenia w przypadku emerytów i rencistów, którzy pragnęliby uzupełnić domowy budżet prowadzoną w niewielkiej skali działalnością pozarolniczą, ale z uwagi na konieczność opłacania składki zdrowotnej, działalność taka okazuje się nieopłacalna. Skłaniać to powinno do rozważenia, czy regulacji przewidujących możliwość zwolnienia z obowiązku opłacania składki zdrowotnej od działalności pozarolniczej nie należałoby rozszerzyć<sup>36</sup>. Wątpliwości wzbudzają również zasady zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonych<sup>37</sup>. Problemy pojawiają się w sytuacji, kiedy członkowie rodziny (zgłoszeni do ubezpieczenia) podejmują aktywność zarobkową, rodzącą obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Może to być przykładowo krótkotrwałe zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub incydentalna umowa zlecenia, a nawet pobieranie stypendium w okresie odbywania szkolenia lub stażu. Wówczas takie osoby tracą status „członka

---

<sup>33</sup> Wystąpienie z 15 marca 2016 r., nr sprawy w BRPO: V.7010.17.2016.

<sup>34</sup> Pismo z 3 sierpnia 2016 r., nr UZ-PR.073.4.2016.

<sup>35</sup> Problem uzależnienia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od sytuacji materialnej obywateli był przedmiotem wcześniejszych wystąpień Rzecznika: z 1 lutego 2010 r., nr sprawy w BRPO: RPO/630971/09 i z 4 października 2013 r., nr sprawy w BRPO: RPO/749843/13.

<sup>36</sup> Postulat przedstawiony w wystąpieniu z 2 stycznia 2008 r., nr sprawy w BRPO: RPO/575923/07.

<sup>37</sup> Wystąpienie z 6 kwietnia 2016 r., nr sprawy w BRPO: III.7060.305.2016.

rodziny osoby ubezpieczonej” na rzecz statusu „osoby ubezpieczonej”. Po zakończeniu aktywności zawodowej rodzącej tytuł do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych członek rodziny nie wraca automatycznie do systemu jako „członek rodziny osoby ubezpieczonej”, ponieważ konieczne jest uprzednie ponowne zgłoszenie do systemu. Zaniechanie tego obowiązku może skutkować negatywnymi konsekwencjami. Jeżeli osoba znajdująca się w takiej sytuacji nie jest dodatkowo świadoma tego, że nie ma prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a świadczenia zostaną jej udzielone w oparciu o złożone oświadczenie o prawie do świadczeń, to ryzykuje konieczność poniesienia kosztów ich udzielenia. Głośne przypadki kilkudziesięciotysięcznych „rachunków” wystawianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia mogą być konsekwencją funkcjonowania tych regulacji. Okoliczność, że należności te bywają następnie umarzone przez Fundusz<sup>38</sup>, nie stanowi rozwiązania istniejącego problemu – zarządzenie mu wymaga zmian systemowych.

**- Opieka zdrowotna osób zatrzymanych i osadzonych w zakładach karnych wymaga poprawy.** Przegrane Polski przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka<sup>39</sup>, a także liczne raporty<sup>40 41</sup> i przypadki indywidualne<sup>42</sup> wyraźnie wskazują, jak wiele jest do zrobienia w zakresie poprawy opieki zdrowotnej osób zatrzymanych i osadzonych. Zdaniem Rzecznika<sup>43</sup>, niezbędne jest przeprowadzenie – we współdziałaniu Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia – kompleksowej analizy funkcjonującego modelu i znalezienie optymalnych rozwiązań systemowych, które pozwolą na przezwycięzenie istniejących problemów. Tych jest bowiem wiele, by wymienić chociażby rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów<sup>44</sup>, niezawierające wykazu podmiotów leczniczych, znajdujących się poza systemem więziennictwa, które często jako jedyne są w stanie zapewnić adekwatną do stanu zdrowia

---

<sup>38</sup> Np. w jednej z badanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich spraw o nr w BRPO: V.7011.2.2016.

<sup>39</sup> Por. np. sprawy: Dzieciak v. Polska (skarga nr 77766/01), Musiał v. Polska (skarga nr 28300/06), Wenerski v. Polska (skarga nr 44369/02), Kaprykowski v. Polska (skarga nr 23052/05), D.G. v. Polska (skarga nr 45705/07), Grzywaczewski v. Polska (skarga nr 18364/06), czy Kupczak v. Polska (skarga nr 2627/09)

<sup>40</sup> Por. w szczególności Informację NIK o wynikach kontroli: Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności, nr ewid. 180/2012/p/12/122/kzd.

<sup>41</sup> Zob. przywołane już wyżej raporty RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji.

<sup>42</sup> Np. sprawa sparaliżowanego tymczasowo aresztowanego, nr w BRPO: II.517.3655.2014 i IX.517.411.2015.

<sup>43</sup> Nr sprawy w BRPO: IX.517.1323.2015.

<sup>44</sup> Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2015 r., Dz.U. poz. 918.



opiekę<sup>45</sup>. Wskazać też można podejmowaną przez Rzecznika Praw Obywatelskich kwestię obowiązkowych badań lekarskich osób zatrzymanych<sup>46</sup>. Zdaję sobie sprawę, że rozwiązanie problemów ochrony zdrowia osób zatrzymanych i osadzonych nie zależy wyłącznie od Pana Ministra i wymaga porozumienia z kierownikami innych resortów (Sprawiedliwości, Spraw Wewnętrznych i Administracji). Liczę jednak, że swoim autorytetem będzie Pan Minister w stanie przekonać ich do przeprowadzenia niezbędnych zmian, do których zaistnienia kierowane przeze mnie i moich poprzedników wystąpienia nie wystarczyły.

## **II. Polityka lekowa.**

Wejście w życie 1 stycznia 2012 r. ustawy refundacyjnej<sup>47</sup> doprowadziło do zasadniczej przebudowy zasad dostępu polskich pacjentów do leków w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawa ta od samego początku budziła wiele uwag zainteresowanych środowisk<sup>48</sup>. Część wprowadzonych przez nią zasad, tj. kwalifikowanie leków do refundacji na podstawie wskazań zarejestrowanych przez producentów poszczególnych preparatów handlowych, a nie na podstawie wskazań medycznych dla substancji czynnej, zawartej w tych preparatach, a także nałożone na lekarzy obowiązki w zakresie wystawiania recept stały się przedmiotem wystąpienia z 26 października 2012 r.<sup>49</sup>, skierowanego przez moją Poprzedniczkę do ówczesnego Ministra Zdrowia. Z kolei w wystąpieniu z 18 listopada 2014 r., Rzecznik Praw Obywatelskich, ponownie wskazując na liczne kierowane do niego skargi<sup>50</sup>, zapytywał ówczesnego Ministra Zdrowia o sprawozdanie z wykonania ustawy refundacyjnej, które winno być przygotowane i przedstawione Sejmowi RP po dwóch latach od wejścia w życie ustawy<sup>51</sup>. Ostatecznie dopiero Panu Ministrowi udało się skierować do Sejmu RP sprawozdanie<sup>52</sup>.

---

<sup>45</sup> Wystąpienia z 27 sierpnia 2015 r., z 7 grudnia 2015 r. i z 20 grudnia 2016 r., nr sprawy w BRPO: II.517.3655.2014 i IX.517.411.2015.

<sup>46</sup> Nr sprawy w BRPO: KMP.570.24.2015.

<sup>47</sup> Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. z 2017 r. poz. 1844.

<sup>48</sup> Dość wskazać, że jeszcze przed jej wejściem w życie do Rzecznika Praw Obywatelskich skierowano prośbę o jej zaskarżenie do Trybunału Konstytucyjnego, nr sprawy w BRPO: RPO/690496/11.

<sup>49</sup> Nr sprawy w BRPO: RPO/697234/12.

<sup>50</sup> Skargi te obejmują szeroki wachlarz problemów poczynawszy od samej procedury wpisywania danego produktu na listy leków, środków spożywczych i wyrobów medycznych podlegających refundacji, skończywszy na utrudnieniach w dostępie pacjentów do poszczególnych produktów.

<sup>51</sup> Art. 84 ustawy refundacyjnej.

<sup>52</sup> W dniu 8 marca 2017 r., druk nr 1377.

Z aktualnych, istotnych problemów należy wskazać w szczególności na:

**- konieczność dochowywania standardów demokratycznego państwa prawnego przy publikacji obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazów leków refundowanych.**

Problem ten został przez Rzecznika Praw Obywatelskich podniesiony w wystąpieniach z 30 grudnia 2011 r., z 2 lutego 2012 r. oraz z 15 lipca i 6 listopada 2014 r.<sup>53</sup>. Przyjętą przez Ministerstwo Zdrowia praktyką jest publikowanie obwieszczeń na zaledwie kilka dni przed datą ich obowiązywania<sup>54</sup>. Taki stan rzeczy, naruszający zasady wynikające z ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych<sup>55</sup> (zakładających przynajmniej 14-dniowy okres *vacatio legis*), powoduje niepewność u adresatów regulacji zawartych w obwieszczanych wykazach. Dotyczy to zarówno pacjentów, jak też farmaceutów.

**- Zaprzestanie zawierania treści normatywnych w obwieszczeniach w sprawie wykazów leków refundowanych.** Obwieszczenie nie należy do katalogu powszechnie obowiązujących źródeł prawa. Mimo tego, w treści publikowanych obwieszczeń w sprawie wykazów leków refundowanych, w szczególności w opisach programów lekowych znaleźć można treści normatywne. Dotyczy to zwłaszcza regulacji dotyczących funkcjonowania tzw. zespołów koordynacyjnych, które – nie będąc instytucją przewidzianą w ustawie – faktycznie rozstrzygają o możliwości uczestniczenia przez pacjentów w programach lekowych. Przedmiotowa kwestia stanowiła najpierw przedmiot mojej korespondencji kierowanej do Pana Ministra<sup>56</sup>. Wobec nieprzedstawienia stanowiska w tej sprawie, zawarte w obwieszczeniach w sprawie wykazu leków refundowanych treści normatywne uczyniłem przedmiotem wniosku do Trybunału Konstytucyjnego<sup>57</sup>.

**- Zniwelowanie różnic pomiędzy datą wejścia w życie decyzji refundacyjnych a faktyczną dostępnością objętych nimi leków.** Kierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich skargi wskazywały na okoliczność, iż mimo wejścia w życie decyzji refundacyjnej (która to data stanowi jeden z obligatoryjnych elementów wykazu leków

---

<sup>53</sup> Nr sprawy w BPRO: RPO/691747/11 i V.7011.54.2014.

<sup>54</sup> Przykładowo najnowsze obwieszczenie opublikowano 25 października 2017 r. (z datą obowiązywania wykazu od 1 listopada 2017 r.), ale bywało i tak, że od opublikowania do obowiązywania wykazu zawartego w obwieszczeniu mijało ledwie 3 dni – vide obwieszczenie zawierające wykaz obowiązujący od 1 lipca 2017 r.

<sup>55</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 2000 r., Dz.U. z 2017 r. poz. 1523.

<sup>56</sup> Wystąpienia z 9 marca, 19 lipca i 29 września 2017 r., nr sprawy w BRPO: V.7013.55.2015.

<sup>57</sup> Z dnia 17 marca 2017 r., zarejestrowany w Trybunale Konstytucyjnym pod sygn. akt U 2/17.

refundowanych, publikowanych w drodze obwieszczenia), pacjenci mieli problemy z ich zakupem w ramach refundacji. Wynika to z opóźnień leżących po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia – we wprowadzaniu odpowiednich zarządzeń, umożliwiających wykonanie decyzji refundacyjnej. Dodatkowo pacjenci, którzy na własną rękę nabyli lek objęty już formalnie refundacją, nie mogli – z braku stosownych przepisów – ubiegać się o zwrot kosztów z tego tytułu. Problemowi temu poświęcone było wystąpienie Rzecznika z 9 października 2013 r.<sup>58</sup>.

**- Zapewnienie refundacji leków sprowadzanych w procedurze tzw. importu docelowego.** Import docelowy jest instytucją pozwalającą na uzyskanie przez polskich pacjentów dostępu do leków, które nie są dostępne w Polsce. Najczęściej dotyczy to leków na rzadkie choroby. W związku z tym, że producenci tych leków (z uwagi na małą liczbę chorych) często nie są zainteresowani wprowadzaniem ich na polski rynek i inicjowaniem procedury refundacyjnej, import docelowy jest dla pacjentów często jedyną możliwością uzyskania skutecznego leczenia. Problemem okazują się jednak koszty leków, gdyż Ministerstwo Zdrowia stoi konsekwentnie na stanowisku, że niedopuszczalna jest ich refundacja w trybie art. 39 ustawy refundacyjnej. Zawarta<sup>59</sup> w przywołanym już wyżej sprawozdaniu z wykonania ustawy refundacyjnej teza, jakoby sądy administracyjne aprobowaly to stanowisko, była już jednak w dacie składania sprawozdania nieaktualna. Liczne orzeczenia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie i Naczelnego Sądu Administracyjnego<sup>60</sup>, w tym wydane przy uczestnictwie Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>61</sup> jednoznacznie dowodzą, że pogląd Ministerstwa Zdrowia na wykładnię art. 39 ustawy refundacyjnej jest błędny. Mimo tego, Ministerstwo nie przełożyło nadal wskazanego orzecznictwa sądów administracyjnych na praktykę refundacji leków. Zaskarża też niekorzystne dla siebie wyroki pierwszoinstancyjne, odwlekając tym samym wydanie wobec pacjentów zgód na refundację leków w ramach importu docelowego.

### **III. Inne prawa pacjenta.**

---

<sup>58</sup> Nr sprawy w BRPO: RPO/703016/13.

<sup>59</sup> s. 84.

<sup>60</sup> Por. w szczególności wyrok NSA z 6 października 2016 r., sygn. akt II GSK 2765/16, wyroki NSA z 21 lutego 2017 r., sygn. akt II GSK 4717/16 i II GSK 4768/16, wyrok NSA z 9 czerwca 2017 r., sygn. akt II GSK 502/17.

<sup>61</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.51.2015.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>62</sup> i zawarte w niej regulacje stanowią fundament gwarancji bezpieczeństwa pacjentów. Praktyka jej stosowania wskazuje jednak na konieczność ciągłego doskonalenia katalogu praw pacjentów. Choć to Rzecznik Praw Pacjenta jest organem właściwym do badania naruszeń praw pacjentów, Rzecznik Praw Obywatelskich w dalszym ciągu pozostaje adresatem licznych skarg osób, których uprawnienia zostały w ten, czy inny sposób naruszone. Badane przez Rzecznika sprawy indywidualne pozwoliły przy tym na sformułowanie szeregu uwag i postulatów odnośnie do obowiązującego w omawianym zakresie prawa, jak również praktyki jego stosowania:

**- występuje potrzeba podjęcia zdecydowanych działań na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji niektórych grup pacjentów.** W badanych sprawach indywidualnych, Rzecznik Praw Obywatelskich spotyka się z przypadkami dyskryminacji pacjentów w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na indywidualne cechy. Przykładem takiego zdarzenia była odmowa wstępu osobie niewidomej z psem przewodnikiem do placówki podmiotu leczniczego posiadającego zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę<sup>63</sup>. Z kolei przeprowadzone z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich badania społeczne<sup>64</sup> wskazują, że z istotnymi barierami w realizacji swoich praw spotykają się pacjenci nieheteroseksualni<sup>65</sup>. Następną zdefiniowaną grupą pacjentów, którzy doświadczają utrudnień w realizacji swoich praw, są pacjenci głusi i głuchoniemi. Z tego względu, Rzecznik Praw Obywatelskich postulował<sup>66</sup> poszerzenie katalogu podmiotów zobowiązanych do zapewnienia usługi tłumacza o m.in. podmioty lecznicze.

**- Szereg regulacji wymaga zmian w celu zapewnienia realizacji prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.** W wystąpieniach z 21 października 2013 r.<sup>67</sup> i 24 stycznia 2014 r.<sup>68</sup>, Rzecznik Praw Obywatelskich podnosił problem będący częstym

---

<sup>62</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.

<sup>63</sup> Nr sprawy w BPRO: XI.812.1.2015. Rzecznik Praw Obywatelskich wytoczył w tej sprawie powództwo na rzecz pacjenta o zadośćuczynienie za naruszenie jego praw.

<sup>64</sup> Por. opracowany na ich podstawie raport pt. „Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej. Analiza i zalecenia”, Warszawa 2014, dostępny w formie elektronicznej na [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN\\_RZECZNIKA\\_PRAW\\_OBYWATELSKICH\\_2014\\_nr\\_7.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_RZECZNIKA_PRAW_OBYWATELSKICH_2014_nr_7.pdf).

<sup>65</sup> Wnioski wypływające z przeprowadzonych badań zostały przedłożone Ministrowi Zdrowia, Rzecznikowi Praw Pacjenta, Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezesowi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w wystąpieniach z 24 marca 2016 r., nr sprawy w BPRO: XI.411.2.2016.

<sup>66</sup> Wystąpienie z 4 grudnia 2015 r., nr sprawy w BPRO: XI.501.1.2015.

<sup>67</sup> Nr sprawy w BRPO: RPO/749972/13.

przedmiotem kierowanych do niego skarg, tj. kwestię braku prawnej możliwości wspólnego wyjazdu małżonków (jako osób bliskich) na leczenie uzdrowiskowe. Aktualnym zagadnieniem pozostaje również brak faktycznej możliwości wspólnego przebywania małżonków w jednym oddziale zakładu opiekuńczo-leczniczego, do którego oboje zostali skierowani<sup>69</sup>. Niezałatwioną kwestią jest także brak jednolitych standardów zapewnienia dzieciom tzw. opieki pielęgnacyjnej w szpitalach<sup>70</sup>, czyli możliwości przebywania rodzica (opiekuna) małoletniego pacjenta z podopiecznym w szpitalu. W skierowany 10 stycznia 2017 r. wystąpieniu, Rzecznik wskazywał, że obecnie obowiązujące regulacje dopuszczają dużą dowolność w realizowaniu prawa pacjenta do opieki pielęgnacyjnej, w związku z czym, należy to zagadnienie szczegółowo uregulować w przepisach powszechnie obowiązującego prawa.

**- Konieczne jest doprowadzenie do pełnej realizacji prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na zabieg.** Kwestia realizacji prawa do świadomej zgody znajduje się w stałym zainteresowaniu analiz Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>71</sup>. W związku z badanymi przez Rzecznika Praw Obywatelskich sprawami indywidualnymi, problem z pełną realizacją tego prawa uwidacznia się w przypadku kobiet ciężarnych i rodzących<sup>72</sup>. Występującą praktyką pozostaje odbieranie od pacjentek tzw. „zgód blankietowych” na kilka kolejnych zabiegów, bez wcześniejszego poinformowania pacjentki o potrzebie ich przeprowadzenia i typowych skutkach. Wątpliwości budzi także praktyka uzyskiwania zgód w trakcie akcji porodowej, której przebieg w sposób naturalny utrudnia, jeżeli nie uniemożliwia, wyrażenie świadomej zgody<sup>73</sup>.

**- Realizacja prawa pacjenta do łagodzenia bólu wymaga monitoringu.** Niezwykle pozytywnie oceniam dokonane w bieżącym roku zmiany w ustawie o prawach pacjenta i

---

<sup>68</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7011.15.2014.

<sup>69</sup> Wystąpienie z 23 grudnia 2016 r., nr sprawy w BRPO: V.7010.74.2016.

<sup>70</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.87.2016.

<sup>71</sup> Por. wydane przez RPO monografie: „Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz-pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce.”, Warszawa 2014 oraz „Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka”, Warszawa 2016. Kwestii świadomej zgody będzie również poświęcony jeden z paneli podczas odbywającego się w dniach 8-9 grudnia 2017 r. I Kongresu Praw Obywatelskich.

<sup>72</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.60.2016.

<sup>73</sup> Nadmienić należy, że zdarzają się praktyki polegające również na przedkładaniu w opisanych warunkach pacjentce formularzy umów cywilnoprawnych o dodatkowe świadczenia. Rzecznik przystąpił do postępowania sądowego w jednej z takich spraw – nr w BRPO: V.7010.6.2016.

Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>74</sup>, polegające na dodaniu art. 20a, przewidującego *explicite* prawo pacjenta do łagodzenia bólu nie tylko w fazie terminalnej choroby. Jeszcze przed wprowadzeniem tej regulacji, Rzecznik Praw Obywatelskich przekazał w wystąpieniu z 20 kwietnia 2016 r.<sup>75</sup> uwagi stanowiące efekt analizy przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Polskim Towarzystwem Badania Bólu badań nad jakością leczenia bólu w polskich szpitalach. To, co wymaga zdecydowanej poprawy, to kwestia monitoringu natężenia bólu, której – zgodnie z wynikami wspomnianych badań – nie prowadzi co szósty szpital. W kontekście obecnie obowiązującego art. 20a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zapewnienie efektywnego monitoringu leczenia bólu nabiera dodatkowego znaczenia.

**- Niezbędne jest uregulowanie dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta z należyтым wyważeniem praw pacjenta i jego najbliższych.** Kwestia dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta stanowi przedmiot zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich od wielu lat. Powodem podejmowanych w tej sprawie działań<sup>76</sup> było pominięcie praw osób bliskich pacjentowi w sytuacji, gdy pacjent nie zdążył przed śmiercią upoważnić nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej w konkretnym podmiocie leczniczym. Problem ten udało się częściowo rozwiązać dzięki orzecznictwu sądów administracyjnych, które przyjęły<sup>77</sup>, że podstawą udostępnienia dokumentacji medycznej nie musi być upoważnienie udzielone w tym podmiocie, którego dokumentacja ma podlegać udostępnieniu (można ubiegać się o dostęp na podstawie upoważnienia udzielonego w innym podmiocie – o ile pozwala na to treść tego upoważnienia). Z kolei rozwiązania wprowadzone ustawą o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>78</sup>, przewidujące znaczne ograniczenie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta ocenić należy jako zbyt daleko idące<sup>79</sup>. Nadal zatem

---

<sup>74</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 836.

<sup>75</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.66.2015.

<sup>76</sup> Wystąpienia z 5 listopada 2009 r., z 12 stycznia 2011 r. i z 24 października 2011 r., nr sprawy w BRPO: RPO/632759/09.

<sup>77</sup> Por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 września 2013 r. w sprawie o sygn. akt II OSK 1539/13 zainicjowanej skargą Rzecznika Praw Obywatelskich, nr sprawy w BRPO: RPO/709837/12 i V.7013.10.2014.

<sup>78</sup> Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r., Dz.U. poz. 1070.

<sup>79</sup> Wystąpienie z 7 sierpnia 2017 r., nr sprawy w BRPO: VII.7013.2.2016.

oczekiwane jest kompleksowe rozwiązanie uregulowanie tego zagadnienia, czego próby są podejmowane<sup>80</sup>. Wierzę, że kierowany przez Pana Ministra resort weźmie w tych pracach aktywny udział.

- **Orzekanie o zdarzeniach medycznych wymaga zmian.** Rzecznik Praw Obywatelskich z dużą nadzieją oczekiwał na wdrożenie pozasądowego mechanizmu dochodzenia przez pacjentów roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Dotychczasowe funkcjonowanie utworzonych w 2012 r.<sup>81</sup> wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych wskazuje jednak, że obowiązujące regulacje wymagają korekty. W szczególności dotyczy to wprowadzenia możliwości, by komisje brały udział także w określaniu wysokości przyznawanego z tytułu zdarzenia medycznego odszkodowania (obecnie jedynie stwierdzają jego zaistnienie)<sup>82</sup>.

#### **IV. Osoby wykonujące zawody medyczne.**

Odbywające się regularnie akcje protestacyjne przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych wyraźnie wskazują, że nieodzownym elementem poprawy systemu ochrony zdrowia powinny być zmiany w zakresie wykonywania zawodów medycznych i okołomedycznych. Podkreślić przy tym należy, że postulaty protestujących nie ograniczają się do żądań ekonomicznych (poprawa warunków wynagradzania), ale obejmują również zmiany systemowe w ochronie zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że istotnym problemem ochrony zdrowia w Polsce jest niedobór personelu medycznego (w szczególności lekarzy i pielęgniarek)<sup>83</sup>, a także warunki pracy personelu. Kwestie te rzutują zarówno na bezpieczeństwo pacjentów, jak również samych osób wykonujących zawody medyczne, czego dowodzą znane powszechnie przypadki zgonów w trakcie lub bezpośrednio po wielogodzinnych dyżurach<sup>84</sup>. Warto w tym kontekście przypomnieć najistotniejsze wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich zawierające spostrzeżenia i postulaty dotyczące zasad wykonywania zawodów medycznych.

---

<sup>80</sup> Por. przygotowywany przez Komisję do spraw Petycji Sejmu RP projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – rozpatrywany na posiedzeniu Komisji w dniu 25 października 2017 r.

<sup>81</sup> Na mocy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. nr 113 poz. 660.

<sup>82</sup> Pismo z 8 września 2015 r., nr sprawy w BRPO: V.7015.22.2014.

<sup>83</sup> Nr sprawy w BRPO: RPO/527434/06.

<sup>84</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich analizował indywidualny przypadek w sprawie pod nr BRPO: V.7014.29.2016.

- **Konieczność zwiększenia liczby lekarzy „newralgicznych” specjalności.** Rzecznik w swoich bieżących pracach zetknął się w szczególności z problemem braku anestezyjologów. Brak kadry lekarskiej został bowiem zdefiniowany jako główna przyczyna nierówności w dostępie do świadczenia znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodzie<sup>85</sup>. Kolejnym zdefiniowanym polem do poprawy była natomiast kwestia niedostatecznej liczby lekarzy geriatrów. Rzecznik zwrócił uwagę, że dotychczas przeprowadzane projekty<sup>86</sup> zmierzające do zapewnienia istniejącej luki nie przyniosły spodziewanych rezultatów. Niedostateczna liczba geriatrów stanowi znaczące wyzwanie w kontekście konieczności zapewnienia opieki zdrowotnej starzejącego się społeczeństwa<sup>87</sup>.

- **Poprawienie dostępu do specjalizacji.** Mimo niedoboru wyspecjalizowanej kadry lekarskiej, na kanwie badanych spraw indywidualnych, występują problemy z dostępem do specjalizacji lekarskiej. Występowały przypadki faktycznych utrudnień w odbywaniu specjalizacji (wprowadzanie bez podstawy prawnej obowiązku dołączania do „dzienników specjalizacji” – wykonanych asyst i wykonanych samodzielnie operacji, kserokopii tych zabiegów z ksiąg operacyjnych lub systemów komputerowych<sup>88</sup>). Instytucjonalnym problemem jest z kolei brak podstaw prawnych do zobowiązania podmiotu, który spełnia określone warunki i uzyskał akredytację do szkolenia specjalizacyjnego oraz posiada wolne miejsca szkoleniowe, do przyjęcia lekarza skierowanego do odbywania specjalizacji<sup>89</sup>.

- **Zapewnienie przestrzegania norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego.** Problem niedostatecznej obsady pielęgniarskiej jest problemem aktualnym od wielu lat<sup>90</sup>. Choć zostały prawnie określone normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych<sup>91</sup>, to obowiązują one wyłącznie te podmioty lecznicze, które nie są przedsiębiorcami. W tych ostatnich, swobodę określania norm zatrudnienia pozostawiono kierownikom podmiotów. Niezależnie od tego, do Rzecznika Praw Obywatelskich docierają sygnały o nieprzestrzeganiu norm w

---

<sup>85</sup> Nr sprawy w BPRO: V.7010.70.2016.

<sup>86</sup> „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, nr sprawy w BRPO: V.7014.36.2014.

<sup>87</sup> Por. wystąpienie z 24 marca 2016 r., nr sprawy w BRPO: V.7010.19.2016.

<sup>88</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7013.58.2014.

<sup>89</sup> Wystąpienie z 25 kwietnia 2016 r., nr sprawy w BRPO: V.7014.10.2016.

<sup>90</sup> Pierwsze wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie zostało skierowane 5 listopada 2002 r., nr sprawy w BRPO: RPO/419725/02. Kolejne, z 22 kwietnia 2015 r., nr sprawy w BRPO: V.7010.47.2015.

<sup>91</sup> Aktualnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz.U. poz. 1545.



wielu podmiotach leczniczych. Tymczasem, zapewnienie minimalnego poziomu zatrudnienia w podmiocie leczniczym stanowi z punktu widzenia pacjenta formalną gwarancję standardu opieki pielęgniarskiej i położniczej.

**- Aktywne przeciwdziałanie odchodzeniu pielęgniarek i położnych z zawodu.**

Narastającym problemem jest zmniejszająca się liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Stale zwiększa się również średnia wieku tych spośród pielęgniarek i położnych, które pozostały w zawodzie. Pojawiają się również doniesienia, że problem może się pogłębiać po obniżeniu wieku emerytalnego<sup>92</sup>. Zasadniczym jego źródłem są przy tym niskie wynagrodzenia, powodujące z jednej strony odpływ wykwalifikowanej kadry za granicę, a z drugiej, niepodejmowanie zawodu po ukończeniu edukacji. Potrzebę pilnego i skutecznego rozwiązania tego problemu, Rzecznik sygnalizował w wystąpieniach z 22 kwietnia 2015 r.<sup>93</sup>, z 10 czerwca 2016 r.<sup>94</sup> i z 12 maja 2017 r.<sup>95</sup>.

**- Ułatwienie dostępu lekarzy z zagranicy do udzielania świadczeń na terytorium RP.**

Ten, sformułowany po raz pierwszy w wystąpieniu z 24 marca 2016 r.<sup>96</sup> postulat, także był efektem badania indywidualnych spraw lekarzy wykształconych w krajach b. ZSRR, którzy ubiegali się o możliwość wykonywania zawodu lekarza w Polsce, do czego niezbędne było przeprowadzenie procedury nostryfikacji dyplomu. W świetle niepokojących danych<sup>97</sup> o niskim wskaźniku zabezpieczenia potrzeb polskich pacjentów w usługi lekarzy, w pełni zasadne jest wprowadzenie ułatwień dla lekarzy z zagranicy, choćby w znanej w Niemczech formie ograniczonego (do miejsca, stanowiska i warunków pracy) prawa wykonywania zawodu.

**- Określenie norm czasu pracy lekarzy<sup>98</sup>.**

Obecnie zauważalny jest wyraźnie brak prawnych mechanizmów regulujących maksymalny czas pracy personelu medycznego. Pojawiające się regularnie doniesienia medialne o przypadkach zgonów lekarzy w miejscu pracy pokazują, że nadmierne obciążenie pracą i stałe przekraczanie norm czasu pracy negatywnie wpływa na stan zdrowia aktywnych zawodowo lekarzy i bezpieczeństwo

---

<sup>92</sup> Por. „Białe czepki od czarnej roboty”, tygodnik Polityka, nr 41 (3131) z 11 października 2017 r.

<sup>93</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7010.47.2015.

<sup>94</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7014.22.2016.

<sup>95</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7014.13.2017.

<sup>96</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7014.15.2016, ponownie wystąpiłem w tej sprawie pismem z 24 lutego 2017 r.

<sup>97</sup> Por. Health at a Glance 2015 OECD Indicators, z którego wynika, że średnia ilość lekarzy na 1000 mieszkańców wynosi w Polsce 2,2, podczas gdy średnia krajów OECD wyniosła 3,3.

<sup>98</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7014.29.2016, wystąpienia z 1 września 2016 r. i z 25 października 2017 r.

pacjentów. Wśród źródeł takiego stanu rzeczy wymienić należy w szczególności relatywnie niewysokie wynagrodzenia lekarzy (powodujące chęć podejmowania pracy w wielu miejscach) oraz niedobór specjalistów (powodujący, że kierownicy podmiotów leczniczych wykorzystują tzw. klauzulę opt-out, pozwalającą na zobowiązanie do pełnienia dyżuru w wymiarze przekraczającym dopuszczalne normy). Obowiązujące prawo dopuszcza przy tym łączenie zatrudnienia w podmiocie leczniczym w oparciu o umowę o pracę (które objęte jest normami ustawowymi<sup>99</sup>) z udzielaniem świadczeń w oparciu o umowy cywilnoprawne i indywidualną praktykę lekarską (w stosunku do których nie obowiązują ograniczenia czasu pracy). Względ na bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak też lekarzy udzielających świadczeń w warunkach przemęczenia przemawia za przyjęciem nieprzekraczalnej, tygodniowej normy czasu pracy lekarza w danym podmiocie leczniczym (bez względu na podstawę świadczenia pracy) oraz minimalnych okresów odpoczynku osób wykonujących zawody medyczne w więcej niż jednym podmiocie leczniczym.

Choć przedstawione w niniejszym piśmie zagadnienia stanowią jedynie wycinek prac Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia wierzę, że okażą się one przydatne Panu Ministrowi. Przedkładając je w oparciu o art. 16 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich<sup>100</sup> wyrażam nadzieję na ich uwzględnienie w pracach kierowanego przez Pana resortu. Pragnę podkreślić, że część zgłaszanych przez Rzecznika postulatów, jak likwidacja obowiązku zdania egzaminu z języka polskiego dla obywateli polskich, którzy ukończyli studia lekarskie albo lekarsko-dentystyczne w języku innym niż język polski<sup>101</sup>, obligatoryjne zapewnienie pełnomocnika osobie, względem której toczy się postępowanie o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez zgody<sup>102</sup>, czy ustawowe uregulowanie zasad stosowania monitoringu w szpitalach psychiatrycznych<sup>103</sup>, udało się zrealizować<sup>104</sup> lub są one bliskie realizacji<sup>105</sup>.

---

<sup>99</sup> Art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

<sup>100</sup> Z dnia 15 lipca 1987 r., Dz.U. z 2017 r. poz. 958.

<sup>101</sup> Nr sprawy w BRPO: V.7014.6.2016.

<sup>102</sup> Wystąpienia do kolejnych Ministrów Zdrowia były kierowane w tej sprawie od 2012 r., nr sprawy w BRPO: RPO/681257/11 i V.5150.1.2014.

<sup>103</sup> Nr sprawy w BRPO: KMP.574.8.2015.

Wierzę, że Panu Ministrowi uda się także doprowadzić do rozwiązania pozostałych problemów. Jedynie bowiem kompleksowe spojrzenie na obraz ochrony zdrowia, uwzględniające m.in. wyżej wskazane kwestie, może spowodować, że prawo do zdrowia będzie realizowane w pełniejszym niż dotychczas zakresie.

---

<sup>104</sup> Ustawa z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 2020 umożliwiająca – zamiast zdania egzaminu z języka polskiego – wylegitymowanie się jego znajomością w inny sposób.

<sup>105</sup> Skierowany do Sejmu RP 15 września 2017 r. projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i niektórych innych ustaw, druk nr 1847, obejmujący zmiany w procedurze umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym bez zgody oraz kwestie monitoringu w szpitalach psychiatrycznych.