



RZECZPOSPOLITA POLSKA
p.o. Rzecznika Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

SPRAWOZDANIE

dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r.

Obowiązek przedstawienia sprawozdania wynika
z art. 58 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta



Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

SPIS TREŚCI

Spis treści.....	1
Wstęp.....	2
I. INFORMACJE WPROWADZAJĄCE	4
1. Informacje ogólne	4
2. Realizowane formy kontaktu z Rzecznikiem	11
3. Realizacja wniosków kierowanych do Rzecznika	13
4. Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów ..	15
5. Postępowania w sprawach indywidualnych	15
6. Działania o charakterze systemowym.....	18
II. OCENA PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTA NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ 20	
1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.....	20
2. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej.....	34
3. Prawo pacjenta do informacji oraz prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	40
4. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności	44
5. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	46
6. Pozostałe prawa pacjenta określone w ustawie.....	47
III. PUBLIKACJE I KAMPANIE MEDIALNE, INICJATYWY EDUKACYJNE ORAZ WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI I SPOŁECZNYMI.....	49
IV. WSPARCIE PACJENTÓW W DOCHODZENIU ODSZKODOWAŃ I ZADOŚĆUCZYNIENÍ I ORZECZNICTWO SĄDÓW ADMINISTRACYJNYCH W SPRAWACH PRAW PACJENTA	57
1. Uczestnictwo w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta na prawach przysługujących prokuratorowi	57
2. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jako alternatywa w stosunku do sądów powszechnych	58
3. Orzecznictwo sądów administracyjnych w sprawach praw pacjenta	60
V. RZECZNICZY PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO JAKO ELEMENT SYSTEMU OCHRONY PRAW PACJENTA	62
1. Wprowadzenie.....	62
2. Działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	62
3. Ocena stopnia przestrzegania praw Pacjentów szpitali psychiatrycznych w kontekście analizy stwierdzonych naruszeń.....	64
Podsumowanie.....	72
Spis tabel	74
Spis wykresów.....	74
Spis rysunków	75

WSTĘP

Oddane w Państwa ręce sprawozdanie podsumowuje przestrzeganie praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w 2016 r.

Analogicznie do lat poprzednich ocenę przestrzegania praw pacjenta oparto o analizę stwierdzonych naruszeń praw pacjenta, uzupełnioną zidentyfikowanymi obszarami zagrożeń przestrzegania tychże praw i działaniami Rzecznika Praw Pacjenta podejmowanymi w tym zakresie.

Przed przedstawieniem niniejszej oceny chciałbym zwrócić Państwa uwagę również na pozytywne wnioski płynące z analizy zgłoszeń/sygnatów kierowanych przez Pacjentów. Za pozytywną zmianę w systemie ochrony zdrowia Pacjenci uważają między innymi wprowadzenie bezpłatnych leków dla Seniorów (tzw. Program 75+). Od dnia wejścia w życie „Pakietu onkologicznego” spada również systematycznie liczba sygnatów dotyczących dostępu do świadczeń onkologicznych (w szczególności diagnostycznych). Wreszcie 2016 r. był okresem wzmożonej dyskusji na temat reformy służby zdrowia. Minister Zdrowia podjął prace nad rządowymi projektami dotyczącymi między innymi nowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej czy też systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali). Nie ulega wątpliwości, że podejmowane zmiany w służbie zdrowia będą miały wpływ na stopień przestrzegania praw pacjentów.

Przechodząc do przedstawienia oceny przestrzegania praw pacjenta w 2016 r. należy uznać, że prawa te nie były przestrzegane w stopniu satysfakcjonującym. Dotyczy to głównie praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych i do dokumentacji medycznej, które już kolejny rok były naruszane najczęściej. W zakresie pierwszego z wymienionych praw należy zwrócić uwagę na niewystarczający dostęp do określonych świadczeń zdrowotnych (na co oczywiście wpływ ma szereg czynników). Jeśli zaś chodzi o prawo pacjenta do dokumentacji medycznej największe zastrzeżenia budziło sprzeczne z przepisami prawa postępowanie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Uchybienia w tym obszarze dotyczą najczęściej prowadzenia dokumentacji medycznej oraz jej udostępniania podmiotom uprawnionym.

Rok 2016 był także okresem wyjątkowej pracy Rzecznika Praw Pacjenta, jako organu właściwego w sprawach ochrony praw pacjenta. Do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło niemal 69 tys. różnego rodzaju zgłoszeń (sygnatów) - co świadczy dobitnie o rosnącej świadomości prawnej obywateli. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych oraz postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Jeśli chodzi o te drugie na uwagę zasługuje fakt, że w 2016 r. 13 decyzji Rzecznika Praw Pacjenta zostało zaskarżonych do sądów administracyjnych (ze wszystkich 51 wydanych w roku sprawozdawczym), lecz żadna nie została prawomocnie zakwestionowana przez sądy administracyjne, co świadczy o ich prawidłowości i legalności. Rzecznik Praw Pacjenta realizował również inne zadania ustawowe, których celem było bezpośrednie oddziaływanie na system służby zdrowia. Według Rzecznika Praw Pacjenta istotną rolę w dyskusji na temat ochrony praw pacjentów odgrywają organizacje pozarządowe działające na rzecz pacjentów, których głos w tej dyskusji powinien być słyszalny. W 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta współpracował z ww. organizacjami, między innymi został partnerem w projekcie „Obywatele dla Zdrowia”.

Zasygnalizowane powyżej zagadnienia stanowią jedynie ułamek złożonej problematyki ochrony praw pacjenta, którą w sposób przystępny dla każdego starano się przedstawić w niniejszym sprawozdaniu, do lektury którego serdecznie zapraszam.

*Z upoważnienia
Rzecznika Praw Pacjenta*

*Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
Grzegorz Błażewicz*

I. INFORMACJE WPROWADZAJĄCE

1. Informacje ogólne

Rzecznik Praw Pacjenta, zwany w dalszej części sprawozdania „Rzecznikiem”, jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw Pacjentów, który został ustanowiony ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, zwaną dalej „ustawą”. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej „Biurem”.

Tabela 1. Działalność Rzecznika w 2016 r.

KILKA FAKTÓW Z DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA W 2016 ROKU
▪ Budżet: 13 526 254 zł
▪ Pracownicy: 127 , w tym 42 Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ²
▪ Liczba spraw/sygnałów/zapytań, które wpłynęły do Rzecznika od obywateli: 68 832
▪ Liczba wystąpień Rzecznika (o charakterze systemowym) do właściwych organów i instytucji, zmierzających do poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w Polsce: 336
▪ Liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających: 1 360
▪ Liczba stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w sprawach indywidualnych: 552
▪ Liczba stwierdzonych naruszeń praw pacjenta, w przypadku których podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych niezwłocznie przyjęły do realizacji zalecenia i wnioski Rzecznika: 420 (tj. 83%)
▪ Liczba postępowań zakończonych w 2016 r., w których zbadano sprawę na miejscu: 66
▪ Liczba aktów prawnych zaopiniowanych przez Rzecznika: 93 ³
▪ Liczba wszczętych postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów: 73
▪ Liczba wydanych decyzji w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów: 51 (13 decyzji zostało zaskarżonych do sądów administracyjnych; żadna decyzja nie została prawomocnie zakwestionowana przez WSA i NSA) ⁴
▪ Liczba nowych spraw podjętych przez Rzecznika na prawach przysługujących prokuratorowi: 10

Tabela 2. Podstawowe informacje o zatrudnieniu w Biurze w 2016 r.

PODSTAWOWE INFORMACJE O ZATRUDNIENIU W BIURZE W 2016 ROKU
▪ Przeciętne zatrudnienie w Biurze: 120,56 etatów, w tym w korpusie służby cywilnej: 109,75 etatów ⁵
▪ Struktura zatrudnienia wg płci: kobiety 78%, mężczyźni 22% ⁶
▪ Zatrudnienie osób z niepełnosprawnością: 10,13%
▪ Wskaźnik fluktuacji zatrudnienia (odejść): 17%

¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.

² Wg stanu na dzień 31 grudnia 2016 r.

³ Liczba ta obejmuje wystąpienia Rzecznika do właściwych organów o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta, a także opiniowanie przez Rzecznika projektów aktów prawnych w toku ich procedowania.

⁴ Nie dotyczy decyzji w przedmiocie nałożenia kary pieniężnej, decyzji o odmowie wszczęcia postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz decyzji w postępowaniach nadzwyczajnych (np. w wyniku wniosku o stwierdzenie nieważności decyzji, wznowienie postępowania oraz uchylecia lub zmiany decyzji). Stan na dzień 31 grudnia 2016 r.

⁵ Wg metodologii sprawozdania Rb-70

⁶ Wg stanu na dzień 31 grudnia 2016 r.

Informacje ogólne o przestrzeganiu praw pacjenta w 2016 r.

Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 19 kwietnia 2016 r.⁷ przyjął następującą wykładnię: „Pierwszeństwo ma prawo podmiotowe pacjenta do ochrony zdrowia, zaliczane do praw podstawowych”, odnosząc ją wprost do konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia wynikającego z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, stawiając interesy Pacjentów na pierwszym miejscu. Tożsamy postrzeganie praw pacjentów od lat jest prezentowane przez Rzecznika, w doktrynie oraz coraz częściej także w orzecznictwie sądów, na które duży wpływ ma również działalność Rzecznika. Wreszcie same organy władzy publicznej, w tym ustawodawca, podejmują działania zmierzające do poprawy sytuacji polskiego Pacjenta - świadome niesatysfakcjonującego stanu przestrzegania praw pacjenta w Polsce.

Tabela 3. Przestrzeganie praw pacjenta w 2016 r.

<p><u>PRAWA PACJENTA NIEPRZESTRZEGANE W STOPNIU WYSOKIM⁸:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych▪ prawo pacjenta do dokumentacji medycznej	<p><u>PRAWA PACJENTA NIEPRZESTRZEGANE W STOPNIU ŚREDNIM⁹:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ prawo pacjenta do informacji▪ prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych▪ prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności
<p><u>PRAWA PACJENTA CO DO ZASADY PRZESTRZEGANE¹⁰:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych▪ prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie▪ prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	
<p><u>PRAWA PACJENTA PRZESTRZEGANE¹¹:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych▪ prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	

Podobnie jak w latach ubiegłych w 2016 r. prawami pacjenta nieprzestrzeganymi w stopniu wysokim, było prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz prawo pacjenta do dokumentacji medycznej. Jeśli zaś chodzi o dane dotyczące praw pacjenta nieprzestrzeganych w stopniu średnim oraz praw pacjenta co do zasady przestrzeganych, obserwujemy sytuację analogiczną jak w 2015 r. Za przestrzegane prawa pacjenta należy uznać prawa pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych oraz do opieki duszpasterskiej - Rzecznik nie stwierdził naruszeń tych praw w 2016 r.

⁷ II OSK 2361/15

⁸Powyżej 25% stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta w stosunku do wszystkich naruszeń praw pacjenta.

⁹Od 5 do 25% stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta w stosunku do wszystkich naruszeń praw pacjenta.

¹⁰Poniżej 5% stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta w stosunku do wszystkich naruszeń praw pacjenta.

¹¹W żadnym przypadku nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta.

Analiza SWOT systemu ochrony praw pacjentów

Tabela 4. Analiza SWOT

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none">• możliwość prowadzenia postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów - decyzja oddziałuje na ogół obecnych i potencjalnych Pacjentów korzystających z usług danego podmiotu leczniczego• ochrona praw pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych bezpośrednio na miejscu przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego• możliwość żądania wszczęcia postępowania lub udziału, na prawach przysługujących prokuratorowi, w toczącym się postępowaniu w sprawach cywilnych• element edukacyjno-informacyjny rozstrzygnięć Rzecznika w sprawach indywidualnych Pacjentów• możliwość podejmowania działań systemowych, jako reakcja na pojawiające się problemy• możliwość zbadania każdej sprawy na miejscu w ramach prowadzonego postępowania wyjaśniającego• dostęp Pacjentów do łatwo osiągalnego i niesformalizowanego narzędzia edukacji i wsparcia w dochodzeniu praw - ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii czynnej w dni powszednie w godz. 9.00-21.00• współpraca pomiędzy Rzecznikiem a przedstawicielami organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw Pacjentów - wspólna Platforma działań	<ul style="list-style-type: none">• niewystarczające uprawnienia Rzecznika w zakresie ochrony praw indywidualnych Pacjentów• trudność w określeniu mierników oceny skuteczności i efektywności działań Rzecznika• niewystarczający poziom współpracy z samorządem zawodowym lekarzy, organizacjami zawodowymi reprezentującymi interesy tej grupy zawodowej i podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych• niska atrakcyjność pracy w Biurze dla profesjonalistów z poszczególnych dziedzin - z powodu niskiej konkurencyjności płacowej• braki kadrowe wśród Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego - liczba Rzeczników w stosunku do ogólnej liczby podmiotów udzielających świadczeń psychiatrycznych• ograniczona możliwość osobistego kontaktu z Rzecznikiem dla osób spoza województwa mazowieckiego - siedziba Rzecznika znajduje się w Warszawie, brak oddziałów terenowych Biura

SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> współpraca i wymiana informacji oraz podejmowanie skoordynowanych działań odpowiednich organów i organizacji w przypadku problemów w systemie ochrony zdrowia wpływających na przestrzeganie praw pacjentów zaktywizowanie Pacjentów w zakresie dochodzenia swoich praw - w tym dzięki podnoszeniu się poziomu świadomości praw Pacjenta budowanie partnerskich relacji z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w celu tworzenia postaw pro-pacjenckich tworzenie i rozwój przyjaznego Pacjentom środowiska prawnego przez organy uczestniczące w rządowym procesie legislacyjnym tworzenie systemu monitorowania przestrzegania praw pacjentów wykorzystanie skutecznych mechanizmów ochrony praw pacjentów i doświadczeń innych krajów orzeczenia sądów administracyjnych oddalające skargi na decyzję Rzecznika 	<ul style="list-style-type: none"> brak zainteresowania innych organów i/lub organizacji współdziałaniem na rzecz ochrony praw pacjentów niechęć podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych do tworzenia i wprowadzania rozwiązań mających wpływ na przestrzeganie praw pacjentów niechęć części środowiska zawodów medycznych i organizacji reprezentujących interesy tej grupy do współtworzenia przyjaznego systemu opieki zdrowotnej we współpracy z Rzecznikiem niechęć organów uczestniczących w rządowym procesie legislacyjnym do wprowadzania proponowanych rozwiązań w zakresie wzmocnienia praw pacjentów mała aktywność Pacjentów w korzystaniu z możliwości dochodzenia swoich praw niejasny dla Pacjentów podział kompetencji poszczególnych organów i instytucji odpowiedzialnych za kształt i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Analiza wzajemnych powiązań czynników

Tabela 5. Analiza wzajemnych powiązań czynników

JAK DANA MOCNA STRONA POZWALA WYKORZYSTAĆ DANĄ SZANSĘ?	
1.	<p>Dostęp Pacjentów do ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii - która jest łatwo dostępnym i niesformalizowanym źródłem wiedzy o prawach pacjenta i przysługujących w określonej sytuacji środkach prawnych - pozwala wykorzystać szansę zaktywizowania Pacjentów w dochodzeniu swoich praw. Dzięki uzyskanym informacjom i poradom pacjenci mogą samodzielnie podejmować działania służące dochodzeniu swoich praw i pozytywnie załatwić zgłaszaną sprawę lub problem bezpośrednio w placówkach.</p>
2.	<p>Działanie i ochrona praw pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych bezpośrednio na miejscu przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pozwala wykorzystać szansę tworzenia postaw pro-pacjenckich wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego mogą na bieżąco reagować na dopiero pojawiające się problemy poprzez informowanie kierowników i/lub pracowników danej placówki o prawach osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny i praktycznych aspektach ich realizacji.</p>
3.	<p>Możliwość podejmowania działań systemowych, jako reakcja na pojawiające się problemy, i udziału Rzecznika w procesie tworzenia prawa pozwala wykorzystać szansę tworzenia przez organy uczestniczące w rządowym procesie legislacyjnym przyjaznego Pacjentom środowiska prawnego i jego rozwoju.</p>

4. Platforma współpracy¹² Rzecznika Praw Pacjenta z przedstawicielami organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw pacjentów i reprezentujących interesy Pacjentów intensyfikuje podejmowanie wspólnych inicjatyw Rzecznika z organizacjami pozarządowymi i społecznymi na rzecz pacjentów i wzmocnienia przestrzegania ich praw.
5. Element edukacyjno-informacyjny rozstrzygnięć Rzecznika w sprawach indywidualnych Pacjentów - w wystąpieniach kierowanym do podmiotów, w których działalności Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta, zawiera informacje o obowiązujących przepisach prawa, ich stosowaniu i wyjaśnienie, w jaki sposób i dlaczego podmiot naruszył prawa pacjenta. W wystąpieniu zawarte są też opinie lub wnioski co do sposobu załatwienia sprawy. Taka forma rozstrzygnięcia pozwala wykorzystać szansę na budowanie partnerskich relacji z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych celem tworzenia postaw pro-pacjenckich - informowanie, wyjaśnianie i rekomendowanie rozwiązań, a nie karanie.

JAK DANA MOCNA STRONA POZWAŁA ZNIWELOWAĆ DANE ZAGROŻENIE?

1. Dostęp pacjentów do łatwo osiągalnego i niesformalizowanego narzędzia edukacji i wsparcia w dochodzeniu praw - ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii, pozwala zniwelować zagrożenie małej aktywności pacjentów w korzystaniu z możliwości dochodzenia swoich praw. Za pośrednictwem infolinii pacjenci uzyskują informacje i możliwość poszerzenia wiedzy o przysługujących im prawach oraz możliwościach działania w sytuacji ich naruszenia - co zachęca do podejmowania działań w przypadkach niewłaściwej realizacji praw pacjenta osoby, której brak reakcji wynika z nieznamośności przysługujących praw i/lub braku wiedzy o możliwościach działania.
2. Dostęp pacjentów do łatwo osiągalnego i niesformalizowanego narzędzia edukacji i wsparcia w dochodzeniu praw - ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii, pozwala zniwelować brak wiedzy pacjentów na temat podziału kompetencji poszczególnych organów i instytucji odpowiedzialnych za kształt i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Dyżurujący na infolinii pracownicy przekazują informacje nie tylko na temat przysługujących pacjentom praw, ale także zasad funkcjonowania polskiego systemu służby zdrowia.
3. Możliwość podejmowania działań systemowych, jako reakcja na pojawiające się problemy, i udziału Rzecznika w procesie tworzenia prawa chroniącego pacjentów i wpierającego przestrzeganie ich praw pozwala niwelować ewentualną niechęć organów uczestniczących w rządowym procesie legislacyjnym do wprowadzania proponowanych rozwiązań w zakresie wzmocnienia praw pacjentów.
4. Deklaracja współpracy pomiędzy Rzecznikiem Praw Pacjenta a przedstawicielami organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw pacjentów pozwala minimalizować zagrożenie braku zainteresowania organizacji współdziałaniem na rzecz ochrony praw pacjentów. Deklaracja, w formie dokumentu, zawiera wzajemne zobowiązania Stron, w tym wzajemne przekazywanie informacji oraz włączanie przedstawicieli organizacji pozarządowych i społecznych do wypracowywania rozwiązań konkretnych problemów pacjentów.

¹² M.in. Deklaracja Współpracy pomiędzy Rzecznikiem a przedstawicielami organizacji pozarządowych; cykliczne spotkania Rzecznika z przedstawicielami organizacji pozarządowych i społecznych, działających w obszarze ochrony praw pacjenta w Polsce; działanie dedykowanej organizacjom pozarządowym platformy wymiany informacji na stronie internetowej Rzecznika www.bpp.gov.pl

JAK DANA SŁABA STRONA OGRANICZA MOŻLIWOŚĆ WYKORZYSTANIA DANEJ SZANSY?

1. Niewystarczający poziom współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych reprezentującymi interesy tej grupy i podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych ogranicza współpracę i wymianę informacji oraz podejmowanie wspólnych skoordynowanych działań wpływających na przestrzeganie praw pacjentów.
2. Trudność w określeniu mierników oceny skuteczności i efektywności działań Rzecznika Praw Pacjenta ogranicza możliwość tworzenia systemu monitorowania przestrzegania praw pacjentów.
3. Ograniczona możliwość osobistego kontaktu z Rzecznikiem dla osób spoza województwa mazowieckiego może wpływać na poziom aktywizacji pacjentów - mieszkańców województw innych niż mazowieckie - w dochodzeniu swoich praw poprzez mniejszą dostępność do osobistej rozmowy z Rzecznikiem lub pracownikami Biura.

JAK DANA SŁABA STRONA POTĘGUJE RYZYKO ZWIĄZANE Z DANYM ZAGROŻENIEM?

1. Poziom współpracy w działaniach z innymi organami administracji publicznej potęguje ryzyko niechęci organów uczestniczących w rządowym procesie legislacyjnym do wprowadzania proponowanych rozwiązań w zakresie wzmocnienia praw pacjentów.
2. Niewystarczające uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie ochrony praw indywidualnych pacjentów potęguje ryzyko niechęci podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych do tworzenia i wprowadzania rozwiązań mających wpływ na przestrzeganie praw pacjentów. W przypadku nieuwzględnienia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w działalności którego Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta, opinii lub wniosków co do sposobu załatwiania spraw, Rzecznik może zwrócić się jedynie do właściwych organów nadrzędnych z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa, co wyczerpuje prawne możliwości działania Rzecznika w sprawie.
3. Poziom współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych, organizacjami zawodowymi reprezentującymi interesy tej grupy zawodowej i podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych potęguje ryzyko niechęci samorządów zawodowych i organizacji pracodawców ochrony zdrowia do współtworzenia systemu opieki zdrowotnej, w którym respektowane są prawa pacjentów.
4. Ograniczona możliwość osobistego kontaktu z Rzecznikiem dla osób spoza województwa mazowieckiego może potęgować ryzyko małej aktywności pacjentów - mieszkańców województw innych niż mazowieckie - w korzystaniu z możliwości dochodzenia swoich praw.

JAK DANA SZANSA WZMACNIA MOCNĄ STRONĘ?

1. Orzeczenia sądów administracyjnych oddalające skargi na decyzję Rzecznika Praw Pacjenta wzmocniają skuteczność wykorzystania przez Rzecznika narzędzia, jakim jest prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w przypadku których decyzja oddziałuje na ogół, obecnych i potencjalnych pacjentów korzystających z usług danego podmiotu leczniczego.

JAK DANA SZANSA POZWALA ZNIWELOWAĆ SŁABĄ STRONĘ?

1. Wymiana informacji pomiędzy organami i organizacjami pozwoliłaby niwelować trudności w określeniu mierników oceny skuteczności i efektywności działań Rzecznika Praw Pacjenta.

Wnioski z analizy SWOT

W 2016 r. mocne strony systemu ochrony praw pacjentów nieznacznie przeważały nad stronami słabymi.

Najistotniejszą cechą tego systemu, wynikającą z analizy mocnych stron, jest różnorodność form działania, służących ochronie praw pacjentów - od postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów po ochronę praw indywidualnych pacjentów, w tym przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego bezpośrednio w szpitalach psychiatrycznych, możliwość zbadania każdej sprawy na miejscu czy podejmowanie działań systemowych.

Wspomniana możliwość zbadania każdej sprawy na miejscu w ramach prowadzonego postępowania wyjaśniającego jest ważnym narzędziem Rzecznika, gdyż pozwala obiektywnie zweryfikować zasadność skarg pacjentów - np. w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie czy prawa do intymności i godności oraz do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. O skuteczności tego uprawnienia świadczy fakt, że w 2016 r. w 70% postępowań, w których zbadano sprawę na miejscu, stwierdzono naruszenie praw pacjenta.

Utrzymująca się na stałe wysokim poziomie - blisko 50 tys. - liczba zgłoszeń/zapytań kierowanych do Biura telefonicznie, za pośrednictwem infolinii Rzecznika, potwierdza, że ta łatwo osiągalna i niesformalizowana forma kontaktu, edukacji i wsparcia w dochodzeniu praw wciąż jest znaczącą, mocną stroną systemu ochrony praw pacjentów.

Mocną stroną systemu jest też element edukacyjno-informacyjny rozstrzygnięć Rzecznika w sprawach indywidualnych. Wystąpienia kierowane do podmiotów, w których działalności Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta, zawierają informacje o obowiązujących przepisach prawa i ich właściwym stosowaniu oraz wskazanie, w jaki sposób i dlaczego podmiot naruszył prawa pacjenta, a także opinie lub wnioski co do sposobu załatwienia sprawy.

Wśród słabych stron szczególnie istotne są te, które potęgują ryzyko związane z danym zagrożeniem albo ograniczają możliwość wykorzystania danej szansy rozwoju systemu ochrony praw pacjentów. Wśród takich słabych stron, stanowiących obszary, które wymagają podjęcia działań, należy przede wszystkim wskazać:

- 1) dotychczasowy poziom współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych, organizacjami zawodowymi reprezentującymi interesy tej grupy zawodowej i podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;
- 2) ograniczoną możliwość osobistego kontaktu z Rzecznikiem dla osób spoza województwa mazowieckiego.

W związku z ww. zidentyfikowanymi obszarami wymagającymi poprawy, planowane są następujące działania:

1. Podejmowanie działań ukierunkowanych na poprawę współpracy Rzecznika z samorządami zawodów medycznych, aby wspólnie tworzyć taki system opieki zdrowotnej, w którym prawa pacjentów są właściwie realizowane. Aby zacząć budować partnerskie relacje z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w 2016 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta rozpoczęło współpracę ze Związkiem Powiatów Polskich obejmującą wspólną organizację szkoleń dla pełnomocników ds. praw pacjenta pracujących w szpitalach,

kierowników i innych zainteresowanych pracowników szpitali na terenie całego kraju. Cele szkoleń to m.in. edukacja w zakresie praw pacjenta i ich praktycznego realizowania, ale również wypracowanie zasad efektywnej współpracy między Rzecznikiem a kierownikami i pracownikami szpitali. Realizacja szkoleń rozpoczęła się w styczniu 2017 r.

2. Podejmowanie działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do pacjentów spoza województwa mazowieckiego. Aby być bliżej pacjentów i umożliwić im osobisty kontakt z pracownikami - w miarę posiadanych możliwości kadrowych, organizacyjnych i finansowych - w 2016 r. Biuro zrealizowało szereg wyjazdów informacyjnych na terenie kraju. Podczas lokalnych wydarzeń pracownicy Biura m.in. udzielali porad, informowali o przysługujących pacjentom prawach i rozpowszechniali materiały informacyjne (ulotki, broszury). Dzięki tej inicjatywie pracownicy Biura odwiedzili miejscowości w 11 województwach. W 2016 r. kampanie informacyjno-edukacyjne Biura również dedykowane były mieszkańcom województw innych niż mazowieckie. II edycja kampanii internetowej pt. „Rzecznik Praw Pacjenta Przypomina” opublikowana została na stronach internetowych lokalnych mediów, portali internetowych, urzędów miast, gmin, powiatów.

2. Realizowane formy kontaktu z Rzecznikiem

W przypadku pytań lub wątpliwości co do przestrzegania praw pacjenta każdy może zgłosić sprawę do Rzecznika:

- pisemnie, również za pomocą środków komunikacji elektronicznej,
- podczas osobistej wizyty w siedzibie Biura (od poniedziałku do piątku w godz. od 8:15 do 16:15),
- kontaktując się z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego,
- za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii Rzecznika, działającej pod numerem 800 190 590 (od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 do 21:00).

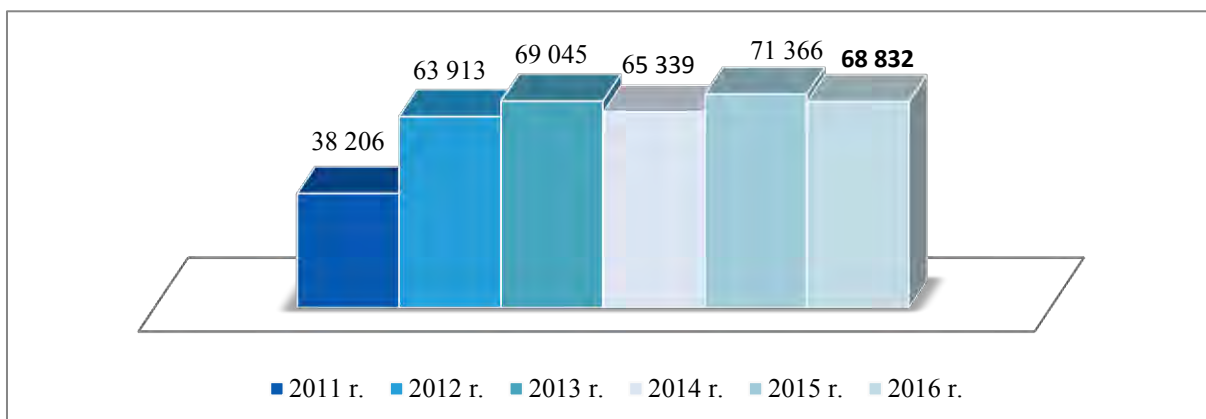
Infolinia umożliwia Pacjentowi szybki kontakt z pracownikiem Biura, który przyjmuje zgłoszenia i udziela wyczerpujących informacji o prawach pacjenta i przysługujących w danej sytuacji środkach prawnych. Ta forma kontaktu jest również narzędziem pozwalającym Rzecznikowi podjąć, w uzasadnionych przypadkach, pilną interwencję.

Pomimo wciąż podejmowanych starań, ok. 30% osób chcących uzyskać poradę za pośrednictwem infolinii w 2016 r. nie uzyskało połączenia z pracownikiem Biura. Powyższa liczba obrazuje, jak ważną i pożądaną formą kontaktu dla Pacjentów jest infolinia.

Istotnym elementem systemu ochrony praw pacjenta są Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wyżej wymienieni pracownicy Biura wykonują swoje zadania na terenie podmiotów leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną. Szczegółowe informacje z tego obszaru zostały zaprezentowane w rozdziale V sprawozdania.

Zgłoszenia kierowane do Rzecznika

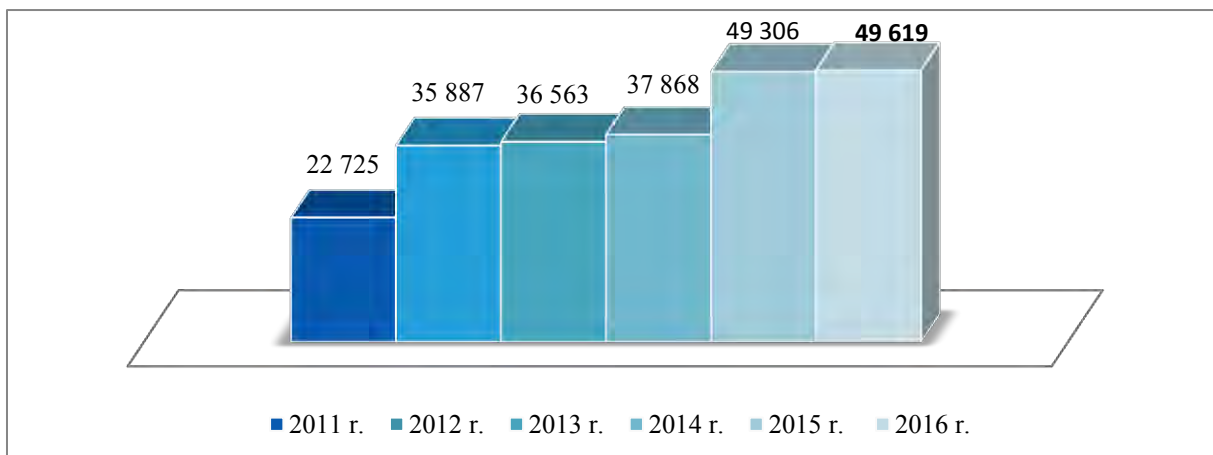
Wykres 1. Liczba wszystkich zgłoszeń (spraw, sygnałów) skierowanych do Rzecznika w latach 2011-2016



Mimo nieznacznego spadku liczby wszystkich zgłoszeń/spraw/zapytań skierowanych do Rzecznika w 2016 r. w porównaniu do roku ubiegłego, powyższy wykres wskazuje, że liczba ta na przestrzeni ostatnich lat kształtuje się na zbliżonym wysokim poziomie.

Infolinia

Wykres 2. Liczba zgłoszeń skierowanych za pośrednictwem infolinii w latach 2011-2016

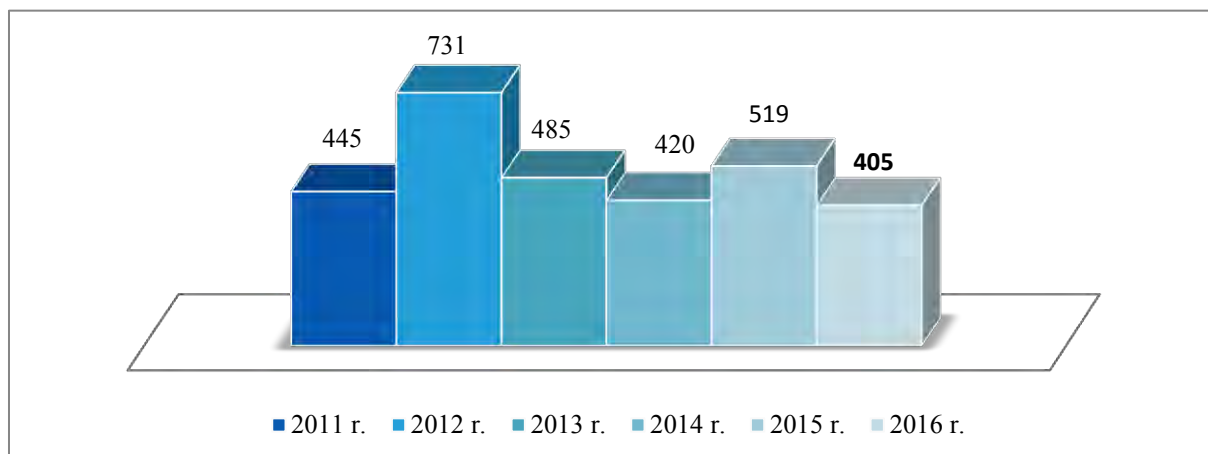


Możliwość łatwego kontaktu z Biurem za pośrednictwem infolinii spotyka się z bardzo dużym zainteresowaniem oraz aprobatą wśród obywateli. Niejednokrotnie wskazują oni, że w wyniku przekazanych przez pracowników Biura informacji załatwili pozytywnie zgłaszaną sprawę lub problem.

Szczegółowe dane dotyczące infolinii zostały zaprezentowane w rozdziale III niniejszego sprawozdania.

Wizyty osobiste w Biurze

Wykres 3. Liczba wizyt w Biurze w latach 2011-2016



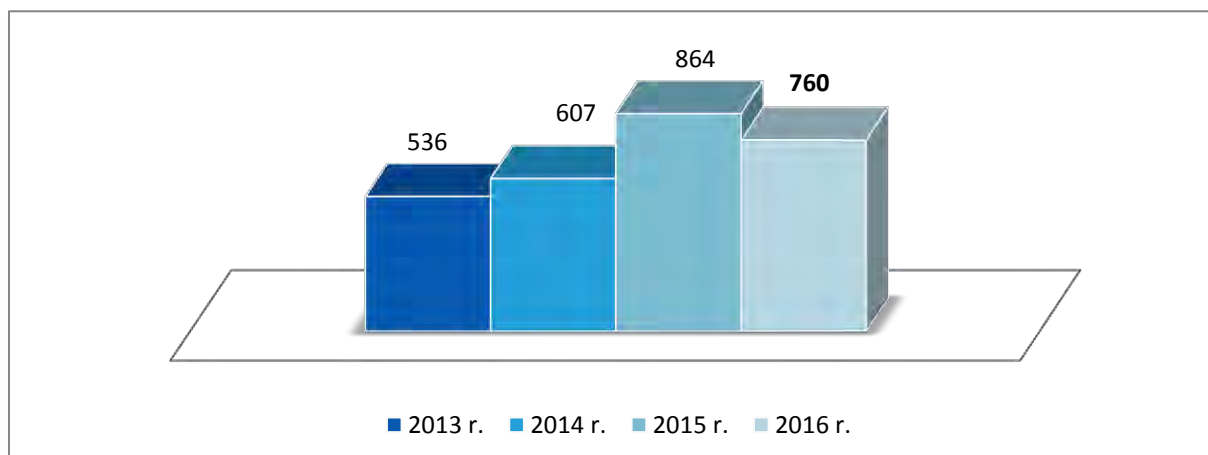
Jednym ze sposobów przedstawienia swojego problemu i zasięgnięcia informacji o prawach pacjenta jest osobista wizyta w siedzibie Biura. W 2016 r. z tej formy kontaktu obywatele skorzystali 405 razy. Jest ona najbardziej dostępna dla mieszkańców Warszawy i województwa mazowieckiego, którzy stanowią zdecydowaną większość odwiedzających.

W celu zapewnienia mieszkańcom pozostałych województw szerszego dostępu do Rzecznika powstała koncepcja powołania 30 Wojewódzkich Pełnomocników Rzecznika lub oddziałów terenowych Biura na terenie 15 województw (oprócz województwa mazowieckiego, na terenie którego znajduje się siedziba Biura). W koncepcji tej istotnym elementem jest możliwy udział wojewody, jako organu który mógłby np. udostępnić lokal z zasobów będących w jego posiadaniu. W kontekście tej inicjatywy należy zwrócić uwagę na niezaprzeczalne fakty wskazujące, że znaczna większość spraw kierowanych do Rzecznika pochodzi od mieszkańców województwa mazowieckiego. Aż 24% ze wszystkich stwierdzonych naruszeń praw pacjenta dotyczy właśnie ww. województwa, kiedy np. w odniesieniu do województw świętokrzyskiego, zachodniopomorskiego, podlaskiego czy też opolskiego są to odpowiednio - 1%, 4%, 2% oraz 2%.

3. Realizacja wniosków kierowanych do Rzecznika

W każdym przypadku uprawdopodobnienia naruszenia praw pacjenta, Rzecznik wszczynał postępowanie w celu wyjaśnienia zgłoszonej sprawy. W 2016 r. Rzecznik wszczął 760 postępowań wyjaśniających.

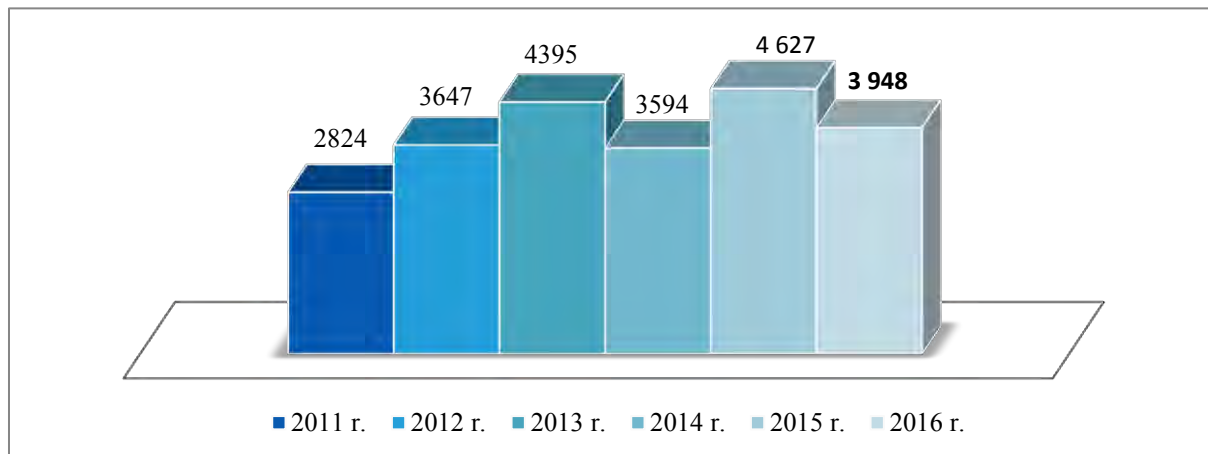
Wykres 4. Liczba postępowań wyjaśniające wszczętych w latach 2013-2016



W pozostałych sytuacjach, w szczególności kiedy sprawa pozostawała poza kompetencjami Rzecznika lub kiedy jej charakter tego wymagał, Rzecznik:

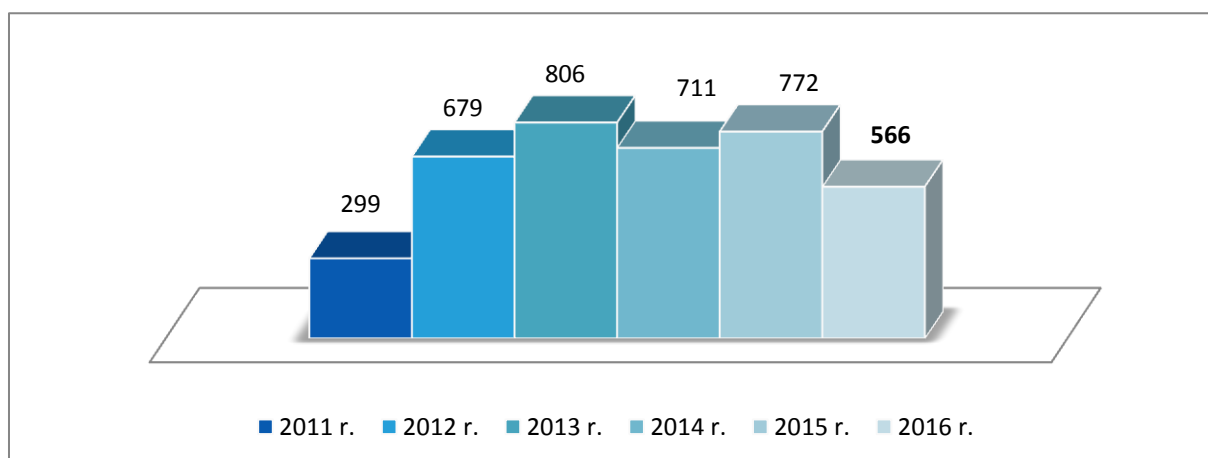
- wskazywał przysługujące środki prawne - dzięki takiej formie załatwienia wniosku, Pacjent otrzymywał przystępne i praktyczne wskazówki dotyczące sposobu załatwienia zgłoszonego problemu. Często bowiem Pacjent sam chciał rozwiązać swój problem, a od Rzecznika oczekiwał jedynie wsparcia w zakresie przedstawienia obowiązujących regulacji prawnych i procedur

Wykres 5. Liczba spraw, w których wskazano przysługujące środki prawne w latach 2011-2016



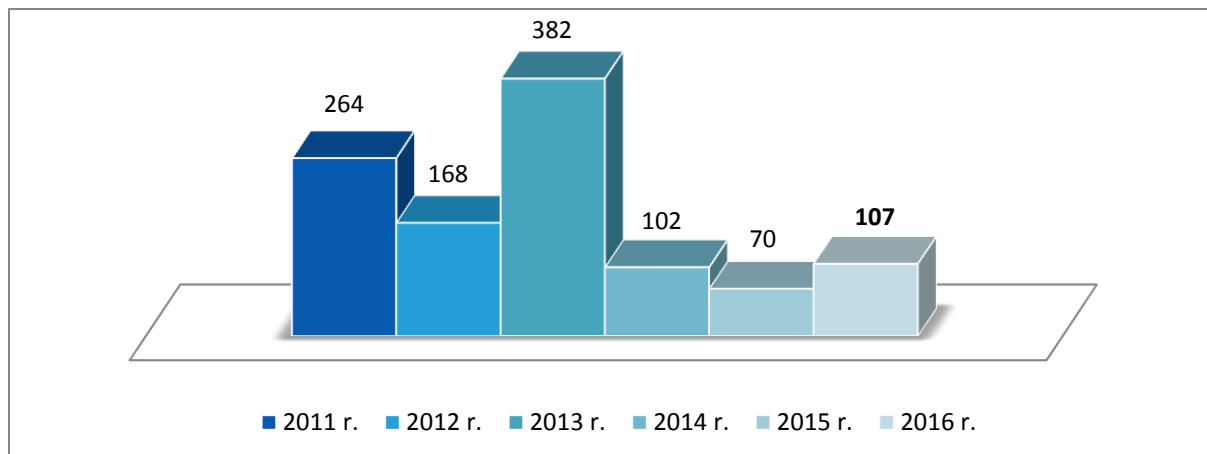
- przekazywał sprawy według właściwości (ze względu na brak prawnej legitymacji do podejmowania działań)

Wykres 6. Liczba spraw przekazanych zgodnie z właściwością w latach 2011-2016



- nie podejmował sprawy (ze względu na brak formalnej możliwości jej podjęcia).

Wykres 7. Liczba spraw niepodjętych w latach 2011-2016



4. Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

Rzecznik w 2016 r. prowadził 94 postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Liczba ta obejmuje zarówno postępowania wszczęte w 2016 r., jak i kontynuowane z lat poprzednich. W samym 2016 r. Rzecznik wszczął 73 postępowania i wydał 51 decyzji w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. W 24 przypadkach Rzecznik stwierdził, że praktyki stosowane przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych naruszały zbiorowe prawa pacjentów i nakazał zaprzestania stosowania tych praktyk. W 19 przypadkach Rzecznik stwierdził zaniechanie stosowania praktyk. 10 postępowań umorzono w całości lub części, 43 postępowania na koniec roku sprawozdawczego pozostawały w toku.

Postępowania, w których Rzecznik stwierdził praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjenta, dotyczyły praw pacjentów do:

- 1) świadczeń zdrowotnych - 13 postępowań;
- 2) informacji o stanie zdrowia - 2 postępowania;
- 3) dokumentacji medycznej - 24 postępowania;
- 4) poszanowania intymności i godności - 8 postępowań;
- 5) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego - 1 postępowanie;
- 6) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie - 2 postępowania;
- 7) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych - 1 postępowanie.

5. Postępowania w sprawach indywidualnych

W 2016 r. Rzecznik stwierdził 552 naruszenia praw pacjenta. Rzecznik kierował do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych wystąpienia zawierające motywy zajętego stanowiska oraz wnioski/opinie i zalecenia co do właściwego załatwienia sprawy (507). W przypadku 420 naruszeń praw pacjenta (83%) ww. podmioty niezwłocznie przyjęły do realizacji wnioski i zalecenia Rzecznika.

Postępowania wyjaśniające dotyczyły spraw indywidualnych, tj. konkretnych Pacjentów. Niemniej, w przypadku potwierdzenia nieprawidłowości w realizacji prawa w indywidualnej sprawie, Rzecznik formułował wnioski lub opinie, które miały na celu zabezpieczenie przestrzegania praw pacjenta w odniesieniu do ogółu Pacjentów danego podmiotu leczniczego. W przypadku nieuwzględnienia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w działalności którego

Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta, opinii lub wniosków, Rzecznik zwracał się do właściwych organów nadrzędnych z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa. Skierowanie takiego wystąpienia wyczerpuje możliwości prawne Rzecznika, jakie ustawodawca przewidział w przypadku stwierdzenia naruszenia praw pacjenta.

W przypadku 45 stwierdzonych naruszeń praw pacjenta Rzecznik odstąpił od formułowania opinii lub wniosków, gdyż podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych podjęły stosowne działania naprawcze już w trakcie postępowania prowadzonego przez Rzecznika, tj. jeszcze przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawie.

Szczegółowa analiza danych dotyczących stwierdzonych w 2016 r. naruszeń praw pacjenta została przedstawiona w rozdziale II „Ocena przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”, w podziale na poszczególne prawa pacjenta.

Tabela 6. Postępowania wyjaśniające prowadzone w latach 2013-2016

POSTĘPOWANIE WYJAŚNIAJĄCE PROWADZONE:	2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	z własnej inicjatywy	180	23%	281	31%	347	29%	315
na wniosek	614	77%	615	69%	849	71%	1 045	77%
Suma	794	100%	896	100%	1 196	100%	1 360	100%

W 2016 r. prowadzono 1 360 postępowań wyjaśniających, w tym:

- 1) 1 045 prowadzonych na podstawie pisemnych i osobiście złożonych wniosków Pacjentów lub osób działających w ich imieniu;
- 2) 315 prowadzonych z własnej inicjatywy Rzecznika, m.in. w związku informacjami pochodzącymi ze środków masowego przekazu bądź od innych organów władzy publicznej, organizacji i instytucji.

Tabela 7. Sposób zakończenia postępowań wyjaśniających w latach 2013-2016

SPOSÓB ZAKOŃCZENIA POSTĘPOWAŃ WYJAŚNIAJĄCYCH NA WNIOSEK I Z WŁASNEJ INICJATYWY	2013 r.	%*	2014 r.	%*	2015 r.	%*	2016 r.	%*
	stwierdzenie naruszenia	192	38%	309	55%	404	68%	413
niestwierdzenie naruszenia	263	51%	222	39%	171	29%	258	36%
umorzenie	54	11%	36	6%	18	3%	33	5%
Suma	508	100%	567	100%	593	100%	704	100%

* Wszystkich rozstrzygnięć wydanych w danym roku

Tabela 8. Przedmiot i skala stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w latach 2013-2016

STWIERDZONE NARUSZENIA POSZCZEGÓLNYCH PRAW PACJENTA	2013 r.		2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	LICZBA	%*	LICZBA	%*	LICZBA	%*	LICZBA	%*
prawo do świadczeń zdrowotnych	65	29%	127	33%	173	32%	209	38%
prawo do dokumentacji medycznej	65	29%	107	28%	186	35%	193	35%
prawo do poszanowania intymności i godności	19	8%	13	3%	31	6%	40	7%
prawo do informacji i do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	62	27%	125	33%	127	24%	89	16%
prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	9	4%	5	1%	5	1%	10	2%
prawo do tajemnicy informacji	2	1%	4	1%	11	2%	7	1%
prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	4	2%	0	0%	5	1%	4	1%
prawo do opieki duszpasterskiej	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
prawo do zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Suma	227	100%	383	100%	538	100%	552	100%

* Wszystkich rozstrzygnięć wydanych w danym roku

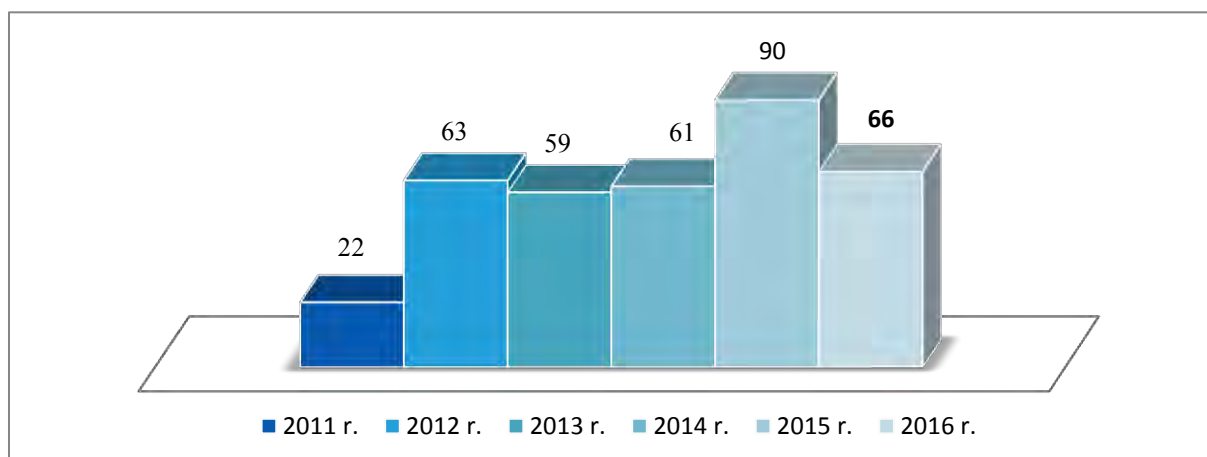
Łącznie w **413** postępowaniach wyjaśniających stwierdzono **552** naruszenia. Warto podkreślić, że w ramach jednego postępowania wyjaśniającego często badano przestrzeganie więcej niż jednego prawa.

W 2016 r. o 9 punktów procentowych zmniejszyła się liczba potwierdzonych naruszeń praw pacjenta, co wskazuje na poprawę przestrzegania praw pacjenta w porównaniu z rokiem poprzednim.

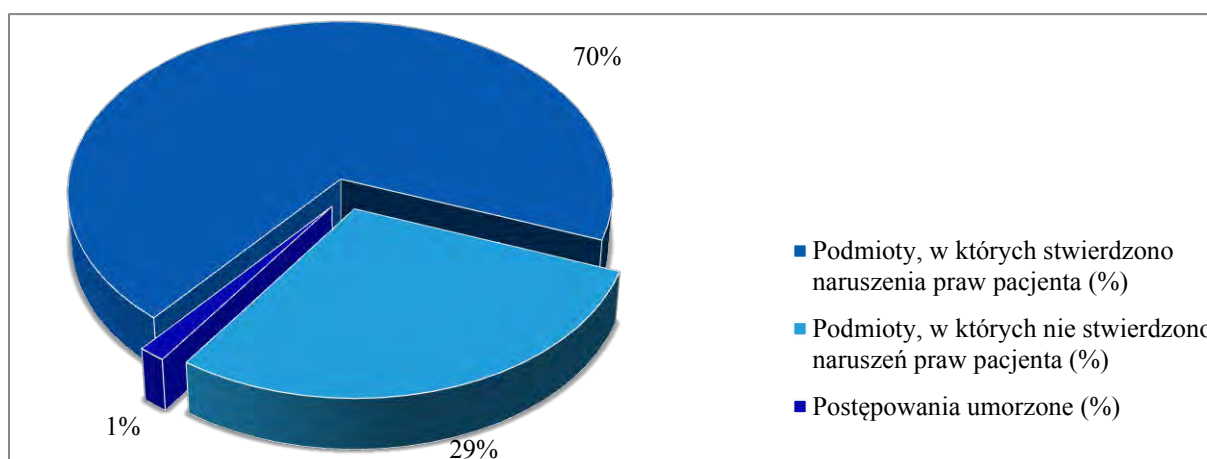
Widoczną różnicę obserwujemy w zakresie praw pacjenta do informacji i wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego - spadek stwierdzonych naruszeń o 8 punktów procentowych w stosunku do wszystkich stwierdzonych naruszeń w roku. Należy wskazać także, że jest to pozytywny kierunek obserwowanych zmian, gdyż jeszcze w 2014 r. przypadki naruszeń ww. praw pacjenta stanowiły 33% wszystkich stwierdzonych naruszeń w tym roku.

W ramach prowadzonego postępowania wyjaśniającego Rzecznik może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu. W 2016 r. Rzecznik skorzystał z tego uprawnienia w 66 przypadkach, z czego w 70% postępowaniach, w których zbadano sprawę na miejscu, stwierdzono naruszenie praw pacjenta.

Wykres 8. Liczba zakończonych postępowań wyjaśniających, w których zbadano sprawę na miejscu w latach 2011-2016



Wykres 9. Stopień stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w postępowaniach wyjaśniających zakończonych w 2016 r., w których zbadano sprawę na miejscu



Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy

W przypadku, gdy Rzecznik nie stwierdził naruszenia praw pacjenta, wnioskodawcy postępowania przysługiwał wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

W 2016 r. Rzecznik rozpatrzył 63 wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy:

- w przypadku 3 spraw Rzecznik stwierdził uchybienie terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy,
- w przypadku 2 spraw Rzecznik uchylił swoje rozstrzygnięcie i orzekł o naruszeniu praw pacjenta,
- w przypadku 3 spraw Rzecznik umorzył postępowanie,
- w przypadku 52 spraw Rzecznik utrzymał w mocy swoje rozstrzygnięcie,
- w przypadku 3 spraw Rzecznik w części utrzymał w mocy zaskarżone rozstrzygnięcie i w części je uchylił.

Wyniki postępowań wyjaśniających stanowiły dla Rzecznika także ważny materiał do analizy w kontekście planowania i podejmowania działań systemowych.

6. Działania o charakterze systemowym

Analiza dostępnych danych (uzyskiwanych w wyniku prowadzonych postępowań wyjaśniających, postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów,

przekazywanych przez Pacjentów za pośrednictwem infolinii, sygnałów płynących ze szpitali psychiatrycznych, jak również pojawiających się w przekazach medialnych) jest wykorzystywana przez Rzecznika w działaniach, których celem jest bezpośrednio oddziaływanie na system ochrony zdrowia. W 2016 r. Rzecznik podjął 336 działań tego rodzaju.

Tabela 9. Liczba inicjatyw i wystąpień systemowych Rzecznika w 2016 r. z wyszczególnieniem ich adresatów oraz przykładowym wskazaniem obszarów, których dotyczyły

LICZBA PRZYKŁADOWYCH INICJATYW I WYSTĄPIEŃ SYSTEMOWYCH RZECZNIKA W 2016 R. Z WYSZCZEGÓLNIENIEM ICH ADRESATÓW ORAZ WSKAZANIEM OBSZARÓW, KTÓRYCH DOTYCZYŁY	
<p>Minister Zdrowia: 49 wystąpień, dotyczących m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wystawiania recept lekarskich ▪ Wprowadzenia standardów w opiece medycznej (w dziedzinie neonatologii) ▪ Wyżywienia Pacjentów w szpitalach ▪ Dostępu do świadczeń zdrowotnych osób z nadwagą i osób otyłych ▪ Finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii i rehabilitacji współzależnienia oraz profilaktyki członków rodzin osoby uzależnionej od alkoholu ▪ Monitoringu wizyjnego w szpitalach psychiatrycznych ▪ Przedstawiania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w mediach ▪ Czasu pracy personelu medycznego ▪ Odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawody medyczne 	<p>Narodowy Fundusz Zdrowia: 31 wystąpień, dotyczących m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Funkcjonalności systemu „Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne” ▪ Dostępu przedstawicieli ustawowych do informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych dziecka zawartych w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta ▪ Dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ▪ Dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego dla mieszkańców Śląska
<p>Pozostałe organy i podmioty działające w obszarze szeroko rozumianej ochrony praw pacjenta¹³: 256 wystąpień, dotyczących m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opieki medycznej w placówkach oświatowych nad dziećmi z cukrzycą typu I ▪ Stosowania przez policjantów środka przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi ▪ Wydania przez organ uprawniony aktu wykonawczego do ustawy (wystąpienie do Ministra Obrony Narodowej w sprawie wydania aktu wykonawczego na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy) ▪ Możliwości rozszerzenia w programie szkoleń zawodowych lekarzy godzin wykładów poświęconych prawom pacjenta ▪ Kwalifikacji do leczenia lekiem Cystagon w ramach programu lekowego: „Leczenie wczesnodziecięcej postaci cystynozy nefropatycznej (ICD-10 E72.0)” ▪ Możliwości wdrożenia leczenia farmakologicznego wobec osób przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej ▪ Wystawiania karty martwego urodzenia ▪ Zmiany przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej¹⁴ 	

¹³Między innymi: konsultanci w ochronie zdrowia, właściwi ministrowie, organy prokuratury, sądy, właściwi wojewodowie.

¹⁴Dz. U. z 2005 r. poz. 692, z późn. zm.

II. OCENA PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTA NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Ocenę przestrzegania prawa pacjenta w 2016 r. sporządzono w oparciu o analizę stwierdzonych przez Rzecznika naruszeń praw pacjenta, a także przedstawione w dalszej części niniejszego rozdziału kluczowe obszary i inicjatywy Rzecznika wpływające na poszczególne prawa pacjenta.

W 2016 r. Rzecznik skierował 413 wystąpień, w ramach których stwierdził naruszenie 552 praw pacjenta. W wystąpieniach tych Rzecznik zawarł opinie lub wnioski co do sposobu załatwienia sprawy (w zakresie 45 naruszeń Rzecznik odstąpił od kierowania zaleceń lub opinii). W przypadku 330 wystąpień, które dotyczyły 420 naruszeń poszczególnych praw pacjenta, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych niezwłocznie przyjęły do realizacji wnioski Rzecznika. Jak wskazano wcześniej w 2016 r. o 9 punktów procentowych zmniejszyła się liczba potwierdzonych naruszeń praw pacjenta, co wskazuje na poprawę przestrzegania praw pacjenta w porównaniu z 2015 r. w pewnym, choć niewystarczającym, stopniu. Ocena przestrzegania poszczególnych praw pacjenta przedstawiana została w dalszej części niniejszego rozdziału.

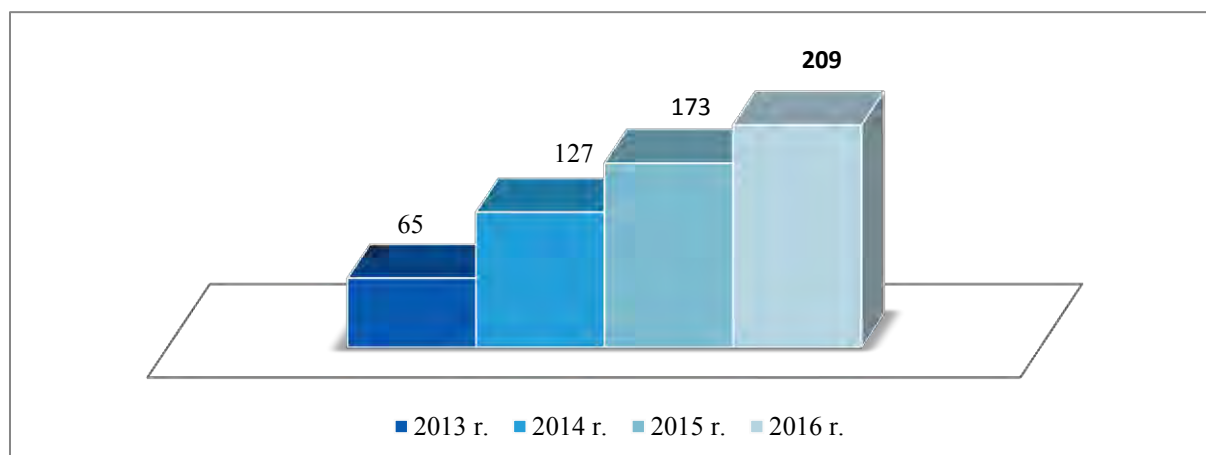
1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Kluczowe znaczenie w procesie diagnostyczno-leczniczym ma prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Celem tego prawa jest bowiem zagwarantowanie Pacjentowi osiągnięcia założeń podjętej terapii i w konsekwencji - poprawy stanu zdrowia. Przede wszystkim statuuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych *lege artis*, czyli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym; każdy Pacjent ma także prawo do natychmiastowego uzyskania świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia.

Tabela 10. Stopień naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ROKU 2016				
liczba stwierdzonych naruszeń	% ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta	liczba wystąpień z zaleceniami	zalecenia przyjęte do realizacji	% zaleceń przyjętych do realizacji
209	38%	188	162	86%

Wykres 10. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w latach 2013-2016



W 2016 r. prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych było prawem nieprzestrzeganiem w stopniu wysokim - to jego naruszenie Rzecznik stwierdzał najczęściej. W porównaniu z latami ubiegłymi liczba naruszeń wzrosła - w porównaniu z 2015 r. liczba stwierdzonych naruszeń w stosunku do stwierdzonych naruszeń wszystkich praw pacjenta wzrosła o 6 punktów procentowych.

Wniosek:

W 2016 r. - jak w latach ubiegłych - prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych było prawem nieprzestrzeganiem w stopniu wysokim, wymagającym dalszej poprawy, w szczególności w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniego rodzaju i jakości, co przedstawiają opisane dalej działania systemowe Rzecznika.

Pozytywnym aspektem jest natomiast wzrost o 5 punktów procentowych liczby zaleceń Rzecznika przyjętych do realizacji przez podmioty lecznicze.

Najważniejsze inicjatywy o charakterze systemowym w obszarze omawianego prawa podjęte przez Rzecznika w 2016 r.:

Wyżywienie pacjentów w szpitalach

Zapewnione hospitalizowanemu Pacjentowi wyżywienie powinno być adekwatne do stanu jego zdrowia i aktualnych potrzeb, tj. zgodne z zaleceniem lekarza czy szpitalnego dietetyka. Inicjatywę w tym zakresie Rzecznik podjął już w 2015 r. Obecnie obowiązujące przepisy prawa nie regulują szczegółowych kwestii żywienia Pacjentów. Posiłki bardzo często nie uwzględniają indywidualnych potrzeb poszczególnych Pacjentów (np. wiele leków przyjmowanych przewlekłe może wpływać na wchłanianie i trawienie różnych składników pokarmowych oraz pogarszać stan odżywiania).

Rzecznik skierował wystąpienie do Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie niezadawalającej jakości żywienia w podmiotach leczniczych, wykonujących działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. W wystąpieniu Rzecznik podkreślił wagę i wpływ żywienia na proces leczenia oraz zwrócił się z prośbą przeprowadzenie doraźnych kontroli/inspekcji w ww. podmiotach leczniczych, pod kątem warunków zdrowotnych żywności oraz jakości żywienia.

Odnosząc się do powyższego, Główny Inspektor Sanitarny wskazał, że obowiązujące przepisy, zarówno prawa polskiego jak i Unii Europejskiej nie regulują jakości żywienia Pacjentów w szpitalach. Zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe opracowywane są zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy oraz publikowane przez jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym głównie Instytut Żywności i Żywienia. Mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia. Zatem Państwowa Inspekcja Sanitarna nie ma podstawy prawnej do egzekwowania prawidłowego żywienia w szpitalach.

Stanowisko w sprawie zajął również Instytut Żywności i Żywienia im. Prof. dr med. Aleksandra Szczygła, któremu Rzecznik doręczył kopię swojego wystąpienia do Głównego Inspektora Sanitarnego. Dyrektor ww. Instytutu, podkreślił wagę problemu żywienia Pacjentów w szpitalach, wskazując na konieczność rozwiązania zagadnienia w ujęciu systemowym. Za zasadne wskazał uregulowanie omawianego zagadnienia na poziomie aktu prawa powszechnie obowiązującego.

Uwzględniając charakter i wagę omawianego zagadnienia, Rzecznik w 2016 r. zwrócił się z wnioskiem legislacyjnym do Ministra Zdrowia o podjęcie prac zmierzających do unormowania kwestii żywienia Pacjentów w szpitalach na poziomie aktu prawa powszechnie obowiązującego. Jak wynika z odpowiedzi Ministra Zdrowia decyzja o wypracowaniu standardów w zakresie żywienia pacjentów spowodowałaby konieczność opracowania ogromnej ich liczby. Każda choroba, a także każde jej stadium wymaga innego rodzaju żywienia. Nauka o żywieniu chorych wskazuje na konieczność opracowania indywidualnego żywienia, zmienianego nawet z dnia na dzień. O sposobie leczenia, w tym o potrzebie zastosowania odpowiedniej diety i ilości zalecanego pożywienia (jako jednego z elementów procesu leczenia) decyduje lekarz (ew. dietetyk) w oparciu o wskazania

medyczne. W sytuacji, gdy lekarz nie zaordynuje specjalnej diety, pacjentowi przysługuje wyżywienie, a jego ilość, zawartość i kaloryczność powinna odpowiadać zasadom prawidłowego żywienia przeciętnego człowieka w danym wieku.

Dostępu do leczenia w systemie szpitalnym i specjalistycznym pozaszpitalnym

W związku z szeroko dyskutowaną potrzebą zmian w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w kontekście realnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Rzecznik zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o informację w zakresie planowanych działań zmierzających do poprawy leczenia pacjentów w systemie szpitalnym i specjalistycznym pozaszpitalnym.

W odpowiedzi Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że jednym z zasadniczych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonych w ramach dysponowanych środków publicznych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Problem długich terminów oczekiwania (kolejki) oraz zapewnienia ciągłości leczenia już rozpoczętego jest problemem złożonym wynikającym m.in. z ograniczonych środków finansowych, ograniczeń kadrowych, jak również braku koordynacji procesu leczenia pomiędzy poszczególnymi rodzajami/zakresami świadczeń opieki zdrowotnej. Nie bez znaczenia jest koordynacja procesu leczenia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Trwają prace nad modelami opieki koordynowanej w tym np. koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) i koordynacji rozumianej szerzej, tj. łączącej poszczególne poziomy opieki nad pacjentem. Powyższe inicjatywy pozwolą na przetestowanie zaprojektowanych rozwiązań, sprawdzenie ich mechanizmów działania i ew. późniejsze wdrożenie systemowe. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że zostały również zaplanowane zmiany dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej realizowane w ramach przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”¹⁵. Narodowy Fundusz Zdrowia bierze także czynny udział w pracach nad zmianami systemowymi w sektorze opieki zdrowotnej inicjowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, w tym opracowywaniu map potrzeb zdrowotnych czy też dotyczących systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali). Celem tej zmiany jest zniwelowanie fragmentacji opieki nad pacjentem wynikającej m.in. z dotychczasowego sposobu kontraktowania pojedynczych zakresów świadczeń. Tryb konkursowy będzie trybem uzupełniającym, w odniesieniu do świadczeń nie wchodzących do pakietu zabezpieczenia podstawowego. Takie rozwiązanie powinno przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentem, poprzez zwiększony stopień koordynacji i integracji tej opieki.

Zdarzenia niepożądane związane z podaniem produktu leczniczego niezgodnie z przyjętymi metodami (bezpieczeństwo pacjentów)

Podmioty lecznicze coraz częściej, ze względu na wysoką skuteczność, stosują leczenie bólu poprzez użycie cewnika wprowadzanego do przestrzeni zewnątrzoponowej kanału kręgowego Pacjenta. Tą drogą przy użyciu strzykawki lub pompy infuzyjnej może być podawany lek znieczulający miejscowo. Jak pokazują statystyki pomyłki związane z podaniem pacjentowi leku do niewłaściwego cewnika często są przyczyną powikłań pooperacyjnych.

Rzecznik wystąpił do Konsultantów Krajowych z zapytaniem, czy zostały wypracowane standardy lub wytyczne dotyczące ograniczenia przypadków omyłkowego podania Pacjentom podczas ich leczenia w podmiotach leczniczych produktów leczniczych niezgodnie z przyjętymi metodami podania leku oraz jakie środki zabezpieczające powinny zostać stosowane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych celem ograniczenia ww. zdarzeń (np. różnice w kolorze lub rozmiarze wenflonów, cewników, sond w zależności od drogi podania leków).

Jak wynika z przedstawionych wyjaśnień, planowane jest stworzenie strony internetowej do dobrowolnego zgłaszania przez pracowników opieki zdrowotnej problemów związanych ze zdarzeniami niepożądanymi. Zebrany materiał będzie poddany analizie i pozwoli na podjęcie działań prewencyjnych. Jak podkreślono, podjęto szerszą akcję informacyjną, aby zachęcić pracowników do zgłaszania różnych sytuacji, które pozwolą na wdrożenie działań. Natomiast rekomendacje w formie standardów i wytycznych są na bieżąco opracowywane na poziomie ogólnym.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1860

Bezpieczeństwo zdrowotne osób starszych w sytuacji kryzysu demograficznego

Rzecznik zwrócił uwagę na sytuację osób starszych, w szczególności w obszarze dostępu do leczenia z zastosowaniem różnych form procedur medycznych w niemal wszystkich rodzajach świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z analizą Rzecznika najpoważniejszą barierą w dostępie do leczenia seniorów są kolejki oczekujących i odległe terminy uzyskania wizyty u lekarza w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ale też i opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej oraz stomatologii, szczególnie protetyki stomatologicznej. W ocenie samych pacjentów (i ich rodzin) są oni odsunięci od możliwości zapewnienia profesjonalnego leczenia diagnostycznego i terapeutycznego z powodu swojego wieku. Wiele osób starszych nie uzyskuje pozytywnej kwalifikacji do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania do tej formy leczenia (21% sygnałów dotyczących tej grupy pacjentów). Pogarszająca się sytuacja w organizacji dostępu do leczenia osób starszych potwierdzona została również w materiale Najwyższej Izby Kontroli z 2015 r. „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”. Niewątpliwie brak odczuwalnej poprawy w opiece medycznej dla osób starszych ma swoje źródła w sytuacji demograficznej, ale też i ekonomicznej. Pomimo przyjęcia w 2011 r. przez Radę Ministrów Długofalowej Polityki Senioralnej, brak jest odczuwanej wyraźnej poprawy warunków leczenia seniorów. Problemy w tym zakresie sygnalizowane są nie tylko przez samych Pacjentów i ich rodziny, ale również przez organizacje społeczne i środowiska lekarzy, w tym szczególnie gerontologów i geriatrów.

Rzecznik wystąpił w tej sprawie do Ministra Zdrowia z inicjatywą podjęcia systemowych rozwiązań zmierzających do wypracowania nowego modelu opieki nad osobami starszymi. Minister Zdrowia wskazał, że wiele działań ukierunkowanych na potrzeby zdrowotne osób starszych (w ujęciu międzysektorowym) zawartych jest w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Zakładają one między innymi zbudowanie instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w wieku przedemerytalnym w zakładach pracy, opracowanie instrumentów sprzyjających kształtowaniu profilaktyki chorób oraz niesprawności wieku około emerytalnego, dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych oraz edukację i prace naukowo-badawcze m.in. z zakresu edukacji pracowników ochrony zdrowia w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej.

Część realizatorów planowanych działań wybierana będzie w kolejnych latach w postępowaniach konkursowych, natomiast z realizatorami określonymi w ww. programie umowy zawierane będą w trybie wnioskowym.

Rzecznik będzie monitorował przedmiotową sprawę.

Umieszczanie nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (środek leczniczy)

Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o podjęcie działań legislacyjnych dotyczących zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Rzecznik zwrócił uwagę na rzeczywisty brak organu wspierającego i pomocniczego dla sądów rodzinnych w orzekaniu o umieszczeniu nieletnich w określonych podmiotach leczniczych. Rzecznik zasugerował także konieczność powołania międzyresortowego zespołu/grupy roboczej do spraw opracowania odpowiednich rozwiązań.

W odpowiedzi Minister Zdrowia poinformował o dotychczasowych działaniach w sprawie i powodach niezakończenia od 2014 r. prac legislacyjnych nad zmianą ww. rozporządzenia. Minister Zdrowia podniósł, że prace te ujawniły szereg problemów niezbędnych do uregulowania przede wszystkim w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich¹⁶. Przygotowanie zmian w ww. rozporządzeniu uzależnione jest od dokonania zmian w tej ustawie. Wszelkie działania legislacyjne dotyczące umieszczania nieletnich w wyznaczonych placówkach powinny być rozpatrywane na płaszczyźnie dwóch aktów prawnych, tj. ww. ustawy i ww. rozporządzenia. Minister Zdrowia również podzielił opinię Rzecznika o zasadności powołania zespołu/grupy roboczej do spraw opracowania odpowiednich rozwiązań.

¹⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.

Wobec powyższego Rzecznik wystąpił do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o podjęcie działań w sprawie prac nad zmianą ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, pozwalających na rozpoczęcie prac legislacyjnych przez Ministra Zdrowia nad zmianą ww. rozporządzenia. Rzecznik zwrócił się także o rozważenie powołania przy Ministrze Sprawiedliwości zespołu/grupy roboczej. W ocenie Rzecznika podjęcie niezwłocznych działań w zakresie powyższego było konieczne z uwagi na występujące w tym obszarze trudności i problemy, a także jest istotne dla właściwego wykonywania wobec nieletnich środków leczniczych. W odpowiedzi na to wystąpienie Minister Sprawiedliwości zorganizował - na wniosek Rzecznika - spotkanie robocze w sprawie zmian w przepisach dotyczących kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Obecnie w Ministerstwie Sprawiedliwości działa grupa robocza do spraw opracowania nowych rozwiązań legislacyjnych, w której udział bierze także przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta.

Sprawa będzie kontynuowana przez Rzecznika.

Dostęp do leczenia immunologicznego

Wpływające do Rzecznika sygnały wskazywały na to, że pacjenci z niedoborem odporności, zwłaszcza dorośli, zapadający na choroby autoimmunologiczne nie są objęci odpowiednią opieką. Dostęp do leczenia immunoglobulinami jest scentralizowany i nierównomierny. Problemem jest brak konsultantów wojewódzkich w tej dziedzinie oraz system kształcenia nowych lekarzy immunologów.

Rzecznik w przedmiotowej sprawie zwrócił się o opinię do dr hab. Macieja Siedlarsa Konsultanta Krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej oraz do dr n. med. Małgorzaty Pac Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie immunologii. Na wniosek Rzecznika Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał natomiast informację o zakresie kontraktowania tego rodzaju świadczeń. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, że zgłoszona sprawa w zasadniczej części przekracza kompetencje Narodowego Funduszu Zdrowia, który nie może ingerować w sposób diagnozowania i leczenia, natomiast problem dostępu do leczenia immunologicznego jest złożony i wpływa na niego kilka czynników, jak np. brak kadry lekarzy ze specjalnością immunologiczną, niedostateczny poziom diagnozowania Pacjentów, brak ośrodków specjalistycznych zajmujących się diagnostyką niedoborów immunologicznych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie immunologii klinicznej przekazał Rzecznikowi wnioski, z których wynika, że problem niedostatecznego rozpoznania pierwotnych niedoborów odporności (PNO) dotyczy wszystkich krajów rozwiniętych i jest szeroko dyskutowany na międzynarodowych konferencjach. Podejmowane są liczne inicjatywy mające na celu podniesienie wykrywalności PNO. Wskazał nadto, że w niedługim czasie zostaną powołani konsultanci wojewódzcy w województwach, w których jest ich brak.

Konsultant Wojewódzki podniósł natomiast, że niedobory odporności należą do chorób rzadkich i ich diagnostyka jest żmudna, kosztowna i wymagająca standaryzowanych metod i dużego doświadczenia laboratoryjnego; zwiększeniu powinna ulec liczba poradni immunologicznych, w których można byłoby wykonać podstawowe badania przesiewowe czy okresowe badania monitorujące leczenie. Immunologia kliniczna jest młodą dyscypliną nauki, jednak dynamicznie się rozwija.

Rzecznik monitoruje tę sprawę.

Obowiązkowe szczepienia ochronne u nieletnich, wobec których orzeczone zostały środki lecznicze

Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o przekazanie stanowiska odnośnie do sposobu realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych u nieletnich, wobec których orzeczone zostały środki lecznicze (realizowany w ramach świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich lub w ramach świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich).

Rzecznik wskazał uwarunkowania prawne i organizacyjne, które uniemożliwiają w niektórych sytuacjach realizację obowiązkowych szczepień w grupie wskazanych pacjentów informując, iż problem niewykonywania obowiązku poddawania się szczepieniom jednocześnie może dotyczyć nawet kilkuset nieletnich. Mając na uwadze przepisy regulujące sposób realizacji przedmiotowych szczepień i jednocześnie często skomplikowaną sytuację młodzieży hospitalizowanej w szpitalach psychiatrycznych na mocy orzeczenia sądu, Rzecznik uznał za konieczne podjęcie interwencji.

Ministerstwo Zdrowia wskazało, iż bez zmiany regulacji prawnych oraz sposobu finansowania szczepień nie jest obecnie możliwe proste przeniesienie obowiązku ich przeprowadzania z podmiotu realizującego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej na szpital, jako podmiot realizujący specjalistyczne świadczenia, w którym dziecko jest długotrwale hospitalizowane z uwagi na przeszkody prawne, brak finansowania szpitalowi specjalistycznemu dodatkowych zadań z zakresu zapewnienia świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jakimi są szczepienia ochronne, a także konieczność zapewnienia odpowiednio wysokiej jakości przeprowadzania szczepień ochronnych wymagających ku temu kwalifikacji zawodowych personelu medycznego kwalifikującego dzieci do szczepień ochronnych i wykonującego szczepienia. Wskazano, iż przedłożone kwestie wymagają nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁷ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁸. Zwrócono uwagę, iż rozwiązanie problemu wymaga także stosownej regulacji w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

W 2016 r. Rzecznik wystąpił do Ministerstwa Zdrowia z zapytaniem, jakie działania w przedmiotowej sprawie zostały już zaplanowane bądź podjęte. W odpowiedzi Rzecznik został poinformowany, że w związku z planowanym rozpoczęciem prac nad nowelizacją ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁹ rozważone zostanie również uregulowanie omawianej kwestii.

Wskazany obszar będzie monitorowany przez Rzecznika.

Opieka medyczna w placówkach oświatowych nad dziećmi z cukrzycą typu I

Na bazie współpracy z organizacjami pozarządowymi Rzecznik zwrócił się do Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) o informację w zakresie opieki nad dziećmi chorymi na cukrzycę w warunkach placówki oświatowej, w szczególności o wskazanie, czy MEN przygotowało lub opracowuje procedury związane z podawaniem dzieciom w placówkach oświatowych leków przez personel szkolny oraz czy w placówkach oświatowych, do których uczęszczają dzieci chore na cukrzycę, są przeszkolone osoby, które mogą udzielić im pomocy pod nieobecność pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

MEN wskazał, że w istniejącym stanie prawnym jednostki systemu oświaty (m.in. przedszkola, szkoły) nie posiadają stosownych uprawnień do realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Odpowiedzialność za prawidłowe leczenie dziecka spoczywa przede wszystkim na rodzicach i zespole specjalistów leczących dziecko.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna realizuje świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. Należy jednak mieć na względzie, że pielęgniarka nie jest pracownikiem szkoły, a jedynie na terenie szkoły realizuje świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w szkołach ma charakter głównie profilaktyczny. Ważne zadanie pielęgniarki, tj. sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich, nie jest realizowane w stopniu wystarczającym do istniejących potrzeb ze względu na małą dostępność pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania na terenie szkoły. Zgodnie natomiast ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia w sprawie ucznia przewlekłe

¹⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.

¹⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, z późn. zm.

chorego, oprócz pielęgniarki, specjalistyczne zabiegi (bieżąca kontrola poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru oraz podawanie insuliny w formie wstrzyknięć podskórnych lub wlewów przy użyciu pompy insulinowej) może wykonywać również inna osoba - samo dziecko, rodzic, nauczyciel, pomoc nauczyciela po odbyciu specjalistycznego przeszkolenia w tym zakresie (posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym). O sposobie leczenia i postępowania z dzieckiem z chorobą przewlekłą decyduje lekarz, niemniej przepisy obowiązującego prawa nie regulują wprost kwestii podawania uczniowi leków przez nauczyciela w szkole w przypadku braku pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Żaden z obowiązujących w Polsce aktów prawnych nie nakłada wprost na nauczyciela takiego obowiązku, ale też nie zabrania podawania leków - zleconych przez lekarza - uczniowi przewlekle choremu w nagłych sytuacjach uzasadnionych stanem jego zdrowia. W sytuacji, gdy uczeń przewlekle chory wymaga podawania leków lub innych koniecznych działań w trakcie pobytu w szkole, niezbędne jest stosowne upoważnienie dyrektora szkoły/nauczyciela przez rodziców lub opiekunów prawnych dziecka oraz wyrażenie zgody przez pracownika szkoły, który będzie realizował ww. zadania. Decyzję o przyjęciu dziecka przewlekle chorego do jednostki systemu oświaty podejmuje każdorazowo jej dyrektor. Dyrektor sprawuje opiekę nad uczniami oraz stwarza warunki harmonijnego rozwoju poprzez aktywne działania prozdrowotne. Obowiązkiem dyrektora jest zapewnienie każdemu dziecku bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu, z uwzględnieniem jego potrzeb zdrowotnych, a więc również możliwości realizacji w placówce zaleceń lekarskich w przypadku przewlekłej choroby dziecka, np. cukrzyca. Wymaga to opracowania wewnętrznych procedur w zakresie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb zdrowotnych tych uczniów oraz możliwości danej placówki. Dyrektor powinien pozyskać od prawnych opiekunów lub lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad dzieckiem informacje, które umożliwią zapewnienie bezpiecznych warunków pobytu tego dziecka w szkole. Zapewnienie odpowiedniej opieki uczniowi z chorobą przewlekłą w trakcie pobytu w szkole wiąże się z koniecznością pozyskania wiedzy i umiejętności na temat jego funkcjonowania i potrzeb. Dyrektor szkoły jako kierownik zakładu pracy jest zobowiązany do podjęcia działań w zakresie odpowiedniego przygotowania zatrudnionych nauczycieli i pracowników niepedagogicznych poprzez m.in. szkolenia, poradniki dla nauczycieli, a także inne dostępne źródła informacji, w tym również wskazówki i instruktaż przeprowadzony przez rodzica dziecka. W ramach Rządowego programu na lata 2014-2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła”, Minister Zdrowia zaplanował przeprowadzenie w 2016 r. ogólnopolskich szkoleń pt.: „Dziecko z cukrzycą w szkole” dla nauczycieli szkół podstawowych oraz wychowawców świetlic szkolnych. Szkolenia odbywać się będą w terminie od września do listopada br. we wszystkich województwach. Zakres szkolenia obejmie wiedzę na temat cukrzyca oraz zasad pierwszej pomocy, jakiej należy udzielić dziecku choremu na cukrzycę pozostającemu pod opieką szkoły.

W stanowisku MEN podkreślono, że opiekę medyczną dzieciom na terenie szkoły powinni zapewnić pracownicy medyczni, a nie pracownicy szkoły, którzy nie posiadają wykształcenia medycznego. Niezbędne jest podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia zintensyfikowanych działań mających na celu zwiększenie liczby absolwentów kierunków kształcących pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, co umożliwiłoby zwiększenie dostępności pielęgniarki na terenie szkoły.

Zatrudnienie pielęgniarek w szkołach

Rzecznik, pozyskując informacje między innymi z Ministerstwa Edukacji Narodowej, z uwagi na niedostateczną liczbę pielęgniarek, podjął analizę realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych.

Pielęgniarstwo szkolne postrzegane jest jako mało atrakcyjny kierunek specjalizacji w zawodzie. W przypadku niepozyskania przez dyrektora szkoły pielęgniarki albo higienistki szkolnej, z powodu braku dostępnego personelu medycznego, profilaktyczną opiekę zdrowotną pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawuje w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym opieka ta sprawowana jest poza szkołą. Powyższe zaś prowadzi do narastania nierówności w dostępie do profilaktycznej opieki zdrowotnej na terenie szkoły, a ponadto do sytuacji, w której uczniowie faktycznie pozbawieni są dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Zauważając powyższy problem Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o wskazanie jakie są proponowane działania w przedmiocie zwiększenia liczby pielęgniarek szkolnych oraz czy są planowane inne niż dotychczas podjęte działania mające na celu zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych ogółem.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia poinformowało, iż w związku z planowaną reformą systemu oświaty i kształcenia zawodowego, rozważana jest możliwość wprowadzenia uzupełnień systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek. Powyższe działania mające na celu zmniejszenie deficytu kadry pielęgniarskiej.

Niezależnie od powyższego należy wskazać, że w dniu 8 czerwca 2017 r. Sejm uchwalił ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawa została także przyjęta w dniu 29 czerwca 2017 r. przez Senat. Zgodnie z przyjętymi założeniami, kwota najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie powiązana z wysokością przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, co będzie pozwalało na jego automatyczną waloryzację wraz ze wzrostem wysokości wynagrodzeń ogółu osób zatrudnionych w Polsce.

„Dyżury replantacyjne”

Z informacji powziętych przez Rzecznika w ośrodkach podejmujących się replantacji kończyn nie wszyscy lekarze z zespołu posiadają umiejętności upoważniające do podjęcia replantacji na poziomie dystalnych części palców. Z tego powodu większość ośrodków nie ma potencjału ludzkiego pozwalającego na utrzymanie zespołu replantacyjnego w gotowości przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu (takie zabezpieczenie wymaga kilku zespołów chirurgów). Jeżeli pacjent trafia do ośrodka replantacyjnego pod koniec dyżuru, rozpoczęcie replantacji, która może trwać niekiedy kilkanaście godzin, oznacza pracę dyżurnego zespołu znacznie przekraczającą 24 godziny pracy. Jeżeli nie ma takich możliwości pacjent zostanie przejęty przez następny zespół w danym ośrodku, a niekiedy przekazuje się pacjenta do takiego ośrodka, który ma zespół replantacyjny w gotowości (czyli zabezpiecza kolejny dyżur replantacyjny).

Powyższy problem został zasygnalizowany m.in. Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, który wyjaśnił, że świadczenia związane z replantacją ręki mogą być realizowane w oddziałach o następujących profilach: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu. Świadczeniodawcy posiadający umowy na realizowanie świadczeń w ramach hospitalizacji są zobowiązani do całodobowej gotowości do udzielania tych świadczeń, również w trybie nagłym, we wszystkie dni tygodnia. Tak więc wyodrębnienie przez Fundusz produktów rozliczeniowych pod postacią tzw. ostrych dyżurów, które byłyby pełnione rotacyjnie przez wybranych świadczeniodawców, pozostawałoby w sprzeczności z przepisami obowiązującego prawa.

Kwalifikacja do przeszczepu nerki

Z informacji przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii wynika, iż obowiązujący system kwalifikacji do przeszczepu nerki wymaga zmian z uwagi na jego nieskuteczność i archaiczny charakter. Pomimo iż formalnie kwalifikacja do przeszczepu nerki została powierzona przychodniom nefrologicznym, w praktyce kwalifikacją zajmują się lekarze stacji dializ.

Rzecznik skierował wystąpienie do Ministra Zdrowia z prośbą o przekazanie informacji w zakresie ustaleń powołanych Zespołów, w tym przedstawienie zakresu proponowanych zmian legislacyjnych oraz podjętych działań, mających na celu poprawę jakości świadczeń w dziedzinie transplantologii.

Jak wynika z wyjaśnień Ministra Zdrowia, Zespół roboczy do spraw opracowania nowych zasad alokacji narządów przeznaczonych do przeszczepiania, jak również Zespół roboczy do spraw opracowania nowych zasad kwalifikacji do leczenia przeszczepieniem nerki, zakończyły swoje prace z końcem 2015 r. i przedstawiły propozycje systemowych zmian w obszarze zasad kwalifikacji do przeszczepu oraz alokacji narządów przeznaczonych do przeszczepiania. Ponadto poinformowano, że rekomendowane przez Zespoły zmiany mają być wprowadzone do ustawy transplantacyjnej

podczas najbliższej, planowanej nowelizacji tej ustawy, do której projekt założeń zmian jest obecnie przygotowywany w resorcie.

Rzecznik będzie monitorował sprawę.

Czas pracy personelu medycznego

Rzecznik podjął analizę zagadnienia niewystarczającej liczby personelu medycznego w podmiotach leczniczych.

Jak podkreślił Rzecznik w wystąpieniu do Ministra Zdrowia właściwa organizacja pracy personelu medycznego spoczywa na podmiocie leczniczym. Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Tym samym, w ocenie Rzecznika, to na podmiocie leczniczym, jako jednostce organizacyjnej obowiązanej do przestrzegania praw pacjenta, powinien spoczywać obowiązek takiej organizacji pracy, aby zapewnić personelowi odpoczynek umożliwiający regenerację.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że przyczyną nadużywania przez podmioty lecznicze umów kontraktowych i braku zapewnienia lekarzom odpowiedniego odpoczynku są nie tyle niewystarczające zabezpieczenia zawarte w przepisach prawa, ale przede wszystkim deficyt kadr medycznych. W celu zwiększenia liczby osób wykonujących zawody medyczne resort zdrowia podejmuje działania zmierzające do znacznego zwiększenia dostępności do szkoleń przed i podyplomowych na kierunkach medycznych. Bez likwidacji deficytu kadr medycznych będącego główną przyczyną zachowań patologicznych, wprowadzanie kolejnych obostrzeń przepisów doprowadzi, jak się wydaje, albo do dalszego ograniczania dostępu do świadczeń, albo do kolejnych przypadków obchodzenia przepisów prawa. Ponadto poinformowano, że w Ministerstwie Zdrowia trwają prace analityczne dotyczące rozwiązań prawnych gwarantujących minimalne okresy odpoczynku osobom wykonującym zawody medyczne w podmiotach leczniczych, niezależnie od podstawy świadczenia pracy.

Informowanie o Niepożądanych Odczynach Poszczepiennych

W wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli „System szczepień ochronnych dzieci” przedstawionych w 2016 r. wskazano między innymi, że część świadczeniodawców nie przestrzegała obowiązku przekazywania informacji o niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP) w ciągu 24 godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia. Zdarzały się sytuacje, gdy wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne otrzymywały informacje o wystąpieniu ciężkiego lub poważnego NOP dopiero po kilku do kilkunastu dni od zgłoszenia się rodzica z dzieckiem mającym niepożądane objawy, czego główną przyczyną była zwłoka w przekazywaniu przez lekarza informacji o NOP oraz wybrany sposób ich przekazania (listownie, bez wcześniejszej telefonicznej lub mailowej wiadomości). Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie NOP, ma obowiązek w ciągu 24 godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, dokonać zgłoszenia takiego przypadku do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Zgłoszenie może zostać przesłane listem poleconym, pocztą elektroniczną lub przekazane osobiście.

Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia o rozważenie możliwości podjęcia działań legislacyjnych przez doprecyzowanie obowiązku zgłoszenia np. poprzez nałożenie na lekarza obowiązku telefonicznego lub za pośrednictwem poczty elektronicznej informowania właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o NOP, przy równoległym wystaniu formularza zgłoszenia NOP pocztą elektroniczną, listem poleconym lub faksem. Doprecyzowanie regulacji prawnych miałoby na celu podniesienie bezpieczeństwa zdrowotnego małych pacjentów i umożliwiłoby organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej skuteczne realizowanie powierzonych im zadań.

Ministerstwo Zdrowia wskazało, że w obecnej chwili nie widzi potrzeby zmian legislacyjnych, tym bardziej, że w niedługim czasie wprowadzony zostanie system elektroniczny, który usprawni przepływ danych medycznych.

Dostęp do sprzętu medycznego dla osób otyłych

Problem z dostępnością do świadczeń zdrowotnych dla osób otyłych coraz częściej jest sygnalizowany przez pacjentów oraz ich rodziny. Dla zdrowego człowieka problem ten może wydawać się marginalny, niemniej jest ważny dla osób z nadwagą. Podejmując ten temat w 2015 r. Rzecznik zwrócił się do wojewodów i marszałków województw o przekazanie określonych informacji, w tym w zakresie dostępności na terenie poszczególnych województw do aparatury medycznej wykonującej badania rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej i PET Pacjentom otyłym oraz podmiotów leczniczych posiadających odpowiednie łóżka o zwiększonej nośności, transport sanitarny i ambulansy pogotowia ratunkowego mogące zrealizować przewóz Pacjentów otyłych. Jednocześnie Rzecznik zwrócił się o podanie adresów podmiotów leczniczych, w których zapewniony jest dostęp do ww. świadczeń.

Analiza uzyskanych wtedy danych wskazała, że w większości województw znajduje się aparat do wykonywania rezonansu magnetycznego o nośności stołu do 250 kg (w województwach opolskim i warmińsko-mazurskim - do wagi 200 kg, a w województwie podlaskim - brak jest takich urządzeń). We wszystkich województwach znajdują się aparaty do wykonywania tomografii komputerowej o nośności stołu co najmniej do 200 kg. W 5 województwach znajduje się aparat do wykonywania badania PET dla Pacjentów o wadze do 227 kg (województwa: kujawsko-pomorskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie oraz wielkopolskie). W województwie zachodniopomorskim sprzęt dla Pacjentów o wadze do 180 kg, a w województwach: dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim oraz śląskim brak jest takiego sprzętu. W większości województw szpitale posiadają łóżka o nośności co najmniej do 250 kg. Podmioty lecznicze na terenie poszczególnych województw są przygotowane do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej Pacjentom, którzy ważą od 150 kg do 300 kg. Brak łóżek o odpowiedniej nośności występuje w województwach: lubelskim, śląskim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim. Jeśli chodzi o sprzęt, tj. rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy i PET, problemem nie jest nośność sprzętu medycznego, a jego wymiary (tj. wymiary gantry).

W 2016 r. Rzecznik w celu uaktualnienia danych (na podstawie wciąż wpływających sygnałów) zwrócił się do wskazanych wcześniej podmiotów leczniczych o przekazanie dodatkowych informacji.

Rzecznik oczekuje na informacje w tej sprawie.

Przejęcie młodych pacjentów do opieki zdrowotnej dla dorosłych

Młodzi pacjenci z chorobami przewlekłymi po ukończeniu 18 roku życia przechodzą z dotychczasowej opieki pediatrycznej do specjalistycznej opieki dla dorosłych. Niesie to ze sobą wiele trudności - przede wszystkim dla nich samych, ale także ich rodziców czy nawet lekarzy. Dlatego tak ważne jest zapewnienie przewlekle chorym młodym Pacjentom, którzy osiągnęli pełnoletniość, programu przejścia spod opieki dotychczasowego lekarza do systemu opieki dla dorosłych. Dorastający pacjent, chorujący od dzieciństwa, ma już bogatą historię swojej choroby i długotrwałego leczenia. W tym złożonym procesie, jakim jest przejście Pacjenta z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych, pojawiają się więc dwa podstawowe problemy. Pierwszy to płynna kontynuacja leczenia i przepływ informacji o chorobie pacjenta i dotychczasowym leczeniu i drugi - konieczność usamodzielnienia się pacjenta w zakresie decyzji dotyczących jego zdrowia i przystosowania do nowych realiów poradni i oddziałów dla dorosłych. Pierwszy problem wynika często z faktu, że młody człowiek po ukończeniu 18 roku życia otrzymuje skierowanie w celu kontynuacji leczenia do poradni lub oddziału dla dorosłych. Czas zarejestrowania skierowania i uzyskania pierwszej wizyty może doprowadzić do przerwy w leczeniu. Druga kwestia to przygotowanie młodego człowieka do wzięcia odpowiedzialności za decyzje dotyczące jego zdrowia. Pojawia się także szereg innych powiązanych zagadnień, jak podejście lekarza do pacjenta oraz jego rodziców, odpowiedzialnych do tej pory za zdrowie dziecka.

Rozwiązanie ww. kwestii Rzecznik, we współpracy z grupą organizacji pozarządowych działających na rzecz chorych przewlekle, widzi w stworzeniu systemu zakładającego, że młody

pacjent już od 16 r.ż., co najmniej 4 razy w roku, będzie miał pierwsze konsultacje z lekarzem, który będzie prowadził jego leczenie po ukończeniu 18 lat. Takie rozwiązanie pomoże pacjentowi płynnie przejść do opieki i leczenia dla dorosłych. Pacjent zapoznałby się z funkcjonowaniem placówki dla dorosłych, co wpłynęłoby na zmniejszenie dyskomfortu związanego z zakończeniem leczenia w ośrodkach pediatrycznych i przerwy w leczeniu związanej z poszukiwaniem nowego świadczeniodawcy. Lekarz będzie miał również wiedzę o pacjencie i jego stanie zdrowia, co jest bardzo istotne dla zachowania ciągłości leczenia.

W pierwszej kolejności Rzecznik opracował - we współpracy z organizacjami pozarządowymi - ankietę dla Pacjentów. To na jej podstawie wspólnie z Rzecznikiem zostanie wypracowany najlepszy model rozwiązania problemu tej grupy, w tym koncepcja wprowadzenia zmian w przepisach prawa. Ankieta znajdowała się na stronie www.bpp.gov.pl. i była wypełniana do końca lutego 2017 r.

Znieczulenie podczas rezonansu magnetycznego

Zgodnie z obowiązującym porządkiem prawnym katalog ambulatoryjnych świadczeń kosztochłonnych nie zawiera badania rezonansu magnetycznego z rozróżnieniem na wykonywanie go w znieczuleniu ogólnym i bez znieczulenia, tj. widnieje jedynie pozycja badania rezonansu magnetycznego bez jakiegokolwiek jego podziału. Szczegółowe przepisy dotyczące wykonywania badania rezonansu magnetycznego, określają warunki badania bez wskazania zasad wykonywania go w znieczuleniu ogólnym. W konsekwencji powyższego, nie ma możliwości wyodrębnienia listy świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonanie badań rezonansu magnetycznego w znieczuleniu ogólnym, co powoduje dwojakie negatywne skutki.

Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta należy wprowadzić odpowiednie przepisy, które zapewnią Pacjentom na terenie całego kraju równy dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego zarówno bez znieczulenia jak i w znieczuleniu ogólnym. W związku z powyższym wystąpiono do Ministra Zdrowia o podjęcie stosownych działań legislacyjnych.

Jak wynika z odpowiedzi Ministra Zdrowia obecnie w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji trwają prace analityczne mające na celu nowelizację aktu wykonawczego dotyczącego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przy tej okazji wniosek dotyczący umożliwienia wykonywania badań rezonansu magnetycznego zarówno bez znieczulenia jak i w znieczuleniu ogólnym zostanie wnikliwie przeanalizowany.

Wczesna rehabilitacja neurologiczna dla osób wybudzonych ze śpiączki

Rzecznik podjął temat sytuacji Pacjentów wybudzonych ze śpiączki. Problem dotyczy braku dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji neurologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych i dotyczy Pacjentów leczonych z powodu urazów po wypadkach komunikacyjnych (80%), po nagłym zatrzymaniu krążenia, udarach mózgu, podtopieniach czy zatruciach (20%).

Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu wczesnej rehabilitacji neurologicznej dla tej grupy pacjentów. Problemem jest bowiem to, że przepisy prawa enumeratywnie wskazują, z których oddziałów szpitalnych i poradni można skierować Pacjenta na rehabilitację neurologiczną w trybie stacjonarnym. Postulatem Rzecznika było podjęcie stosowanych zmian legislacyjnych mających na celu uzupełnienie regulacji o możliwość skierowania pacjenta na rehabilitację neurologiczną w trybie stacjonarnym przez lekarza lub lekarza specjalistę z dziedziny neurologii zatrudnionego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Do czasu ewentualnej zmiany koncepcji leczenia chorych wybudzonych ze śpiączki wymagających wczesnej rehabilitacji neurologicznej, np. skoordynowana opieka wczesnej rehabilitacji neurologicznej, w ocenie Rzecznika wprowadzenie tej zmiany pozwoli chorym wybudzonym ze śpiączki i leczonym w Zakładach Opiekuńczo Lecznicych na objęcie specjalistycznym leczeniem w warunkach stacjonarnych, tj. oddziałach rehabilitacyjnych.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że obecnie procedowane jest wprowadzenie nowego programu zdrowotnego - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, jako świadczenia gwarantowanego. Program proponuje taki zakres świadczeń, który odpowiednio zaplanowany i przeprowadzony będzie wpływać na usprawnienia stanu zdrowia osoby śpiączkowej objętej opieką i jest przy tym ukierunkowany na przywrócenie świadomości i wybudzenie ze śpiączki. W zakresie proponowanej przez Rzecznika zmiany określonych przepisów prawa Minister Zdrowia poinformował, że zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej mających na celu poprawę ich dostępności.

Rzecznik ponowił swoje wystąpienie w tym temacie do Ministra Zdrowia, który zobowiązał się do przeprowadzenia stosownych analiz, a w przypadku zaistnienia konieczności zmian przepisów podjęte zostaną stosowne kroki, zmierzające do poprawy zaistniałej sytuacji.

Rzecznik monitoruje sprawę.

Dostępność do nowych metod leczenia osób z chorobą Parkinsona

W 2016 r. Rzecznik podjął problematykę dostępności do nowych metod leczenia Pacjentów z rozpoznaną chorobą Parkinsona. Problemem jest brak ujęcia nowych leków na liście refundacyjnej, w tym głównie tzw. terapii infuzyjnych - podskórnych wlewno apomorfiny oraz dojelitowych lewodopy z karbidową. Terapie te zawarte są w międzynarodowych i krajowych standardach i stwarzają szansę na godne życie chorych, którzy kwalifikują się do wszczepienia stymulatora mózgu i uzyskują zadawalające rezultaty po leczeniu lekami doustnymi. Zabiegi głębokiej stymulacji mózgu (DBS) są refundowane ale w ograniczonej liczbie oraz wyłącznie model jednokanałowy. Pacjenci mają utrudniony dostęp do świadczeń lekarzy specjalistów w domu chorego z chorobą Parkinsona.

Rzecznik podjął w tej sprawie działania, a Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii wskazał, że przygotowany jest program lekowy leczenia zaburzeń motorycznych w zaawansowanej chorobie Parkinsona metodami terapii infuzyjnej. Podsumowywane są opinie ekspertów dotyczące ustalenia wskazań jacy Pacjenci mogliby być kwalifikowani do tego programu. Jest to leczenie kosztowne dlatego istotne znaczenie mają kryteria kwalifikacji.

Do końca 2016 r. zmian w przedmiotowym zakresie nie było; Rzecznik będzie monitorował sprawę.

Kontynuacja leczenia pacjentów powracających z zagranicy

Jak wynika ze skarg wpływających do Rzecznika zdarzają się przypadki kiedy podmioty lecznicze odmawiają osobom powracającym z zagranicy weryfikacji ich stanu zdrowia; podmioty lecznicze nie wskazują przy tym gdzie Pacjent może uzyskać kontynuację leczenia. Powyższe jest zgodne z obowiązującymi przepisami, bowiem pacjent często nie kwalifikuje się do udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć, a lekarz podstawnej opieki zdrowotnej nie ma organizacyjnej możliwości dokonać kontroli świadczeń specjalistycznych (np. chirurgicznych). Skutkiem powyższego jest ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych. W przypadku, gdy pacjent powracający z zagranicy nie ma realnej możliwości dokonać weryfikacji stanu zdrowia w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie jest zachowana równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Rzecznik skierował wystąpienie do Ministra Zdrowia o zajęcie stanowiska w tej sprawie.

Minister Zdrowia wskazał, że pacjenci powracający z zagranicy, wymagający udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym kontynuacji leczenia lub postępowania diagnostycznego rozpoczętego w innym kraju, są traktowani pod względem dostępu do świadczeń w taki sam sposób jak pozostali pacjenci. Brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia szczególnych regulacji obejmujących tę pierwszą grupę, w szczególności np. w zakresie zapisywania na listy oczekujących. Mając na uwadze powyższe Ministerstwo Zdrowia nie planuje podjęcia działań legislacyjnych w omawianym zakresie.

Dostęp do świadczeń specjalistycznych dla dzieci urodzonych przedwcześnie

Mając na względzie dotychczas analizowane sprawy indywidualnych pacjentów w zakresie opieki sprawowanej nad noworodkami w Polsce, Rzecznik zwrócił uwagę na problemy z dostępem do wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych dla dzieci urodzonych przedwcześnie. Zauważyć należy, iż po wypisie z oddziału neonatologicznego mali pacjenci powinni pozostać pod nadzorem lekarzy specjalistów badających dojrzewanie narządów oraz rozwój dziecka. Niemniej jednak z uwagi na długi termin oczekiwania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także brak ośrodków koordynujących obserwację stanu zdrowia takiego dziecka, przedmiotowy nadzór jest utrudniony. W chwili obecnej, małe dzieci obciążone wcześniactwem nie uzyska również specjalistycznej pomocy w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej nieposiadającej dostępu do niezbędnego sprzętu oraz personelu znającego potrzeby takiego dziecka.

Rzecznik zasygnalizował powyższy problem Ministrowi Zdrowia, który wyjaśnił, że podjął działania zmierzające do ujednoczenia zasad postępowania w opiece nad noworodkiem i wychodząc naprzeciw oczekiwaniom polskich neonatologów, a także spełniając ich prośby kierowane do Zarządu Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i członków Neonatologicznego Nadzoru Krajowego, zostały opracowane i rozpowszechnione wśród neonatologów „Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce - zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego”.

Dostępność małych pacjentów do wózków inwalidzkich

W analizowanym przez Rzecznika stanie prawnym osoby niepełnoletnie mogły otrzymać wózek inwalidzki specjalny raz na 3 lata. W przepisach nie uwzględniono jednak rozwoju fizycznego dziecka wynikającego z dorastania. Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o uwzględnienie tej kwestii i wprowadzenie stosowanych zmian w przepisach prawa. Wniosek ten został uwzględniony - obecnie okres użytkowania może ulec skróceniu u dzieci do 18. roku życia, gdy możliwości regulacji wyrobu zostały wyczerpane, a wystąpiły zmiany w stanie fizycznym w wyniku rozwoju fizycznego.

Leczenie pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu

Z przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli analizy²⁰ wynika, że aż jedna trzecia pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu trafia do szpitali nieposiadających oddziałów udarowych i leczona jest w oddziałach neurologicznych bądź na zwykłych oddziałach wewnętrznych. Dzieje się tak, pomimo że w Polsce istnieje rozbudowana sieć 174 szpitali posiadających dobrze przygotowane oddziały lub pododdziały udarowe, zapewniające szybką i jednoznaczną diagnozę, dające dostęp do skuteczniejszych metod leczenia i natychmiastowej rehabilitacji neurologicznej; leczenie pacjentów z udarem oznacza konieczność zapewnienia kompleksowej opieki medycznej, realizowanej przez odpowiednio wykwalifikowany zespół. W jego skład wchodzi lekarze neurologi, interniści lub kardiologowie, fizjoterapeuci, psychologowie, logopedzi oraz pielęgniarki neurologiczne. Konieczne jest też wykorzystanie specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, wymaganych do realizacji świadczeń w ramach oddziałów udarowych, w których pacjenci mogą być poddani najskuteczniejszej procedurze leczenia niedokrwiennej udarów (stanowią one 80% wszystkich udarów) jaką jest leczenie trombolityczne.

Problemy związane z szybkim dostępem do specjalistycznej diagnostyki w kierunku udaru zostały zidentyfikowane także w oparciu o analizę informacji wpływających do Rzecznika.

Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o informację: czy zostały podjęte działania systemowe w zakresie dostępności do leczenia na oddziałach udarowych lub innych oddziałach specjalistycznych w kontekście skonkretyzowania zasad transportu sanitarnego tak, by osoby z podejrzeniem udaru mózgu trafiały bezpośrednio do specjalistycznych placówek w czasie niezbędnym do podjęcia działań (ok. 4 godzin od chwili wystąpienia pierwszych objawów do diagnozy i podjęcia leczenia) oraz czy Ministerstwo Zdrowia w opracowywaniu tzw. mapy potrzeb zdrowotnych uwzględni odrębność oddziałów udarowych jako specjalizujących się w wąskim zakresie udzielania świadczeń.

²⁰ Kontrola LKA.410.015.2015, Nr ewid. 43/2016/P/15/072/LKA

Według Ministra Zdrowia osoba z podejrzeniem udaru powinna być transportowana bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się oddział neurologiczny i który zajmuje się leczeniem i diagnostyką pacjentów z tego typu schorzeniem. Gdy jednak z różnych powodów osoba wymagająca specjalistycznego leczenia nie została przekazana do właściwego ośrodka (np. pacjent musiał być zabezpieczony do dalszego transportu w najbliższym szpitalu), to szpital ten zobowiązany jest zapewnić niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego do najbliższego zakładu leczniczego udzielającego świadczeń w odpowiednim zakresie. Dodatkowo Minister Zdrowia wystąpił do wojewodów z prośbą o przekazanie do:

- 1) lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego,
- 2) dyspozytorni medycznych,
- 3) dysponentów zespołów ratownictwa medycznego,
- 4) szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 5) izb przyjęć szpitali

- informacji o konieczności zapewnienia właściwego standardu postępowania z pacjentem, u którego występuje podejrzenie udaru ośrodkowego układu nerwowego.

Choroby rzadkie

Rzecznik podjął analizę problematyki Pacjentów z chorobami rzadkimi. System opieki zdrowotnej nie uwzględnia specjalnych rozwiązań dla Pacjentów cierpiących na rzadko występujące choroby. Trudna sytuacja pacjentów wynika przede wszystkim z charakteru tej grupy chorób - niektóre z nich występują tak rzadko, że nie opracowano jeszcze właściwych dla nich leków (oraz sposobów postępowania), a niski poziom wiedzy na ich temat często nie pozwala na prawidłowe rozpoznanie choroby. Uwzględniając powyższe, a także mając na uwadze powołanie przez Ministra Zdrowia Zespołu ds. Chorób rzadkich, którego celem jest dążenie do zapewnienia dostępu do informacji, diagnostyki, terapii i opieki dla chorych na choroby rzadkie, Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia o przekazanie wyników analiz podjętych przez Zespół, co umożliwi dokładniejsze rozpatrzenie problemu i pozwoli na podjęcie dalszych działań.

Jak wynika z odpowiedzi Ministra Zdrowia, Zespół do spraw chorób rzadkich przedłożył wstępny projekt „Narodowego planu dla chorób rzadkich”. Obejmuje on zalecenia dotyczące działań w obszarze identyfikacji i diagnostyki chorób rzadkich, wypracowania szybkich ścieżek postępowania terapeutycznego, zapewnienia ciągłości i koordynacji leczenia oraz opieki społecznej i wsparcia w edukacji. Całości działań dopełnia zorganizowanie właściwej informacji dla pacjentów i ich rodzin oraz kadry medycznej i społecznej.

Rzecznik będzie kontynuował przedmiotową sprawę.

Dostęp do wykwalifikowanego personelu medycznego

Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się w 2015 r. do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania zjawiska niedoboru lekarzy specjalistów. Zagadnienie niewystarczającej liczby specjalistów stanowiło do tej pory przedmiot analizy i wystąpień wielu podmiotów czy też instytucji - problem wciąż jednak pozostaje aktualny. Tymi którzy zgłaszają do Rzecznika skalę omawianego problemu są między innymi konsultanci krajowi z określonych dziedzin medycyny. Według danych przekazanych Rzecznikowi przez konsultantów krajowych największe braki zaobserwowano w następujących specjalnościach lekarskich: pediatria, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, diabetologia, genetyka kliniczna, medycyna rodzinna, kardiologia dziecięca, nefrologia dziecięca, alergologia oraz geriatrya.

W związku z powyższym Rzecznik ponownie w 2016 r. zwrócił się do Ministra Zdrowia o wskazanie w jakiej perspektywie czasu Ministerstwo Zdrowia przewiduje wzrost liczebności lekarzy specjalistów w związku z podjętymi w 2016 r. działaniami i kiedy zostanie podjęta analiza skuteczności podjętych działań oraz czy są planowane inne - niż dotychczas podjęte - działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy specjalistów.

W odpowiedzi Minister Zdrowia wskazał, że w celu zmniejszenia deficytu lekarzy w Polsce, podjęto działania mające zwiększyć liczbę absolwentów kierunku lekarskiego. W roku akademickim

2015/2016, ustalono limit 7 550 miejsc na kierunkach: lekarskim i lekarsko-dentystycznym, który w roku akademickim 2016/2017 podwyższono do 8 490 miejsc. Zatem ogólna pula miejsc na kierunki lekarski i lekarsko dentystyczny wrosła w stosunku do roku akademickiego 2015/2016 o 940 miejsc, z czego na kierunku lekarskim o 912 miejsc. Pierwsze znaczące efekty działań podjętych przez Ministerstwo Zdrowia w 2016 r. w celu zwiększenia liczby lekarzy specjalistów będą zauważalne po około 5 latach, czyli na przełomie lat 2021/2022. Związane jest to przede wszystkim z faktem, że szkolenie specjalizacyjne trwa średnio 5 lat, zatem lekarze, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne w 2016 r. powinni planowo je ukończyć właśnie w roku 2021 i zdać Państwowy Egzamin Specjalizacyjny jeszcze w roku 2021 lub w roku 2022. Biorąc pod uwagę powyższe analiza skutków działań podjętych w celu zwiększenia liczby lekarzy specjalistów w 2016 r. będzie mogła zostać przeprowadzona w 2022 r.

Rzecznik będzie monitorował sprawę.

Legalność i prawidłowość wykonywania środków zabezpieczających

Na kanwie niepokojących doniesień, w tym medialnych, dotyczących sposobu realizacji środka zabezpieczającego, w szczególności sporządzanych opinii w ramach obowiązku wynikającego z art. 203 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy²¹, Rzecznik zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości o zajęcie stanowiska oraz rozważenie możliwości podjęcia stosownych działań w przedstawionej kwestii. W szczególności Rzecznik zwrócił uwagę na nieprawidłowości w zakresie stosowania prawa karnego procesowego, przedstawił wątpliwości co do jakości nadzoru penitencjarnego sprawowanego w sprawach w kontekście rzetelności/obiektywizmu przesyłanych do sądu przez kierownika zakładu opinii o stanie zdrowia pacjentów przebywających na internacji w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Przedmiotowe pismo skierował również do wiadomości prezesów właściwych sądów okręgowych.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości wskazał, iż obowiązujące regulacje prawne zapewniają właściwą kontrolę ww. kwestii, zaś nieprawidłowości wiążą się z niewłaściwą praktyką orzecniczą, co wymaga podjęcia działań zmierzających do jej wyeliminowania. W wystąpieniu uzupełniającym Ministerstwo Sprawiedliwości podtrzymało stanowisko, iż obowiązujący stan prawny nie wymaga zmian, bowiem zapewnia właściwe instrumenty prawne chroniące prawa osób umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych tytułem środka zabezpieczającego. Natomiast w jednostkowych przypadkach stwierdzone nieprawidłowości są korygowane przy pomocy dostępnych instrumentów prawnych.

Działanie Rzecznika w powyższej kwestii spotkało się z aprobatą organów sądowniczych. Z udzielonych Rzecznikowi odpowiedzi wynika, iż sądy podjęły działania weryfikujące prawidłowość stosowania obowiązujących przepisów w przedmiotowym zakresie.

2. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Nieodłącznym elementem leczenia jest prowadzenie przez lekarza (osobę wykonującą zawód medyczny) dokumentacji medycznej Pacjenta, odzwierciedlającej przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent ma zaś prawo dostępu do tej dokumentacji w określonych formach (np. kopia, wydruk - w przypadku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej - wyciąg, odpis). Dostęp Pacjenta do jego dokumentacji medycznej jest w pełni uzasadniony, wszak zawiera ona informacje dotyczące jego stanu zdrowia. Dokumentację medyczną Pacjenta mogą uzyskać także inne określone w przepisach ustawy organy i instytucje dla ściśle oznaczonych celów (np. organy władzy publicznej, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań, w szczególności kontroli, oraz sądy czy też prokuratury, w związku z prowadzonym postępowaniem).

Dokumentacja medyczna w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych - a także poza nim - odgrywa bardzo istotną rolę. Jest niezbędna dla zachowania ciągłości leczenia Pacjenta, którego historia leczenia, np. choroby przewlekłej, może obejmować okres wielu lat. Umożliwia także Pacjentowi weryfikację zastosowanej u niego terapii, w przypadku wątpliwości w tym zakresie.

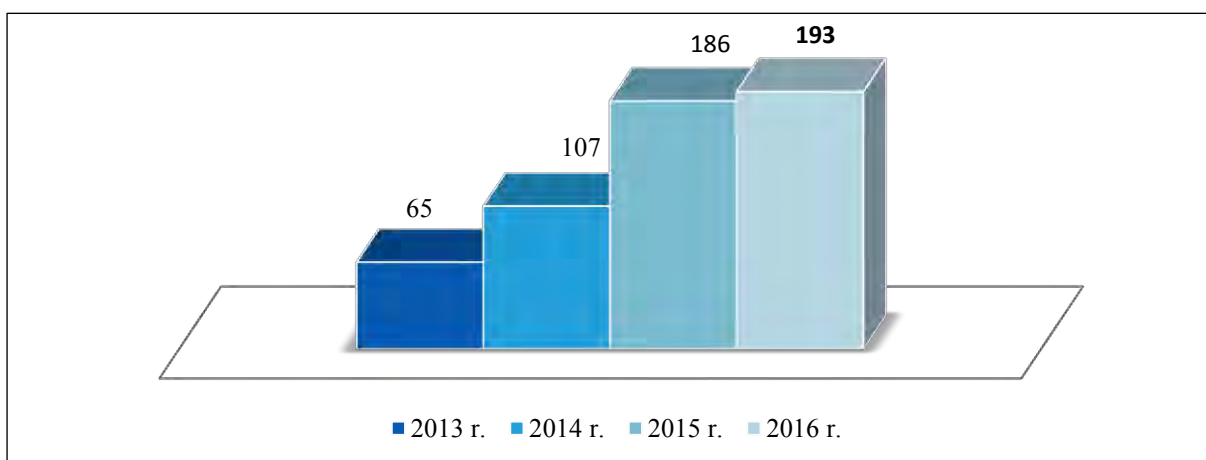
²¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 665, z późn. zm.

Informacje zawarte w dokumentacji medycznej są również często potrzebne przy ubieganiu się o różnego rodzaju świadczenia socjalne, a także wykorzystywane w toku innych postępowań przed organami administracji publicznej czy sądami.

Tabela 11. Stopień naruszeń prawa pacjenta do dokumentacji medycznej oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.

PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ROKU 2016				
liczba stwierdzonych naruszeń	% ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta	liczba wystąpień z zaleceniami	zalecenia przyjęte do realizacji	% zaleceń przyjętych do realizacji
193	35%	181	147	81%

Wykres 11. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do dokumentacji medycznej w latach 2013-2016



Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej było w 2016 r. nieprzestrzegane w stopniu wysokim.

Wniosek:

Liczba stwierdzonych naruszeń ww. prawa pacjenta pozostaje dokładnie na tym samym poziomie procentowym, co w 2015 r. (35% ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta). Stąd też ww. prawo pacjenta w 2016 r. było nieprzestrzegane w stopniu wysokim.

Wyrazić jednakże należy pogląd, że przestrzeganie omawianego prawa pacjenta w 2017 r. oraz w latach następnych będzie się poprawiało. Asumptem do takiego wniosku są pozostające na wysokim poziomie realizowane przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych zalecenia Rzecznika, pozostałe działania Rzecznika oraz wprowadzone zmiany legislacyjne²², w zakresie sygnalizowanym przez Rzecznika w latach ubiegłych²³. W szczególności w tym przedmiocie należy zwrócić uwagę na odstępianie przez ustawodawcę od możliwości dostępu przez Pacjenta do oryginałów jego dokumentacji medycznej (za pokwitowaniem i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu). Inną kwestią jest uregulowanie wprost pojęcia „odpis” dokumentacji medycznej, co też wyeliminuje wątpliwości interpretacyjne w tym zakresie²⁴. Doprecyzowano także uprawnienie

²² Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 836)

²³ Tj. w sprawozdaniach dotyczących przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za okres 1 stycznia-31 grudnia 2014 r. oraz 1 stycznia-31 grudnia 2015 r.

²⁴ Nadal pojawiają się przypadki, gdzie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępniają pacjentom kopie dokumentacji poświadczane „za zgodność z oryginałem” i z tego tytułu pobierają opłatę jak za udostępnienie odpisu, która jest wielokrotnie wyższa niż opłata za kopię dokumentacji. W ocenie Rzecznika takie działanie jest całkowicie pozbawione podstawy prawnej, ponieważ kopię dokumentacji medycznej poświadczoną „za zgodność z oryginałem” nadal należy traktować jako kopię, w żadnym przypadku jako odpis.

osoby upoważnionej do dokumentacji medycznej zmarłego Pacjenta do wszystkich form określonych w art. 27 ustawy²⁵. W dniu 12 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw²⁶. Jedną ze zmian wprowadzonych ww. ustawą jest uregulowanie na poziomie ustawowym kwestii udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej - wydruk tej dokumentacji z systemu elektronicznego. Jednakże ustawodawca nie określił kwoty maksymalnej, jaką podmiot leczniczy może pobrać od Pacjenta za sporządzenie wydruku (tak jak to ma miejsce w przypadku innych form udostępniania, np. kopii, odpisów, wyciągów). Również i ta kwestia - zasygnalizowana Ministrowi Zdrowia przez Rzecznika - została uwzględniona w zmianach ustawy.

Poniżej przedstawione zostały przykładowe inicjatywy Rzecznika dotyczące ww. prawa pacjenta, a także obszary, w których najczęściej dochodziło do naruszeń:

Zmiana nr PESEL w receptach lekarskich

Prawidłowo wystawiona recepta lekarska na produkt refundowany powinna zawierać dane pacjenta, dane osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, numer oddziału NFZ, niezbędne dane dotyczące leku i jego poziom refundacji, datę wystawienia, datę realizacji. Recepta powinna także być odręcznie podpisana przez osobę wystawiającą i opatrzona jej pieczętką (imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza). W przypadku, gdy recepta lekarska zawiera błędny numer PESEL lub wpisany jest on w sposób nieczytelny osoba wydająca lek może określić ten numer na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę.

W ocenie Rzecznika farmaceuta i technik farmaceutyczny powinien posiadać uprawnienie do określenia i uzupełnienia w receptce lekarskiej numeru PESEL samodzielnie. Takie rozwiązanie można by przyjąć w sytuacji, gdy osoba wydająca jest w stanie ustalić tożsamość (uprawnienie) osoby okazującej receptę lekarską, tj. gdy recepta zawiera inne elementy, które można zweryfikować na podstawie dokumentu (np. dowodu osobistego), i w powiązaniu z nimi ustalić numer PESEL.

Rzecznik wystąpił w tej sprawie do Ministra Zdrowia i uzyskał informację, że w toku prac legislacyjnych rozpatrywano możliwość nadania uprawnień osobom realizującym recepty na umieszczanie numeru PESEL na receptach w każdym przypadku kiedy nie uczyniła to osoba wystawiająca receptę. Niemniej jednak powyższa zmiana nie została wprowadzona z uwagi na opór środowiska farmaceutycznego, w opinii którego spowoduje to całkowite zaniechanie wpisywaniem nr PESEL przez lekarzy i w związku z tym stałoby się obowiązkiem osób realizujących recepty.

Dostęp przedstawicieli ustawowych do dokumentacji medycznej małoletniego pacjenta

Sytuacje odmowy udzielenia informacji (względnie udostępnienia dokumentacji medycznej) o stanie zdrowia małoletniego Pacjenta jednemu z rodziców, wynikają głównie z tego, że dziecko na stałe przebywa z jednym z rodziców bądź rodzice są po rozwodzie lub w związku małżeńskim nigdy nie byli. Utrudnieniem przy weryfikacji osoby uprawnionej do działania w imieniu małoletniego jest też aktualny spór sądowy o władzę rodzicielską, o którego toku personel medyczny często nie jest informowany. Zdarzają się sytuacje celowego wprowadzania pracowników podmiotu leczniczego w błąd przez jednego z rodziców. Powyższe ostatecznie wpływa na nieprawidłową realizację uprawnienia przedstawiciela ustawowego do dostępu do dokumentacji medycznej małoletniego pacjenta oraz do informacji o jego stanie zdrowia. Źródła spornych sytuacji nie należy upatrywać w złej woli podmiotów leczniczych, choć zdarzają się przypadki świadczące o niedostatecznej świadomości prawnej lekarzy, którzy stają przed koniecznością rozwiązania powstałego problemu.

²⁵ Rozbieżności interpretacyjne polegały na tym, że w przepisie art. 26 ust. 2 ustawy, była mowa, iż osobie upoważnionej przez zmarłego pacjenta przysługuje możliwość wglądu w jego dokumentację medyczną. Podmioty lecznicze, interpretując przepis w sposób literalny, wskazywały, że udostępnienie może nastąpić wyłącznie przez wgląd, niemożliwe jest zatem uzyskanie np. kopii dokumentacji medycznej. Zdaniem Rzecznika jest to pogląd niezasadny, nieodzwierciedlający intencji ustawodawcy. Zbieżne stanowisko pojawiło się również w orzecznictwie sądowo-administracyjnym (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r. sygn. akt. II SAB/z 29/10), w którym sąd za zasadne uznał sięgnięcie do wykładni celowościowej.

²⁶ Dz. U. poz. 1991, z późn. zm.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż lekarz musi mieć pewność co do statusu osoby, która żąda udzielenia informacji o małoletnim. Pamiętać jednak także należy, że odmowa udzielenia informacji rodzicowi, który legitymuje się odpowiednimi dokumentami, może ograniczać nie tylko prawo pacjenta, ale również władzę rodzicielską. Tego typu sytuacje wpływają również negatywnie na jakość relacji pomiędzy przedstawicielami ustawowymi małoletnich pacjentów, a personelem medycznym, a stąd już prosta droga do wystąpienia sytuacji konfliktowych, stresogennych, niekomfortowych zarówno dla rodziców dziecka, jak i pracowników podmiotu leczniczego.

Na gruncie obowiązujących przepisów podczas tworzenia dokumentacji medycznej personel ma obowiązek załączać oświadczenia pacjenta o upoważnieniu wskazanej osoby do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej. Odbierając oświadczenia od przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta, powinien poinformować o konieczności wskazania wszystkich osób upoważnionych do działania w imieniu małoletniego.

Rzecznik, dostrzegając rozbieżne stanowiska podmiotów leczniczych w kwestii realizacji prawa dostępu przedstawicieli ustawowych do dokumentacji medycznej pacjentów małoletnich, zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do uregulowania kwestii pełnego oznaczania w dokumentacji medycznej kręgu osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej małoletniego.

W opinii Ministra Zdrowia wskazanie w dokumentacji medycznej wszystkich osób uprawnionych w żaden sposób nie rozwiązuje zasygnalizowanego problemu, gdyż sytuacja rodziny (ograniczenie albo pozbawienie władzy rodzicielskiej) może ulegać zmianie. W związku z powyższym, zaproponowane rozwiązanie nie tylko nie przyczyni się do realizacji celu założonego przez Rzecznika, ale wręcz uniemożliwi jego osiągnięcie. Działanie takie mogłoby być wręcz postrzegane jako próba ograniczenia praw przedstawicieli ustawowych, którzy mają prawo w każdej chwili rozszerzyć albo zmienić krąg osób, które chcą upoważnić. Jednocześnie Minister poinformował, że w przypadku zgłoszenia konkretnej propozycji zmiany przepisów, będzie ona wnikliwie rozważona.

Dodatkowo w tej sprawie Rzecznik zwrócił się do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o rozważenie współpracy w celu ograniczenia występowania ww. problemu. Rzecznik oczekuje na odpowiedź.

Sprawa jest w dalszych ciągach prowadzona przez Rzecznika.

Odmowa wydania karty zgonu

Zgon i jego przyczyna powinny być ustalone przez lekarza, leczącego pacjenta w ostatniej chorobie. W razie zaś niemożności dopełnienia tego warunku, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez innego lekarza. Gdyby i ten warunek nie mógł zostać spełniony powinność stwierdzenia zgonu przechodzi na inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę. Niemniej jednak, często takim lekarzem będzie lekarz z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bądź ze szpitala, a nie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast w przypadku uzasadnionego podejrzenia, iż przyczyną zgonu było przestępstwo obowiązek przechodzi na lekarza, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok.

Z uwagi, iż w ocenie Rzecznika katalog osób uprawnionych powinien zostać rozszerzony także o ratownika medycznego, w sytuacji przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego w składzie bez lekarza, skierowano do Ministra Zdrowia wystąpienie o udzielenie informacji na temat etapu prowadzonych prac, które umożliwią sprawne działanie służb odpowiedzialnych za utrzymanie porządku i bezpieczeństwa w zakresie stwierdzenia zgonu oraz pieczy nad zwłokami i szczątkami ludzkimi.

W odpowiedzi Minister Zdrowia poinformował, że w Głównym Inspektoracie Sanitarnym trwają prace koncepcyjne Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy, która ma obejmować

zagadnienia dotyczące: tworzenia, prowadzenia oraz wymagań dla cmentarzy, form pochówku, przewozu zwłok, postępowania ze zwłokami oraz rodzaje dokumentacji, stanowiącej podstawę do pochówku osób zmarłych, w tym dzieci martwo urodzonych. Ponadto, odnosząc się do kwestii związanych ze stwierdzaniem zgonu, wyjaśniono, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace legislacyjne w zakresie kompleksowego uregulowania tego zagadnienia. Mając jednak na uwadze konieczność skorelowania tych regulacji z przygotowywanymi rozwiązaniami systemowymi, w tym w zakresie funkcjonowania karty zgonu, należy przyjąć, że ich termin wejścia w życie będzie określony nie wcześniej niż na dzień 1 stycznia 2018 r.

Udostępnianie odlewów (modeli) stomatologicznych

Obecnie obowiązujące przepisy prawa nie określają okresu oraz warunków przechowywania i udostępniania preparatów histopatologicznych, odlewów czy modeli stomatologicznych. Ponadto w obowiązującym stanie prawnym nie ma kompleksowych unormowań określających wprost okres przechowywania preparatów mikroskopowych, histopatologicznych bądź odlewów stomatologicznych, jak również wskazania, czy i komu mają być wydane oraz, czy ulegają zniszczeniu. Potrzeba przechowywania i udostępniania preparatów histopatologicznych (błoczków, płytek), a nie tylko ich opisów, które stanowią dokumentacją medyczną, nie budzi wątpliwości. Udostępnienie ich często jest niezbędne do monitorowania postępów leczenia. Pozwalają one także na zweryfikowanie lub uściślenie otrzymanych pisemnych wyników.

Oceniając skalę przedstawionego problemu zdaniem Rzecznika zasadne jest zapoznanie się także z opiniami i stanowiskami innych właściwych organów czy też instytucji, w tym samorządów zawodów medycznych. W tym zakresie wystąpiono do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Jak wynika z udzielonej Rzecznikowi odpowiedzi do Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej nie docierają bezpośrednio skargi pacjentów dotyczące sposobu oraz terminu przechowywania preparatów niezbędnych do wykonywania badań laboratoryjnych oraz materiałów wytworzonych w stomatologii (np. odlewów stomatologicznych), a także dostępu pacjentów do tych materiałów. Mimo powyższego problem brak należytego uregulowania wyżej wskazanych kwestii jest doskonale znany członkom samorządu lekarskiego, którzy wielokrotnie apelowali o uregulowanie ww. kwestii oraz zapewnienie pacjentom dostępu do takich materiałów.

Status prawny karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

W świetle obowiązujących przepisów świadczeniobiorca zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego świadczenia te będą udzielane. W przypadku konieczności zmiany świadczeniodawcy, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wydawana świadczeniobiorcy. Domniemywać należy, iż w takim przypadku to pacjent przekazuje kartę pomiędzy świadczeniobiorcami celem kontynuacji leczenia. Świadczeniodawca sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, która stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Powyższe przepisy mogą być interpretowane w ten sposób, iż karta diagnostyki i leczenia onkologicznego nie stanowi dokumentacji medycznej pacjenta, ale jest szczególnym rodzajem dokumentu załączanego do dokumentacji medycznej w sytuacji, gdy przepisy tak stanowią. Niemniej jednak, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera m.in. dane pacjenta dotyczące objawów, badań diagnostycznych, rozpoznania i planu leczenia oznaczonej osoby fizycznej. Fakt, iż karta stanowi jednocześnie podstawę uprawnienia do kontynuacji leczenia finansowanego ze środków publicznych nie musi wykluczać statusu karty jako dokumentacji medycznej indywidualnej zewnętrznej.

Wobec powyższych wątpliwości Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia, który wyjaśnił, iż mając na uwadze cel wydawania karty DiLO, jakim jest zapewnienie dostępu do diagnostyki

onkologicznej lub leczenia onkologicznego, bez skierowania, należy przyjąć, że nie stanowi ona dokumentacji medycznej - co w dalszym ciągu budzi wątpliwości Rzecznika.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez podmioty lecznicze utworzone przez Ministra Obrony Narodowej

Rzecznik wystąpił do Ministra Obrony Narodowej z prośbą o wskazanie podjętych bądź planowanych działań mających na celu realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 2 ustawy zobowiązującej Ministra Obrony Narodowej do określenia, w drodze rozporządzenia, rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, sposobu jej przetwarzania oraz wzorów określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzoru książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych. Rzecznik zwrócił uwagę, że dotychczas kwestie związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych, dla których Minister Obrony Narodowej jest podmiotem tworzącym, były regulowane przepisami rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania²⁷, które zostało uchylone w dniu 29 lutego 2016 r.

W odpowiedzi Ministerstwo Obrony Narodowej wskazało, że prace nad projektem stanowiącym wykonanie powyższego upoważnienia ustawowego rozpoczęto w 2015 r. i w toku prac podjęto decyzję o przyjęciu nowych rozwiązań dotyczących dokumentacji medycznej pacjentów wszystkich podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej. Opóźnienie w wydaniu rozporządzenia zostanie zrekomensowane wydaniem dokumentu, który kompleksowo uporządkuje kwestie związane z dokumentacją medyczną. Zapewniono także o przestrzeganiu praw pacjentów oraz wskazano, że w bieżącej działalności stosowane są obecnie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁸.

Prowadzenie dokumentacji medycznej przez zespoły ratownictwa medycznego, w przypadku interwencji podejmowanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Na podstawie rozpatrywanych przez Rzecznika spraw dotyczących działań zespołów ratownictwa medycznego podejmowanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, Rzecznik wystąpił do Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej z prośbą o wskazanie, jakie informacje powinny zostać zawarte w dokumentacji medycznej - przede wszystkim w kartach zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego i kartach medycznych czynności ratunkowych.

Analiza dokumentacji medycznej sporządzanej przez dyspozytorów medycznych i zespoły ratownictwa medycznego wykazała, że informacje w niej zawarte nie zawsze pozwalają na uzyskanie odpowiedzi dotyczącej przebiegu udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Rzecznik zwrócił uwagę, że dokumentacja medyczna powinna zawierać informacje dotyczące opisu stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Powyższe wydaje się szczególnie istotne w przypadku interwencji podejmowanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rzecznik zwrócił się o wskazanie, czy słuszne wydaje się wdrożenie działań mających na celu doprecyzowanie informacji zamieszczanych w kartach zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego i kartach medycznych czynności ratunkowych, w taki sposób aby można było na ich podstawie uzyskać odpowiedź na pytanie m.in. o okoliczności zdarzenia (konkretny opis zachowania pacjenta). W szczególności dotyczących wywiadu i opisu. Rzecznik wystąpił również o opinię, czy zasadne byłoby zamieszczanie w dokumentacji medycznej informacji, że pacjent odmawia przewiezienia go do szpitala psychiatrycznego, z zaznaczeniem - w przypadku braku takiej

²⁷ Dz. U. z 2014 r. poz. 1508

²⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069

prześlanki - iż nie wymagał on transportu do szpitala psychiatrycznego z zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

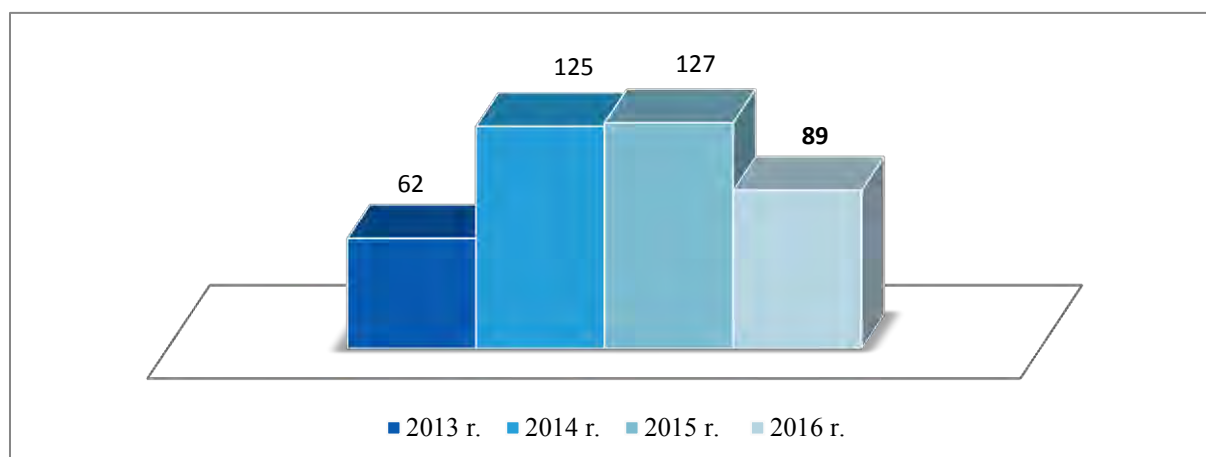
3. Prawo pacjenta do informacji oraz prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z przyjętą przez Rzecznika metodą oceny, prawa pacjenta do informacji oraz do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych zostaną omówione łącznie. Przemawia za tym powiązanie przedmiotowe tych dwóch praw pacjenta. Aby zweryfikować, czy w konkretnym przypadku Pacjent wyraził świadomą zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, w pierwszej kolejności należy ustalić, czy uzyskał wystarczające informacje o alternatywnych możliwościach diagnostycznych lub terapeutycznych, przewidywanych i możliwych powikłaniach, rokowaniu itd. Realizacja ustawowego obowiązku poinformowania Pacjenta umożliwia korzystanie z prawa do samostanowienia oraz pozwala na aktywne i świadome uczestnictwo w procesie terapeutycznym²⁹. Pacjent właściwie poinformowany to partner w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych; Pacjent niepoinformowany to jedynie bierny obserwator.

Tabela 12. Stopień naruszeń praw pacjenta do informacji i do wyrażenia zgody oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.

PRAWA PACJENTA DO INFORMACJI I WYRAŻENIA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ROKU 2016				
liczba stwierdzonych naruszeń	% ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta	liczba wystąpień z zaleceniami	zalecenia przyjęte do realizacji	% zaleceń przyjętych do realizacji
89	16%	86	68	79%

Wykres 12. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody w latach 2013-2016



Prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych były w 2016 r. nieprzestrzegane w stopniu średnim.

W 2015 r. obserwowaliśmy poprawę przestrzegania ww. praw pacjenta. Wprowadzie w 2015 r. liczba przypadków, w których Rzecznik stwierdził nieprawidłowości, plasowała się na niemal takim samym poziomie co w 2014 r., niemniej w stosunku do liczby wszystkich stwierdzonych naruszeń praw pacjenta przestrzeganie tych praw poprawiło się (w 2014 r. 33% wszystkich naruszeń

²⁹ E. Zielińska, E. Barcikowska-Szydło, K. Majcher, M. Malczewska, W. Preiss, K. Sakowski. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz.* Wolters Kluwer S.A., Warszawa 2014.

praw pacjenta dotyczyło praw pacjenta do informacji i do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w 2015 r. - 24%).

Wniosek:

Dalszą - i to bardzo wyraźną - poprawę przestrzegania omawianych praw pacjenta obserwujemy również w 2016 r.; o 8 punktów procentowych (z 24% w 2015 r. do 16% w 2016 r.) zmniejszył się procentowy udział stwierdzonych naruszeń tych praw pacjenta w stosunku do ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta (i to w sytuacji przeprowadzenia większej ilości postępowań wyjaśniających).

W porównaniu z 2015 r. spadł natomiast procent zrealizowanych przez podmioty lecznicze zaleceń Rzecznika z 92% w 2015 r. do 79% w 2016 r., niemniej pozostaje on na akceptowalnym poziomie, zbliżonym do innych praw pacjenta.

Poniżej najważniejsze inicjatywy Rzecznika, a także zidentyfikowane zagrożenia przestrzegania omawianych praw w 2016 r.:

Dostęp przedstawicieli ustawowych do informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych dziecka zawartych w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta

Jak to ma miejsce we wszystkich sferach życia społecznego w imieniu małoletniego pacjenta działają jego rodzice (przedstawiciele ustawowi). Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską i jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawy dziecka. Z informacji analizowanych przez Rzecznika wynika z kolei, że oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia zapewniają pełny i samodzielny dostęp do danych zawartych w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta wyłącznie rodzicowi, który zgłosił dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego.

Z uwagi na powyższy problem Rzecznik, po analizie wyjaśnień Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwrócił się do Ministra Zdrowia z pisemnym wnioskiem o informacje dotyczącą podjętych prac legislacyjnych mających na celu modyfikację przepisów w przedmiotowym zakresie.

Minister Zdrowia wyjaśnił, iż po opracowaniu projektu aktu prawnego Rzecznik zostanie niezwłocznie o tym poinformowany.

Rzecznik monitoruje sprawę.

Wyrażenie zgody pacjentów nie mogących pisać lub z niepełnosprawnością uniemożliwiająca odczytanie tekstu

W świetle obowiązujących przepisów w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, wyraża się w formie pisemnej. Zauważyć należy, iż forma pisemna zgody Pacjenta została zastrzeżona pod rygorem dowodowym, gdyż żaden z powyższych aktów nie przewiduje sankcji nieważności w przypadku jej niedochowania. Niemniej jednak, pacjenci oraz podmioty lecznicze zgłaszają do Rzecznika wątpliwości w przedmiocie możliwości odebrania pisemnej zgody pacjenta od osoby niepiśmiennej lub z niepełnosprawnością uniemożliwiającą odczytywanie tekstu, w przypadku świadczeń o charakterze planowym. Odnosząc się do wskazanego problemu, w ocenie Rzecznika, przyjęć należy, iż osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. Za osobę upoważnioną należy uznać również członków personelu podmiotu leczniczego albo inną osobę fizyczną wskazaną przez pacjenta, która złoży podpis przy tuszowym odcisku palca osoby niemogącej pisać. Niemniej jednak brak jest analogicznego przepisu mającego zastosowanie

w przypadku pacjenta niemogącego czytać. W ocenie organu praktyka stosowania przez podmioty lecznicze tzw. formularzy zgody nie może stanowić formalnej przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej. Z tych względów Rzecznik proponuje rozważenie wprowadzenia przepisu umożliwiającego w przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Powyższa propozycja została przedstawiona Ministrowi Zdrowia, który poinformował, iż prawa pacjenta powinny podlegać możliwie najlepszej i pełnej ochronie, a tym samym zaproponowane zmiany legislacyjne zostaną przeanalizowane w przypadku prac nad zmianą ustawy.

Leczenie elektrowstrząsami

W 2016 r. Rzecznik, na podstawie przeprowadzonej w 2014 r. analizy sposobu uzyskiwania i dokumentowania przez lekarzy zgody Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na leczenie elektrowstrząsami, kontynuował prace w zakresie ujednoczenia wskazanej procedury. Przedstawiciel Rzecznika uczestniczył w spotkaniu grupy ekspertów, powołanej przez Ministra Zdrowia. Podjęto działania mające na celu opracowanie treści formularza świadomej zgody oraz informacji dla Pacjenta, któremu proponowana jest terapia elektrowstrząsami. Zgodnie z przyjętym założeniem, przygotowane dokumenty zostaną wydane w formie zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii i będą udostępnione konsultantom wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii we właściwych miejscowo województwach, do ogólnego stosowania. Opracowane dokumenty, tj. informacja dla pacjenta, formularz świadomej zgody na zabiegi elektrowstrząsowe, karta zabiegu elektrowstrząsowego oraz zgoda pacjenta na zabiegi elektrowstrząsowe w przypadku terapii podtrzymującej w trakcie kolejnych hospitalizacji pacjenta, zostały przekazane przez Ministra Zdrowia podmiotom leczniczym, w których leczenie elektrowstrząsami jest wykonywane. Dokument został wydany jako rekomendacja Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii z dnia 5 lutego 2016 r.

Funkcjonalność systemu „Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”

Rzecznik w 2015 r. wystąpił do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawiając ocenę i wnioski zmierzające do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta w przedmiocie dostępu pacjentów do aktualnych wówczas informacji o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych, które to informacje gromadzone są w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne. Pomimo że procedura raportowania jest standaryzowana i odbywa się za pomocą komunikatów sprawozdawczych podnoszone były liczne głosy o niskiej wiarygodności przesyłanych przez podmioty lecznicze informacji.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał na podjętą w uzgodnieniu z Ministerstwem Zdrowia „akcję weryfikacyjną” przeprowadzoną przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, mającą na celu potwierdzenie prawdziwości sprawozdanych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. W piśmie wskazano, iż planowane jest wdrożenie do Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne między innymi funkcjonalności „zgłoś nieprawidłowość”.

W 2016 r. Rzecznik zwrócił się o przedstawienie informacji dotyczących ww. funkcjonalności, tj. czy wprowadzono powyższą zmianę, czy usprawniła ona system Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, a także o wskazanie pozostałych kroków, jakie zostały podjęte w celu poprawy funkcjonalności systemu.

Jak wynika z odpowiedzi Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zostały przekazane do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do stosowania zaktualizowane wytyczne, uzupełnione przede wszystkim o zasady informowania świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących oraz objętych planem leczenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Poza wspomnianymi już działaniami oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia organizują dla świadczeniodawców szkolenia dotyczące

prawidłowości prowadzenia list oczekujących i przygotowywania sprawozdawczości dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, a także zmian przepisów. Prowadzona jest również obszerna korespondencja papierowa, elektroniczna ze świadczeniodawcami w kwestiach dotyczących list oczekujących. Poprzez komunikaty umieszczane na stronach internetowych oraz w systemach służących do wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcami a oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina się świadczeniodawcom o terminach, w jakich powinni przekazać dane, wzywa się do uzupełniania braków danych lub dokonania korekty danych. Zwraca się również uwagę na konieczność skreślenia z list oczekujących osób, które nie stawily się w wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia, co wynika z obowiązujących przepisów. Przeprowadzane są również rozmowy telefoniczne ze świadczeniodawcami, bowiem niekiedy jest to najskuteczniejsza metoda wyjaśnienia na czym polega błąd i uzyskania jak najszybciej korekty danych.

Stosowanie przez policjantów środka przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przewożonych przez zespół ratownictwa medycznego w asyście Policji do izb przyjęć szpitali wielospecjalistycznych lub szpitali psychiatrycznych

Rzecznik - po analizie przepisów prawa i przypadków do niego zgłaszanych - skierował do Komendanta Głównego Policji stanowisko generalne w sprawie praktyki stosowania przez policjantów środka przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przewożonych przez zespół ratownictwa medycznego w asyście Policji do izb przyjęć szpitali wielospecjalistycznych lub szpitali psychiatrycznych. Rzecznik stoi na stanowisku, że kajdanki stosowane przez Policję - jako dopuszczony prawem środek przymusu bezpośredniego - nie powinny być stosowane w czasie przewozu pacjenta środkiem transportu zespołów ratownictwa medycznego. Pomimo tego że zgodnie z art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³⁰ policja udziela ww. zespołom pomocy, nie może być ona rozumiana jako zabezpieczenie pacjenta kajdankami w celu dalszego realizowanego przez ten zespół przewozu osoby do szpitala psychiatrycznego. Przymus bezpośredni stosowany przez policję i przymus bezpośredni stosowany przez ww. zespoły są regulowane odrębnymi przepisami. Przepisy te przewidują odrębne sposoby dokumentowania zastosowanego przymusu bezpośredniego i dokonywania oceny zasadności jego stosowania (przez odrębne organy / podmioty do tego uprawnione). Stosowanie w tym samym czasie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów i np. przez zespół ratownictwa medycznego sprowadza na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiedzialność za ewentualne „zdarzenia niepożądane”, które mogłyby wystąpić np. podczas transportu karetką systemową pacjenta zabezpieczonego przez policję kajdankami (dotyczy oczywiście zdarzeń wynikających bezpośrednio np. z zastosowanego przez Policję unieruchomienia itp.). Intencją wystąpienia było podkreślenie przede wszystkim tego, że zgodnie z obecnymi przepisami prawa, regulującymi zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz normującymi stosowanie przymusu bezpośredniego przez Policję, niemożliwe jest łączenie ww. środków przymusu (natomiast można wykonywać je jeden po drugim albo zamiennie - w zależności od potrzeby).

W odpowiedzi Komendant Główny Policji poinformował, że w 2015 r. w Komendzie Głównej Policji opracowano *Harmonogram realizacji rekomendacji do wniosków uproszczonej analizy problematyki podejmowania interwencji policyjnych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn*. Dokument ten identyfikuje potrzebę wypracowania dobrych praktyk, w tym opracowania publikacji, zmiany treści programów kursów specjalistycznych czy też podnoszenia kwalifikacji poprzez szkolenia w ramach doskonalenia zawodowego policjantów, związanych m.in. z podejmowaniem interwencji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto, w celu wyeliminowania ewentualnych nieprawidłowości w stosowaniu przez policję środków przymusu bezpośredniego, Komendant Główny Policji wydał

³⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 882

stosowne polecenie wszystkim komendantom wojewódzkim oraz Komendantowi Stołecznemu Policji przypominające o właściwym stosowaniu środków przymusu bezpośredniego, w tym kajdanek.

W odrębnej korespondencji Komendant Główny Policji podzielił stanowisko Rzecznika o potrzebie prac nad przepisem ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, mówiącego o współpracy Policji m.in. z podmiotami leczniczymi, personelem medycznym, w tym także związanej ze stosowaniem przymusu bezpośredniego, w celu ich doprecyzowania.

W 2017 r. Rzecznik zorganizował spotkanie, którego celem była wymiana doświadczeń środowisk związanych z zaistniałym problemem i wypracowaniem rozwiązań w tej kwestii. W pierwszym spotkaniu udział wzięli: przedstawiciel Rzecznika Praw Obywatelskich, przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciel Rzecznika, trzech przedstawicieli Komendy Głównej Policji oraz dwóch przedstawicieli Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii. Prace grupy będą kontynuowane.

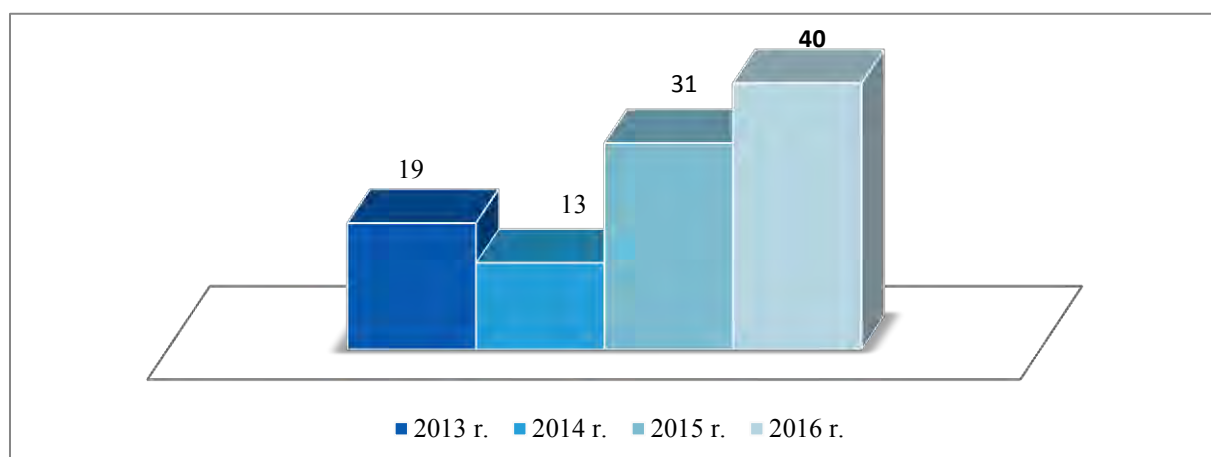
4. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności

Udzielanie świadczeń zdrowotnych może powodować powstanie u Pacjenta różnego rodzaju emocji czy też obaw. Celem zagwarantowania Pacjentowi poczucia bezpieczeństwa w tego typu sytuacjach ustawodawca uregulował obowiązek po stronie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz osób biorących udział w udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych poszanowania intymności i godności Pacjentów. Realizowany jest on między innymi przez umożliwienie obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych czy też ograniczenie liczby personelu wyłącznie do osób niezbędnych przy udzielaniu danego świadczenia zdrowotnego.

Tabela 13. Stopień naruszeń prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.

PRAWO PACJENTA DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI W ROKU 2016				
liczba stwierdzonych naruszeń	% ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta	liczba wystąpień z zaleceniami	zalecenia przyjęte do realizacji	% zaleceń przyjętych do realizacji
40	7%	34	27	79%

Wykres 13. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do intymności i godności w latach 2013-2016



Liczba stwierdzonych naruszeń przedmiotowego prawa pacjenta w stosunku do 2015 r. wzrosła; mimo to procentowy udział tych naruszeń w stosunku do ogółu stwierdzonych naruszeń wszystkich praw pacjenta przedstawia się na zbliżonych poziomach, tj. 7% (6% w 2015 r.).

Wniosek:

W porównaniu z pozostałymi prawami pacjenta prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności Rzecznik ocenia jako co do zasady przestrzegane. Niezbędne jest dalsze monitorowanie sposobu realizacji tego prawa pacjenta i identyfikowanie możliwych obszarów zagrożeń.

Poniżej najważniejsze inicjatywy Rzecznika, a także zagrożenia zidentyfikowane w obszarze omawianego prawa pacjenta w 2016 r.:

Problematyka negatywnego przedstawiania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej w mediach

Odkąd Rzecznik pełni swoje obowiązki jego niepokój budzi sposób w jaki kreowany jest w mediach wizerunek osób z zaburzeniami psychicznymi oraz podmiotów udzielających psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych (w tym personelu zatrudnionego w szpitalach psychiatrycznych). Nie sposób nie dostrzec również tych negatywnych, jak np. rażące używanie stygmatyzujących i mających pejoratywny wydźwięk określeń (w szczególności w publikacjach prasowych). Używanie określeń takich jak: „świr”, „wariat”, „psychol” itp. stygmatyzuje i utrudnia readaptację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi. Używanie określeń takich jak „psychiatryk”, „polska psychuszka” itd. sprawiają, że w społeczeństwie utrwała się negatywny obraz podmiotów leczniczych udzielających psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych, zmniejszając również zaufanie do tej dziedziny medycyny. Wywołuje to także poczucie wstydu i wyobcowania osób korzystających z leczenia psychiatrycznego. Takie medialne przekazy przyczyniają się do powielania i utrwalania negatywnego postrzegania tych osób i podmiotów, zamiast obiektywnego zwrócenia uwagi na ten często pomijany i trudny temat.

W 2015 r. Rzecznik skierował wystąpienia do Przewodniczącego Rady Etyki Mediów oraz Przewodniczącego Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z prośbą o zainteresowanie się skutkami działalności mediów w sprawach dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Działania w zakresie swoich kompetencji podjął już Przewodniczący Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji - zadeklarował wolę podjęcia współpracy i powołanie zespołu odpowiedzialnego za opracowanie kodeksu dobrych praktyk w tym zakresie.

Rzecznik kontynuował sprawę w 2016 r. W związku z powzięciem przez Rzecznika informacji o tym, że Minister Zdrowia i Prezes TVP podpisali w sierpniu 2016 r. list intencyjny dotyczący poszerzenia współpracy obu instytucji i zobowiązania się do współpracy przy tworzeniu audycji związanych z profilaktyką zdrowia i kształtowaniem postaw prozdrowotnych oraz audycji promujących zdrowie, Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o podjęcie - w ramach tej współpracy - także ww. zagadnienia dotyczącego zdrowia psychicznego.

W odpowiedzi Minister Zdrowia podzielił pogląd, iż niezbędne jest podjęcie działań ukierunkowanych na rzecz poprawy wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w środkach masowego przekazu jak i postrzegania ich przez społeczeństwo. Minister poinformował, że działania te będą realizowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ponadto poinformował, że celem zapewniania wsparcia merytorycznego Narodowego Programu Zdrowia w zakresie zadań dotyczących zapobiegania depresji i samobójstwom, utworzony został Zespół roboczy do spraw prewencji samobójstw i depresji, w ramach którego wyodrębniona została grupa robocza celem podjęcia działań w zakresie współpracy z środkami masowego przekazu w prewencji samobójstw.

Monitoring wizyjny w szpitalach psychiatrycznych

Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o podjęcie działań legislacyjnych w sprawie uregulowania stosowania monitoringu w szpitalach psychiatrycznych. Rzecznik uznał, że kwestia dotycząca monitoringu w szpitalach psychiatrycznych powinna znaleźć uregulowanie w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lub innym akcie prawnym rangi ustawowej, ponieważ obecnie odnoszą się do tego jedynie przepisy zawarte w aktach wykonawczych, które nie regulują w sposób wystarczający m.in. zasad dotyczących wykorzystywania danych zebranych w procesie monitoringu, szczegółowego sposobu postępowania ze zgromadzonymi danymi z monitoringu wizyjnego (przekazywania, odtwarzania i utrwalania obrazu lub dźwięku) oraz uprawnień osoby monitorowanej, co wpływa w negatywny sposób na prawa tych osób objętych tym monitoringiem.

W odpowiedzi Minister Zdrowia zapewnił, że projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii będzie przewidywał wprowadzenie regulacji dotyczących monitoringu w szpitalach psychiatrycznych. Istotnie przesłany pod koniec 2016 r. do opiniowania w ramach Rządowego Procesu Legislacyjnego projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw uwzględnił przedmiotową kwestię.

Odmowa obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego

W latach ubiegłych Rzecznik sygnalizował problem odmów obecności osób bliskich podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom. Widoczny on był także w 2016 r. Udzielanie świadczeń zdrowotnych bardzo często wiąże się z koniecznością ingerencji w sferę prywatności Pacjenta. W takich sytuacjach Pacjenci często szukają wsparcia u osób bliskich. Prawo daje możliwość pacjentowi, aby podczas wizyty u lekarza mogła mu towarzyszyć wybrana osoba. Oczywiście przedmiotowe prawo pacjenta nie ma charakteru bezwzględnego i może zostać ograniczone ze względu na zagrożenie zdrowia Pacjenta lub zagrożenie epidemiologiczne. Niemniej z analizy zgłoszeń Pacjentów wynika, że lekarze odmawiają możliwości obecności osoby bliskiej z powodów całkowicie nieuzasadnionych. Lekarze albo w ogóle nie są świadomi, że Pacjent ma takie prawo, albo kierują się własnymi subiektywnymi przesłankami. W ocenie Rzecznika postępowanie takie jest niedopuszczalne, ponieważ, po pierwsze, jest niezgodne z literą prawa, a po drugie i najważniejsze, wpływa negatywnie na stan emocjonalny i poczucie bezpieczeństwa Pacjentów, w tym małoletnich czy osób w podeszłym wieku.

5. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu jest narzędziem gwarantującym Pacjentowi możliwość zakwestionowania treści opinii lub orzeczenia lekarza, z którymi się nie zgadza. W 2016 r. do Rzecznika wpłynęły 24 sprzeciwy, z czego 1 spełniał wymogi formalne i stanowił przedmiot prac Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku. Dotyczył on orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak wskazań do podjęcia czynności resuscytacyjnych w przypadku zatrzymania czynności życiowych u Pacjenta (Pacjent to osoba z rozległym uszkodzeniem mózgu). Dodatkowo na początku 2016 r. Komisja Lekarska działająca przy Rzeczniku rozpatrzyła sprzeciw, który wpłynął pod koniec 2015 r. Orzeczenie lekarskie wskazywało na brak wskazań do wykonania zabiegowego przerwania ciąży u Pacjentki. Komisja Lekarska jednogłośnie orzekła bezzasadność sprzeciwu.

6. Pozostałe prawa pacjenta określone w ustawie

Tabela 14. Stopień naruszeń pozostałych praw pacjenta oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.

PRAWO PACJENTA	LICZBA NARUSZEŃ	% WSZYSTKICH NARUSZEŃ PRAW PACJENTA	ZALECENIA PRZYJĘTE DO REALIZACJI	% ZALECEŃ PRZYJĘTYCH DO REALIZACJI
prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych	7	1%	5	83%
prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	0	0%	0	0%
prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	0	0%	0	0%
prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	4	1%	2	100%
prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	10	2%	9	90%

Nie odnotowano znacznych różnic w przestrzeganiu pozostałych praw pacjenta w 2016 r. w porównaniu z latami ubiegłymi.

Wniosek:

Pozostałe prawa pacjenta w 2016 r. były co do zasady przestrzegane - ich naruszenie było incydentalne. Niezależnie od powyższego Rzecznik monitorował realizację tych praw pacjenta, czego wynikiem jest analiza funkcjonowania prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej małoletnich pacjentów

Wsparcie osób najbliższych niezaprzeczalnie pozytywnie wpływa na komfort hospitalizowanych pacjentów, w szczególności jeśli chodzi o tych najmłodszych, których poczucie bezpieczeństwa jest najbardziej zagrożone. W 2016 r. Rzecznik podjął analizę tego zagadnienia i wystąpił do ok. 350 podmiotów leczniczych - szpitali o profilu dziecięcym oraz szpitali o profilu ogólnym z oddziałami dziecięcymi - z pytaniami w zakresie pobieranych opłat w związku z pobytem rodzica w szpitalu, sposobie wyliczenia opłat, warunków akomodacji rodzica przebywającego z dzieckiem w szpitalu oraz możliwości umorzenia opłat. Ponadto zapytano o możliwość oraz ograniczenia w przebywaniu z dzieckiem w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (np. pobierania krwi, usypiania dziecka przed zabiegiem operacyjnym). Przypomnieć w tym zakresie należy, że realizacja prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może powodować koszty po stronie Pacjenta, niemniej muszą to być koszty rzeczywiste, czyli takie, które faktycznie powstały po stronie podmiotu leczniczego.

Dokonana analiza obszernego materiału wykazała, że:

- 1) podmioty lecznicze zapewniają rodzicom hospitalizowanych dzieci możliwość całodobowego przebywania z dzieckiem w czasie hospitalizacji. Nie wszystkie podmioty wprost odpowiadały precyzyjnie na pytania stawiane przez Rzecznika, nie wydaje się jednak by którykolwiek z podmiotów uniemożliwił rodzicom (przynajmniej jednemu) przebywanie z hospitalizowanym dzieckiem;

- 2) standardy akomodacji rodziców na oddziałach dziecięcych są różne w poszczególnych podmiotach leczniczych. Rodzice śpią na łóżkach szpitalnych w salach chorych (gdy są wolne), dodatkowych łóżkach dla nich przeznaczonych, łóżkach rozkładanych udostępnianych przez podmioty lecznicze, fotelach w salach chorych lub korzystają z własnej karimaty i śpiwora. Niektóre podmioty udostępniają rodzicom pomieszczenia socjalne (pokoje rodziców) do przygotowania posiłku i ciepłego napoju lub dostęp do czajnika. Nie jest to jednakże reguła i zależy od możliwości organizacyjnych danego podmiotu leczniczego;
- 3) pobieranie i wysokość opłat za przebywanie z dzieckiem w szpitalu (opłata rekompensująca) jest zróżnicowana. Część podmiotów odstępuje od pobierania jakichkolwiek opłat. W pozostałych opłaty kształtują się od 5 zł do 25 zł za dzień;
- 4) podmioty lecznicze pobierające opłatę rekompensującą z reguły nie podają informacji o sposobie jej wyliczenia, wskazując, że jest to np. „opłata za łóżko”. Skutkiem tego jest brak możliwości oceny czy opłata rekompensuje rzeczywiste koszty poniesione przez podmiot leczniczy w związku z wykonywaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez rodzica;
- 5) w zakresie obecności rodzica przy udzielaniu dzieciom świadczeń zdrowotnych podmioty lecznicze wskazywały najczęściej na możliwość:
 - a) przebywania z dzieckiem przed operacją w czasie premedykacji oraz na brak możliwości przebywania rodzica na bloku operacyjnym w czasie narkozy (zagrożenie epidemiczne), w przypadku zabiegów nieoperacyjnych (endoskopia, zabiegi stomatologiczne) brak ograniczeń dla obecności przy dziecku w czasie jego usypiania,
 - b) obecności przy innych zabiegach jeżeli nie narusza to zasad aseptyki oraz na ograniczenie obecności przy wykonywaniu zdjęć RTG.

W ocenie Rzecznika analiza sposobu stosowania przepisów związanych z prawem pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej uzasadnia podjęcie dyskusji na temat doprecyzowania regulacji przez ujednoczenie opłaty rekompensacyjnej pobieranej przez podmioty lecznicze z tytułu sprawowania nad dzieckiem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (ustalenie ich na rzeczywistym poziomie) lub zniesienie możliwości pobierania takowych. Należy wskazać, że rodzice na oddziale dziecięcym wykonują toaletę dziecka oraz sprawują nad nim stałą opiekę. Wpływa to na mniejsze obciążenie personelu medycznego oraz obniża koszty pracy (dodatkowego personelu). Obecność rodzica z dzieckiem w szpitalu jest korzystna zarówno dla dziecka, jak i podmiotu leczniczego. Zapewnienie rodzicom, również tym dysponującym niewielkim budżetem, możliwości przebywania z dzieckiem bez ponoszenia dodatkowych kosztów, byłoby dużym wsparciem dla rodzin i zmniejszyłoby stres wywołany hospitalizacją dziecka. W przypadku długotrwałych hospitalizacji koszty naliczane przez podmioty lecznicze mogą znacznie obciążać rodziców i niekoniecznie znajdują uzasadnienia w rzeczywistych kosztach ponoszonych przez podmioty lecznicze.

III. PUBLIKACJE I KAMPANIE MEDIALNE, INICJATYWY EDUKACYJNE ORAZ WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI I SPOŁECZNYMI

Istotną częścią działalności Rzecznika jest realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych, których celem jest popularyzowanie wiedzy o prawach pacjenta oraz możliwościach ich dochodzenia. Podnoszenie poziomu świadomości na temat praw pacjenta jest niezwykle istotne, ponieważ Pacjenci, którzy znają swoje prawa mają szansę dostrzec pewne nieprawidłowości i w porę zareagować. Pacjent uświadomiony jest partnerem w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent nieświadomiony jest jedynie biernym obserwatorem.

Publikacje popularyzujące wiedzę o prawach pacjenta

- **Wakacyjny Poradnik Pacjenta**

Wakacyjny Poradnik Pacjenta to broszura zawierająca przydatne porady i informacje dotyczące profilaktyki, ubezpieczenia zdrowotnego oraz możliwości korzystania z pomocy medycznej poza miejscem zamieszkania. W czerwcu 2016 r. Biuro opublikowało czwartą edycję Wakacyjnego Poradnika Pacjenta - zaktualizowaną pod kątem zawartych w nim informacji i z nową, odświeżoną szatą graficzną. Poradnik był dystrybuowany, jako insert do jednej z gazet lokalnych na terenie kraju. W tym samym okresie Biuro nawiązało współpracę z „Kolejami Mazowieckimi - KM” sp. z o.o. celem propagowania w społeczeństwie wiedzy o prawach pacjenta. Dzięki współpracy w okresie od 8 lipca do 31 sierpnia 2016 r. Wakacyjny Poradnik Pacjenta był bezpłatnie dostępny w wybranych kasach Kolei Mazowieckich.

Rysunek 1. Okładka publikacji - Wakacyjny Poradnik Pacjenta z logo Partnera



- **Audiobook „Kuba i Buba w szpitalu czyli o prawach dziecka-pacjenta niemal wszystko!”**

W 2016 r. Biuro wraz z Biurem Rzecznika Praw Dziecka zakończyło prace nad elektroniczną wersją książki „Kuba i Buba w szpitalu czyli o prawach dziecka-pacjenta niemal wszystko!” w formie audiobooka. Audiobook był dystrybuowany przede wszystkim podczas różnego rodzaju akcji promocyjnych oraz edukacyjnych Biura m.in. podczas wyjazdów informacyjno-promocyjnych, akcji „Prawa pacjenta - a co to takiego?” i szkolenia dla nauczycieli w związku z udziałem w tej akcji, spotkaniach z małymi pacjentami w szpitalach i na oddziałach dziecięcych.

- **Infografiki**

W 2015 r. Biuro przygotowało cykl infografik poświęconych działalności Rzecznika Praw Pacjenta. Infografiki w sposób przystępny i przejrzysty prezentują informacje nt. kwestii związanych z ochroną praw pacjenta. Zastosowanie infografik, poprzez wizualizację zagadnień, w znaczący sposób ułatwia odbiorcom ich zrozumienie i jest bardziej atrakcyjne. W 2016 r. dwie z infografik zostały wydane w wersji ulotki oraz dołączone do wybranych gazet lokalnych na terenie kraju. Infografiki są również dostępne na stronie internetowej Biura www.bpp.gov.pl.

Działania edukacyjne

- **Newsletter Rzecznika Praw Pacjenta**

Na początku maja 2016 r. Biuro uruchomiło nowe narzędzie komunikacji - Newsletter Rzecznika. Osoby, które zapisały się do Newslettera i wyraziły zgodę na otrzymywanie informacji raz w miesiącu, otrzymują materiały o treści edukacyjno-informacyjnej z zakresu praw pacjenta i działalności Biura, w tym m.in. artykuły poradnikowe, dane statystyczne, informacje o działaniach Rzecznika, patronaty honorowe, wystąpienia itp.

- **Lekcje edukacyjne w szkołach podstawowych**

1 września 2016 r. Biuro zainaugurowało akcję „Prawa pacjenta - a co to takiego?” - czyli lekcje dla uczniów szkół podstawowych.

Rzecznik we współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ośrodkiem Rozwoju Edukacji przygotował dla uczniów szkół podstawowych lekcje wychowawcze na temat praw pacjenta w Polsce. Materiały dydaktyczne zostały przygotowane dla klas 1-3 oraz dla klas 4-6. W skład zestawów wchodzi scenariusz zajęć edukacyjnych dla danej grupy wiekowej - w tym pogadanki, zadania, krzyżówki, quizy i prezentacja - wraz z informatorem dla prowadzącego zajęcia. Wszystko podane jest w lekkiej i przystępnej formie, ułatwiającej przyswajanie wiedzy. Wykorzystano także fragmenty książki „Kuba i Buba w szpitalu czyli o prawach dziecka-pacjenta niemal wszystko!”.

W ramach akcji „Prawa pacjenta - a co to takiego?” chętne do udziału w niej szkoły otrzymywały materiały dydaktyczne do samodzielnego przeprowadzenia lekcji przez nauczycieli lub zajęcia te realizowali pracownicy Biura.

W 2016 r. pracownicy Biura przeprowadzili lekcje w 96 szkołach podstawowych, w których odbyły się 292 lekcje i przeszkolonych zostało 6 810 uczniów. Ponadto 159 szkół zadeklarowało przeprowadzenie lekcji samodzielnie przez nauczycieli pracujących w danych placówkach.

Akcja edukacyjna „Prawa pacjenta - a co to takiego?” jest kontynuowana w 2017 r.

- **„Kuba i Buba” w szpitalnych bibliotekach**

W styczniu 2016 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta nawiązało współpracę z szesnastoma bibliotekami wojewódzkimi i jednym urzędem marszałkowskim. W ramach współpracy podmioty te rozdystrybuowały przekazane przez Biuro egzemplarze książki pt. „Kuba i Buba w szpitalu czyli o prawach dziecka-pacjenta niemal wszystko!” do bibliotek publicznych na terenie województw. Dzięki wspólnym działaniom książka jest dostępna dla dzieci i ich rodziców w ponad 300 bibliotekach publicznych zarówno na wsiach jak i w miastach różnej wielkości w całej Polsce.

Ponadto w grudniu 2015 r. oraz w styczniu 2016 r. Biuro podpisało porozumienie o współpracy również z trzema organizacjami pozarządowymi: Fundacją Rozwój, która realizowała projekt Zaczytani.org (obecnie Fundacja Zaczytani.org), Fundacją Serdecznik, która realizuje projekt „Oddział Bajka” oraz Fundacją Orange, która realizuje program „Bajkowy kącik”. W ramach współpracy Fundacjom przekazano egzemplarze książki pt. „Kuba i Buba w szpitalu czyli o prawach dziecka-pacjenta niemal wszystko!” celem ich rozdystrybuowania w oddziałach lub szpitalach pediatrycznych oraz innych placówkach dla dzieci, w których realizują swoje projekty i programy. Dzięki temu mali pacjenci 68 szpitali lub oddziałów pediatrycznych mają dostęp do dedykowanej im publikacji.

Kampanie informacyjno-promocyjne służące upowszechnianiu wiedzy o prawach pacjenta

▪ Kampania „Rzecznik Praw Pacjenta przypomina”

Pod koniec października 2016 r. ruszyła II edycja kampanii społecznej Rzecznika pt. „Rzecznik Praw Pacjenta Przypomina”. W 2015 r. kampania nastawiona była głównie na emisję spotów w telewizji, komunikacji miejskiej, stacjach radiowych, oraz reklamę w prasie, dlatego w 2016 r. Biuro skupiło się na kampanii internetowej. Rzecznik wystąpił z prośbą o dołączenie do II edycji kampanii „Rzecznik Praw Pacjenta Przypomina” do przedstawicieli m.in. mediów, portali internetowych, urzędów miast, gmin, powiatów i organizacji pozarządowych. Do końca 2016 r. 710 powyższych instytucji wyraziło chęć współpracy i zamieściło informacje o kampanii na swoich stronach internetowych ale też w czasopiśmie, stacjach radiowych oraz telewizyjnych.

Spoty, będące elementami kampanii „Rzecznik Praw Pacjenta Przypomina”, w ramach współpracy podjętej przez Biuro z Kolejami Mazowieckimi, w okresie wakacyjnym wyświetlane były też na nośnikach LCD w wybranych pociągach.

Odcinki kampanii w okresie od 21 kwietnia do 20 czerwca 2016 r mogli obejrzeć również pacjenci placówek medycznych - spoty emitowane były na ekranach w 96 placówkach.

Inne działania popularyzujące wiedzę o prawach pacjenta

▪ Wyjazdy informacyjno-promocyjne Biura Rzecznika Praw Pacjenta

W 2016 r. Biuro kontynuowało wyjazdy informacyjno-promocyjne podczas imprez lokalnych na terenie kraju. Pracownicy Biura rozpowszechniali materiały informacyjne Biura (ulotki, broszury, gadzety reklamowo-promocyjne), a także informowali mieszkańców o prawach przysługujących pacjentom oraz udzielali porad.

W okresie od czerwca do września 2016 r. pracownicy Biura odwiedzili 21 miejscowości w 11 województwach (pomorskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, zachodniopomorskim, dolnośląskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim, śląskim, mazowieckim, małopolskim, łódzkim).

Tabela 15. Lista wyjazdów

Lp.	Data	Miejscowość	Wydarzenie
1.	11 czerwca	Gdańsk	Piknik na Zdrowie 2016
2.	19 czerwca	Zielona Góra	Lubuski Piknik Zdrowia
3.	22 czerwca	Siemianowice Śląskie	Śląski Piknik Osób Niepełnosprawnych
4.	26 czerwca	Warszawa	Piknik Bezpieczne Wakacje
5.	5 lipca	Władysławowo	Promocja Biura w centrum miasta Skwer Abrahama
6.	6 lipca	Inowrocław	Promocja Biura w Parku Solankowym
7.	7 lipca	Ciechocinek	Promocja Biura na Rynku Głównym
8.	17 lipca	Radzyń Podlaski	Festyn Dni Radzyna
9.	19 lipca	Mrzeżyno	Promocja Biura przy porcie

10.	20 lipca	Dźwirzyno	Promocja Biura przy wejściu na plażę (Plaza Park)
11.	21 lipca	Ustka	Promocja Biura przy Promenadzie Nadmorskiej
12.	26 lipca	Karpacz	Promocja Biura w centrum miasta Skwer Śladów Zdobywców
13.	27 lipca	Szklarska Poręba	Promocja Biura w centrum miasta Skwer Radiowej Trójki
14.	4 sierpnia	Iwonicz Zdrój	Promocja Biura przed Gminną Przychodnią Lekarską
15.	5 sierpnia	Rzeszów	Promocja Biura na Rynku Głównym
16.	9 sierpnia	Darłowo	Promocja Biura na Rynku Głównym
17.	10 sierpnia	Łeba	Promocja Biura na deptaku głównym Skwer Rybaka
18.	23 sierpnia	Mikołajki	Promocja Biura na Rynku w centrum miasta
19.	24 sierpnia	Mrągowo	Promocja Biura przed Centrum Kultury i Turystyki
20.	3 września	Siemianowice Śląskie	Piknik Zdrowia
21.	10 września	Warszawa	Piknik Europa Zmienia Warszawę
22.	24 września	Kraków	II Małopolskie Dni Profilaktyki Zdrowia
23.	16 października	Drzewica	Biała Niedziela

▪ Akcje krwiodawstwa

Krew jest niezbędna dla ratowania życia, a okres wakacji i długich weekendów jest czasem, gdy częściej niż w innych okresach roku dochodzi do niebezpiecznych wypadków, a tym samym wzrasta zapotrzebowanie na krew. W tym czasie zmniejsza się też aktywność krwiodawców, którzy wyjadą na wypoczynek. Wszystko to ma wpływ na zapasy krwi. Dlatego w maju i sierpniu 2016 r. Biuro we współpracy z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie dwukrotnie zorganizowało akcje honorowego oddawania krwi. Akcje każdorazowo połączone były z działalnością edukacyjno-informacyjną o prawach pacjenta. Osobom odwiedzającym krwiobus oraz stoisko Biura przekazywane były podstawowe informacje o prawach pacjenta, wydane przez Biuro publikacje i materiały promocyjne. Osoby zainteresowane uzyskaniem porady odnośnie ich indywidualnego przypadku mogły też szybko i bezpośrednio porozmawiać z pracownikiem Biura.

Podczas akcji Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa zebrało odpowiednio ponad 10 i blisko 9 litrów krwi.

▪ Współpraca z Warsztatami Terapii Zajęciowej

Pod koniec 2015 r. i na początku 2016 r. Biuro podpisało porozumienie o współpracy z wybranymi Warsztatami Terapii Zajęciowej działającymi na terenie miasta Warszawy. Porozumienie obejmuje podejmowanie wspólnych działań mających na celu podnoszenie świadomości społecznej w zakresie problematyki zdrowia psychicznego, a w szczególności funkcjonowania w społeczeństwie osób z zaburzeniami psychicznymi i podejmowania działań informacyjno-edukacyjnych na temat praw pacjenta. W ramach współpracy w Biurze sukcesywnie organizowane są wystawy prac plastycznych uczestników Warsztatów, podczas których osoby odwiedzające informowane są o autorach prac i działalności Warsztatów.

Taka forma współpracy pozwala zwrócić społeczną uwagę na istotną rolę terapii zajęciowej w procesie leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i kształtowanie umiejętności

społecznych, co w praktyce wpływa na zmniejszenie ilości hospitalizacji wśród uczestników grup plastycznych.

Ponadto Biuro, w miarę możliwości kadrowych oraz organizacyjnych, uczestniczy w kiermaszach i przedsięwzięciach organizowanych przez Warsztaty Terapii Zajęciowej. Podczas takich wydarzeń organizowane jest stanowisko informacyjne Biura, na którym pracownicy przekazują informacje o prawach pacjenta i udzielają indywidualnych porad na miejscu.

Tabela 16. Współpraca z Warsztatami Terapii Zajęciowej

Lp.	Nazwa wydarzenia	Termin wydarzenia	Miejsce wydarzenia
1.	Wystawa Warsztatów Terapii Zajęciowej „Pomost”	4 stycznia-29 lutego 2016 r.	Biuro
2.	Kiermasz walentynkowy	10 lutego 2016 r.	Instytut Psychiatrii i Neurologii
3.	Wielkanocna wystawa świąteczna	14-18 marca 2016 r.	Biuro
4.	Kiermasz wielkanocny	16 marca 2016 r.	Instytut Psychiatrii i Neurologii
5.	Wystawa prac plastycznych Warsztatów Terapii Zajęciowej „Na Przedwiośniu”	30 marca-30 czerwca 2016 r.	Biuro
6.	XVIII Ulica Integracyjna	4 czerwca 2016 r.	Festyn przy ul. Deotymy 39 w Warszawie (organizowany przez Katolickie Stowarzyszenie Niepełnosprawnych Archidiecezji Warszawskiej)
7.	Wystawa prac plastycznych Warsztatów Terapii Zajęciowej Katolickiego Stowarzyszenia Niepełnosprawnych Archidiecezji Warszawskiej	30 czerwca-30 września 2016 r.	Biuro
8.	Kiermasz świąteczny	1 grudnia 2016 r.	Instytut Psychiatrii i Neurologii
9.	Bożonarodzeniowa wystawa świąteczna	6-31 grudnia 2016 r.	Biuro

Współpraca z organizacjami pozarządowymi

W 2016 r. Rzecznik współpracował z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze praw pacjentów:

- **Organizując cykliczne spotkania tematyczne służące wymianie informacji o aktualnych problemach pacjentów**

Spotkania dotyczyły m.in. funkcjonowania standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, problemów pacjentów z chorobami przewlekłymi, zmian w pakiecie onkologicznym i psychologicznej opieki okołoporodowej. W spotkaniach tematycznych wzięło udział ponad czterdzieści różnych organizacji pozarządowych i społecznych.

▪ Partnerstwo w projekcie „Obywatele dla Zdrowia”

W 2016 r. Rzecznik został partnerem w projekcie „Obywatele dla Zdrowia”, który służy rozwojowi dialogu społecznego w ochronie zdrowia. Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta aktywny udział organizacji pacjenckich w konsultacjach społecznych jest bardzo istotny, dlatego Rzecznik został partnerem w tym projekcie.

Projekt „Obywatele dla Zdrowia”, realizowany jest przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych we współpracy z Ogólnopolską Federacją Organizacji Pozarządowych.

Działania w ramach Projektu, służące rozwojowi dialogu społecznego obejmują konsultacje aktów prawnych, szkolenia dla organizacji pozarządowych, organizację warsztatów i konferencji, stworzenie bazy wiedzy oraz informowaniu o prowadzonych konsultacjach społecznych.

W ramach partnerstwa Rzecznik nie podejmuje działań związanych z wydatkowaniem funduszy. Wszystkie czynności w ramach projektu Rzecznik zobowiązał się podejmować nieodpłatnie.

Dystrybucja materiałów informacyjno-promocyjnych do Uniwersytetów Trzeciego Wieku

Osoby starsze to grupa pacjentów, która ze względu na wiek i stan zdrowia, często korzysta ze świadczeń zdrowotnych. Z tego powodu bardzo ważne jest, aby jako pacjenci znali swoje prawa. Aby dotrzeć do seniorów z taką wiedzą w 2016 r. Biuro skontaktowało się Uniwersytetami Trzeciego Wieku, proponując przesłanie ulotek zawierających niezbędne informacje na temat praw, jakie przysługują pacjentom. W ramach akcji 68 zainteresowanych Uniwersytetów Trzeciego Wieku otrzymało 16 950 egzemplarzy tej publikacji.

Bezpłatna infolinia Rzecznika

Bezpłatna infolinia Rzecznika jest bardzo atrakcyjną formą kontaktu obywateli z Rzecznikiem, a jej popularność mierzona ilością kontaktów w ciągu roku uwidacznia jakiego sposobu załatwiania spraw oczekują obywatele od administracji publicznej. W 2016 r. z tej formy kontaktu z Rzecznikiem skorzystano 49 619 razy; jest to najwyższa wartość w historii funkcjonowania Biura.

Ogólnopolska bezpłatna infolinia Rzecznika, działająca pod numerem 800-190-590, dostępna dla dzwoniących z telefonów stacjonarnych i komórkowych od poniedziałku do piątku w godz. 9.00-21.00, stanowi jedno z narzędzi Rzecznika służące podnoszeniu świadomości społecznej w zakresie praw przysługujących pacjentom. Dzięki szerokiemu dostępowi i łatwości nawiązania telefonicznego kontaktu infolinia stanowi skuteczną formę wsparcia systemu ochrony praw pacjenta.

Infolinia pełni wiele funkcji - informacyjną, doradczą, edukacyjną, badawczą oraz wizerunkową, a dodatkowo w sytuacjach wyjątkowych - również interwencyjną. Interwencja jest podejmowana jedynie w sprawach, które wskazują na bezpośrednie zagrożenie dla życia lub znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Podejmowane interwencje nie przekraczają 5% wszystkich sygnałów kierowanych za pośrednictwem infolinii.

Zasadnicza większość zarejestrowanych rozmów telefonicznych potwierdza podstawową funkcję edukacyjno-informacyjną. Osoby dzwoniące otrzymują praktyczne porady dotyczące działań, które należy podjąć w określonej sytuacji, w tym sugerowane rozwiązanie problemu w sytuacjach trudnych.

Pacjenci za pośrednictwem tej formy kontaktu przekazują opinie o pozytywnych i negatywnych aspektach działania systemu ochrony zdrowia.

Pacjenci za pozytywną zmianę w systemie ochrony zdrowia uważają wprowadzenie bezpłatnych leków dla pacjentów - „Program 75 +”. Oczekiwania seniorów były większe, liczyli na dostęp do wszystkich leków bezpłatnie, niemniej jednak można zauważyć zadowolenie społeczne w zakresie ograniczenia wydatków osób starszych na leki. Jak wskazują dane, spadła ilość sygnałów dotyczących pomocy udzielanej przez państwowe ratownictwo medyczne (za wyjątkiem SOR). Jeśli chodzi o organizację tego systemu pacjenci najczęściej wskazują na nieprawidłowe (w ich ocenie) postępowanie lekarzy i ratowników medycznych, najczęściej w kontekście etyki wykonywanego

zawodu. Należy jednak wskazać, że nowe regulacje prawne w obszarze ochrony zdrowia (m.in. uregulowanie zawodu ratownika medycznego) wprowadzają rozwiązania korzystne dla pacjentów. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty³¹ pacjenci wskazują na zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu fizjoterapii. Od chwili wejścia w życie pakietu onkologicznego systematycznie spada ilość sygnałów dotycząca problemu dostępu do tych świadczeń. Dotyczy to głównie wykonywania badań diagnostycznych oraz na ich podstawie podjęcia działań medycznych. Kompleksowa opieka onkologiczna daje pacjentowi pewność uzyskania pomocy w odpowiednio szybkim czasie. Rodziny Pacjentów pozytywnie wypowiadają się w zakresie dostępu do opieki paliatywno-hospicyjnej. Pojawia się mniej - w stosunku do lat ubiegłych - negatywnych sygnałów dotyczących dostępu do środków pomocniczych. W 2015 r. zarejestrowano 188 zgłoszeń dotyczących tej materii a w 2016 r. - 101. Nie ma kolejek do ich uzyskania, ani problemów z potwierdzaniem zleceń w Narodowym Funduszu Zdrowia. Problemem jest nadal ilość przysługujących wyrobów medycznych, np.: pieluchomajtek, podkładów anatomicznych, worków stomijnych itp.

W 2016 r. zgłoszenia dotyczące prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych stanowiły 82% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem infolinii; jest to taka sama wartość jak w 2015 r. Pacjenci za pośrednictwem infolinii jako negatywne zjawiska wskazywali (podobnie jak w latach poprzednich) kolejki oczekujących do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (zwłaszcza w okresie większej zachorowalności), lekarzy specjalistów oraz pomocy medycznej udzielanej w szpitalach, w tym na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). W zakresie leczenia uzdrowiskowego wskazywano na długi, tj. około 24-miesięczny, czas oczekiwania na skorzystanie z tej formy leczenia. Wiele wątpliwości oraz uwag pacjenci kierują w stosunku do świadczeń stomatologicznych, w tym głównie w zakresie dostępu do nich w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Najczęstszy problem dotyczy wykonania protez zębowych, ich dopasowania, poziomu refundacji oraz okresu przyznawania refundacji. W zakresie opieki długoterminowej należy zauważyć, że problemem jest niedostateczna ilość zakontraktowanych miejsc oraz nierównomierne rozłożenie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w przedmiotowym zakresie. Problem ograniczonej dostępności dotyczy głównie osób starszych oraz przewlekle chorych, u których zakończona została hospitalizacja, natomiast wymagają oni zapewnienia całodobowej opieki medycznej lub w warunkach domowych. Podnoszony jest przez Pacjentów długi okres oczekiwania na miejsce w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Duże nadzieje pacjenci wiążą z założeniami długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020. Ilość rozmów z osobami powyżej 60 roku życia stanowiła 33,7% w 2016 r., natomiast w latach poprzednich: 2014 r. - 17,4%, 2015 r. - 25,4%. Na podstawie tych danych można wnioskować, że osoby starsze czują się zagubione w systemie opieki zdrowotnej i potrzebują pomocy, wsparcia oraz prawidłowego pokierowania.

Wśród określonych w ustawie praw ustawodawca sformułował prawa, które pacjent ma możliwość egzekwować samodzielnie w bezpośrednim kontakcie z osobą wykonującą zawód medyczny. Do takich praw należy np. prawo do informacji. Zgłoszenia dotyczące tego prawa stanowiły w 2016 r. 0,5%; jest to taka sama wartość jak w 2015 r. Z sygnałów pacjentów można wnioskować, że boją się egzekwowania prawa do informacji by nie ryzykować wejścia w konflikt z lekarzem. Lekarze natomiast w związku z nadmiarem pracy bardzo mało czasu poświęcają na informację dla pacjenta. Można zatem stwierdzić, że świadomość Pacjentów o przysługującym prawie do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu istnieje, ale nie potrafią lub boją się uzyskiwać ją u lekarzy. Wiedza o przywołanym prawie jest istotna, ponieważ tylko po uzyskaniu ww. informacji pacjent może świadomie wyrazić zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Kolejnym prawem pacjenta, które może być realizowane przez samego Pacjenta, jest prawo pacjenta do dokumentacji medycznej. W 2015 r. 15% a w 2016 r. 14% - taki był procentowy udział rozmów dotyczących ww. prawa pacjenta w stosunku do wszystkich rozmów odbytych w tych latach.

³¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1994, z późn. zm.

Zgłoszenia w zakresie prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego dotyczą przede wszystkim obecności rodziców przy hospitalizowanym dziecku, tj. sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. W 2015 r. zgłoszenia dotyczące tego prawa pacjenta stanowiły 1,7 % wszystkich rozmów a w 2016 r. - 1,4%. Miernik - liczba zgłoszeń za pośrednictwem infolinii do liczby zgłoszeń dotyczącym tego prawa - upoważnia do sformułowania ogólnego wniosku, że świadomość Pacjentów w zakresie przysługującego im prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej jest na tyle wysoka, że może ono być samodzielnie i skutecznie egzekwowane przez rodziny, opiekunów prawnych lub faktycznych lub inne osoby bliskie Pacjentowi. Warto wskazać, że zgłoszenia w tym zakresie często dotyczą nie tyle samej możliwości sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej - gdyż rodzice często wiedzą, że mogą towarzyszyć hospitalizowanemu dziecku - a kwestii związanych z zasadami organizacji ich pobytu w szpitalu oraz zasadami pobierania przez podmioty lecznicze opłat i ich wysokości. Zwrócić w tym zakresie należy uwagę na opisane na str. 48-49 niniejszego sprawozdania działanie systemowe dotyczące przedmiotowej tematyki.

Na podstawie danych statystycznych uzyskiwanych za pośrednictwem infolinii trudno jest określić stopień przestrzegania praw pacjenta, gdyż uzyskana informacja nie pozwala stwierdzić, czy prawo pacjenta rzeczywiście zostało naruszone czy też nie - można to stwierdzić jedynie po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego. Zgłoszenie osoby dzwoniącej stanowi jedynie jednostronny przekaz zaistniałej sytuacji. Dlatego w przypadkach, gdy osoba dzwoniąca uprawdopodobniła naruszenie prawa pacjenta, pracownicy infolinii informują o możliwości złożenia stosownego wniosku do Rzecznika, na podstawie którego możliwe jest wszczęcie postępowania.

Obecnie efekty funkcjonowania infolinii Rzecznika mogą być różnorodnie interpretowane. Jednak jak wynika z analizy liczby sygnałów zgłaszanych za jej pośrednictwem, odzwierciedlają one przede wszystkim stopień upowszechnienia wiedzy o prawach pacjenta wśród mieszkańców Polski. Rzecznik poprzez ciągłą edukację i informację podnosi i nadal chce wzmacniać wśród społeczeństwa wiedzę o prawach pacjenta oraz służyć pomocą w sytuacjach wymagających wsparcia merytorycznego, a w niektórych przypadkach również podejmując stosowną interwencję.

IV. WSPARCIE PACJENTÓW W DOCHODZENIU ODSZKODOWAŃ ORAZ ZADOŚĆCZYNIENÍ I ORZECZNICTWO SĄDÓW ADMINISTRACYJNYCH W SPRAWACH PRAW PACJENTA

1. Uczestnictwo w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta na prawach przysługujących prokuratorowi

Ustawodawca rolę Rzecznika w kształtowaniu systemu ochrony praw pacjenta przewidział także w sprawach cywilnych - Rzecznik może żądać wszczęcia lub brania udziału w toczącym się już postępowaniu cywilnym dotyczącym naruszenia praw pacjenta, na prawach przysługujących prokuratorowi.

Rzecznik z ww. uprawnienia skorzystał 21 razy³² - w 11 sprawach wniósł powództwo, w 10 przyłączył się do toczącego się już postępowania. Poniższe dane pokazują, że w ostatnich latach Rzecznik zintensyfikował działania w przedmiotowym obszarze.

Tabela 17. Toczące się postępowania cywilne, w których Rzecznik bierze udział na prawach przysługujących prokuratorowi³³

Lp.	Dziedzina Medycyny	Województwo	Wartość przedmiotu sporu
1.	Ginekologia i położnictwo	mazowieckie	100 000 zł
2.	Ginekologia i położnictwo	lubelskie	3 521 380 zł
3.	Onkologia	zachodniopomorskie	50 000 zł
4.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	lubelskie	600 000 zł
5.	Anestezjologia i intensywna terapia	pomorskie	6 013 156 zł
6.	Ginekologia	wielkopolskie	505 401,98 zł
7.	Ginekologia i położnictwo	mazowieckie	300 000 zł
8.	Ginekologia i położnictwo	warmińsko-mazurskie	70 000 zł
9.	Ginekologia i położnictwo	mazowieckie	1 250 000 zł
10.	Chirurgia, Urologia	dolnośląskie	500 000 zł
11.	Ortopedia	świętokrzyskie	40 000 zł
12.	Ortopedia	warmińsko-mazurskie	35 000 zł
13.	Położnictwo i ginekologia	mazowieckie	150 000 zł

³² Lata 2009-2016

³³ Stan na dzień 31 grudnia 2016 r.

14.	Medycyna ratunkowa	wielkopolskie	150 000 zł
15.	Medycyna ratunkowa	kujawsko-pomorskie	150 000 zł
16.	Położnictwo i ginekologia	lubuskie	150 000 zł
17.	Medycyna rodzinna	mazowieckie	7 000 zł
18.	Chirurgia	podkarpacie	55 000 zł
19.	Neurologia, choroby zakaźne	dolnośląskie	1 125 573,32 zł
20.	Chirurgia dziecięca, pediatria	śląskie	250 000 zł

2. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jako alternatywa w stosunku do sądów powszechnych

Funkcjonujące od 2012 r. wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych dają możliwość Pacjentom (ich rodzinom) dochodzenia odszkodowań z tytułu zdarzeń medycznych na drodze pozasądowej.

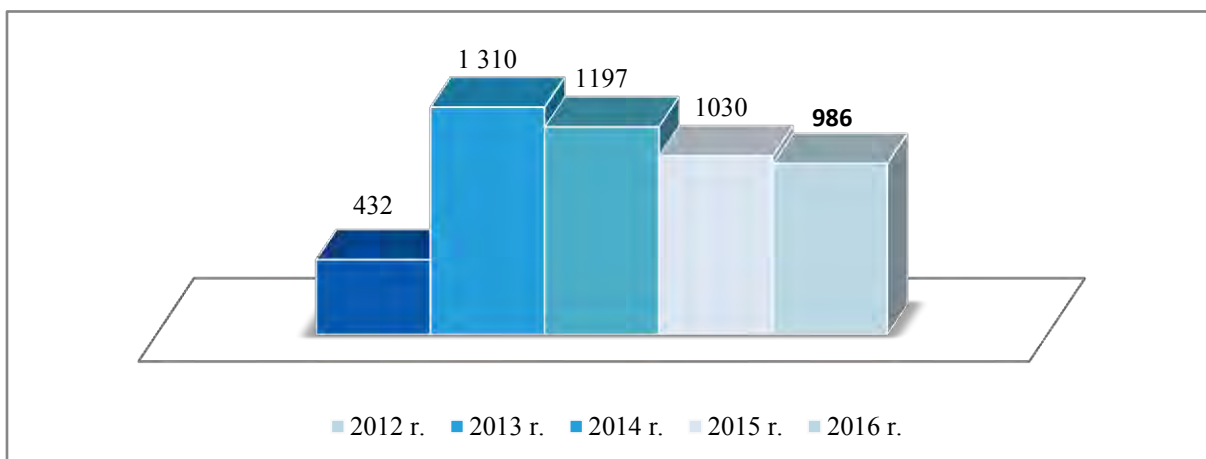
Rzecznik nie jest organem sprawującym nadzór nad komisjami³⁴. Niemniej jednak, ze względu na fakt, iż zdarzenia medyczne następują w wyniku świadczeń zdrowotnych udzielanych Pacjentowi, Rzecznik monitoruje kwestie związane z działalnością ww. komisji.

Rzecznik podtrzymuje swoje zastrzeżenia co do funkcjonowania ww. komisji zasygnalizowane w poprzednich okresach sprawozdawczych. W tym zakresie należy powtórzyć główne uwagi co do obecnego modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez Pacjentów. W pierwszej kolejności należy uznać, że ww. komisje nie spełniły oczekiwań jeśli chodzi o szybkość procedowania; ww. komisje nie wydawały orzeczeń w ustawowym 4-miesięcznym terminie. Jak wykazała praktyka nie sprawdził się także model ustalania wysokości odszkodowania. Komisje te stwierdzają jedynie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne, nie rozstrzygają natomiast co do wysokości odszkodowania. Ustalenie wysokości odszkodowania leży w gestii firm ubezpieczeniowych, które nie są zainteresowane wypłatą wysokich odszkodowań adekwatnych do poniesionych przez Pacjentów szkód. Stąd też przypadki skrajnie niskich wysokości odszkodowań proponowanych przez ubezpieczycieli jak 1 zł (podmiot leczniczy nie zgodził się ze stanowiskiem komisji, niemniej orzeczenie obligowało do zaproponowania odszkodowania). W efekcie osoby pokrzywdzone zmuszone są występować na drogę sądową, przed którą komisje miały je uchronić. Analiza funkcjonowania komisji uwidoczniała także, że niezasadnie ustawodawca ograniczył krąg zdarzeń mogących być przedmiotem wniosku składanego do komisji, tylko do zdarzeń mających miejsce w szpitalach.

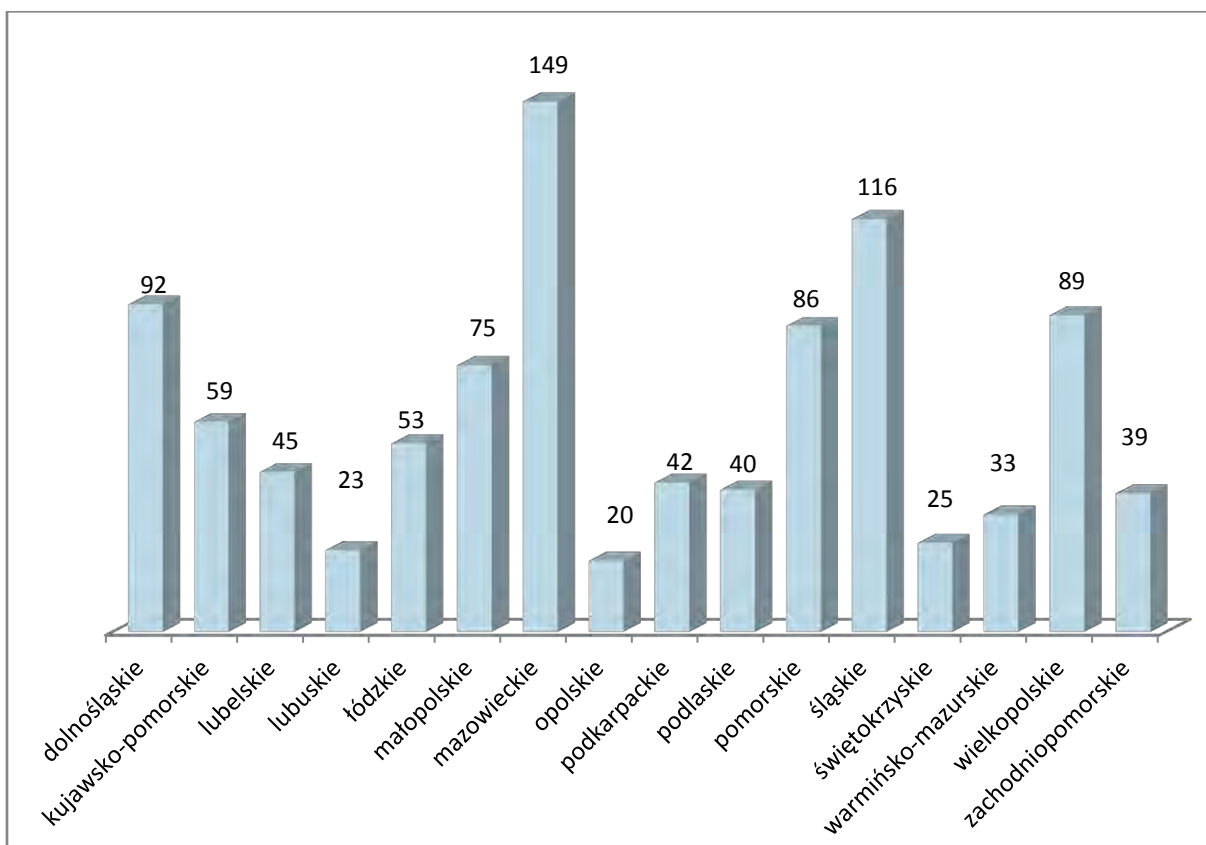
W ocenie Rzecznika obecnie funkcjonujący model pozasądowego dochodzenia roszczeń wymaga zmian; powinien on zapewniać Pacjentom realną możliwość uzyskania szybkich i odpowiednich świadczeń, bez dochodzenia winy ze strony podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych czy też osób wykonujących zawód medyczny. W tym zakresie zwrócić uwagę należy na prace podjęte w tym zakresie przez Ministra Zdrowia, których założenie opiera się na wprowadzeniu nowej drogi pozasądowego dochodzenia roszczeń przez Pacjentów.

³⁴ Zgodnie z art. 67e ust. 11 ustawy, pracami wojewódzkiej komisji kieruje przewodniczący wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu. Spośród członków wojewódzkiej komisji 14 członków powołuje wojewoda, a po jednym członku powołuje Rzecznik Praw Pacjenta i Minister Zdrowia (art. 67e ust. 5 ustawy).

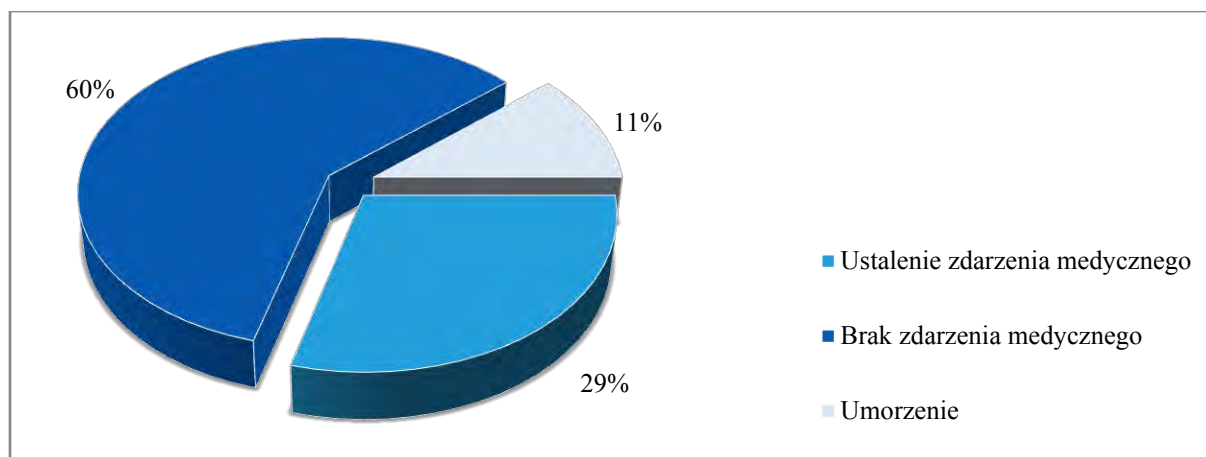
Wykres 14. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w latach 2012-2016



Wykres 15. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2016 r. w podziale na województwa



Wykres 16. Sposób rozpatrzenia złożonych do komisji wojewódzkich wniosków w 2016 r. Stan na dzień 31 grudnia 2016 r.



3. Orzecznictwo sądów administracyjnych w sprawach praw pacjenta

System ochrony praw pacjenta jest kształtowany także przez orzecznictwo sądów administracyjnych, które rozpoznają skargi podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na decyzje Rzecznika w przedmiocie uznania praktyk za naruszające zbiorowe prawa pacjenta. Poniżej przedstawione zostały najważniejsze zagadnienia, w zakresie których orzekały sądy administracyjne w 2016 r. Warto zaszyfalizować, że w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik w 2016 r. wydał 51 decyzji. (13 decyzji zostało zaskarżonych do sądów administracyjnych; żadna decyzja nie została prawomocnie zakwestionowana przez sądy administracyjne³⁵).

Dostęp pacjentów do oryginałów dokumentacji medycznej

Zgodnie z przepisami ustawy, w brzmieniu obowiązującym od dnia 11 maja 2017 r., wydanie oryginałów dokumentacji medycznej następuje na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Zatem od dnia 11 maja 2017 r. Pacjentowi co do zasady nie przysługuje prawo wypożyczenia oryginałów jego dokumentacji medycznej. Niemniej przez lata zagadnienie to budziło kontrowersje. W ocenie Rzecznika do momentu zmiany przepisów uprawnienie Pacjentów do uzyskania oryginałów dokumentacji medycznej nie budziło wątpliwości, co jednak było kwestionowane przez wiele podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Problem ten rozstrzygnął Naczelny Sąd Administracyjny - rozpatrując skargę kasacyjną Rzecznika od wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie - w orzeczeniu z dnia 19 kwietnia 2016 r.³⁶ uznając, że: *Jednym ze sposobów udostępnienia dokumentacji medycznej jest wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej jest prawem pacjenta, tym samym ma on prawo wyboru formy udostępnienia dokumentacji medycznej z uwagi na zaspokojenie jego potrzeb w zakresie ochrony jego zdrowia i życia. Z regulacji art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przedmiocie udostępnienia dokumentacji medycznej innym organom, instytucjom, podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych i innym nie należy wyprowadzać ograniczenia praw pacjenta do żądania wydania oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu.*

³⁵ nie dotyczy decyzji w przedmiocie nałożenia kary pieniężnej, decyzji o odmowie wszczęcia postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz decyzji w postępowaniach nadzwyczajnych (np. w wyniku wniosku o stwierdzenie nieważności decyzji, wznowienie postępowania oraz uchylenia lub zmiany decyzji), stan na 31 grudnia 2016 r.

³⁶ II OSK 2361/15

Monitoring wizyjny w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych

Coraz częściej zauważalną praktyką podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jest stosowaniu monitoringu wizyjnego w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych takie postępowanie tłumaczą bezpieczeństwem Pacjentów, dbaniem o właściwą organizację pracy czy też nadzorem nad personelem. W ocenie Rzecznika stosowanie ww. praktyki może naruszać prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności - stosowanie monitoringu może odbywać się wyłącznie w miejscach określonych w przepisach prawa. W tej sprawie wypowiedział się Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 6 grudnia 2016 r.³⁷ (orzeczenie prawomocne, utrzymane w mocy przez Naczelny Sąd Administracyjny): *W niniejszej sprawie mamy do czynienia z bezprawnością polegającą na naruszeniu przepisu ustawy, a mianowicie art. 20 ust. 1 ustawy o pr. pacjenta, który przewiduje, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (...) w zakładzie leczniczym prowadzonym przez skarżącego, co najmniej dwie kamery rejestrowały czynności medyczne podejmowane w stosunku do pacjentów, które to czynności mogły być widziane przez innych pacjentów lub zarejestrowane przez kamery. Jednocześnie czynności te, z uwagi na ich naturę lub przebieg, mogły wywoływać poczucie wstydu.*

Regulaminy organizacyjne podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych ograniczające prawa pacjentów.

Prawa i obowiązki pacjentów muszą wynikać z przepisów powszechnie obowiązujących. Niedopuszczalne jest, aby w regulaminach organizacyjnych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych - które mimo że wydawane są na podstawie przepisów o działalności leczniczej - dokonywać ograniczeń praw pacjenta, rozumianych także jako nakładanie dodatkowych obowiązków na Pacjentów w celu realizacji ich praw. Z takimi przypadkami Rzecznik spotyka się np. przy prawie pacjenta do dokumentacji medycznej. Przepisy ustawy nie normują w jakiej formie (ustnej, pisemnej) Pacjent może upoważnić daną osobę do dostępu do jego dokumentacji medycznej. Taką sprawą w 2016 r. zajął się Naczelny Sąd Administracyjny, który w wyroku z dnia 19 kwietnia 2016 r.³⁸ stwierdził, iż: *Do praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów należy przyjęcie takich zapisów w regulaminie organizacyjnym, które przez brak jasności zapisów wyłączają lub ograniczają realizację gwarantowanych praw pacjentów, w tym podstawowego prawa pacjenta dla ochrony jego życia lub zdrowia przez dostęp do dokumentacji medycznej. Zapis Regulaminu organizacyjnego o udostępnieniu dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przez pacjenta za okazaniem stosownego pisemnego upoważnienia udzielonego jej przez pacjenta (§ 29 pkt 5 lit. b Regulaminu) może budzić wątpliwości co do dopuszczalności udzielenia ustnie upoważnienia.*

Zabezpieczenie dokumentacji medycznej

Za bezpieczeństwo danych zawartych w dokumentacji medycznej odpowiada podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Przedmiotowa kwestia nie budzi wątpliwości i wynika z dyspozycji art. 24 ust. 1 ustawy oraz przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 30 ustawy. Rzecznik obserwuje jednak przypadki skrajnej nieodpowiedzialności w realizacji ww. obowiązków. Za przykład można podać sprawę, w której najemca popadł w konflikt z wynajmującym i mimo skutecznego wypowiedzenia umowy najmu lokalu, w którym prowadził działalność leczniczą, nie zabezpieczył dokumentacji medycznej Pacjentów. Lokal został przez wynajmującego zamknięty a dokumentacja medyczna Pacjentów pozostała w nim bez możliwości dostępu. Sprawę tą rozpatrywał Naczelny Sąd Administracyjny, który w wyroku z dnia 12 kwietnia 2016 r.³⁹ potwierdził, że: *zabezpieczenie dostępu do dokumentacji medycznej należy do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Do jego obowiązków należy podjęcie czynności ochrony dokumentacji medycznej. Powstały spór cywilnoprawny nie może wyłączyć tego obowiązku.*

³⁷ VII SA/Wa 2109/16

³⁸ II OSK 3019/15

³⁹ II OSK 1967/14

V. RZECZNIICY PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO JAKO ELEMENT SYSTEMU OCHRONY PRAW PACJENTA

1. Wprowadzenie

Analiza spraw rozpatrywanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w okresie objętym sprawozdaniem dowodzi, że ich działalność jest potrzebna w mikrospołeczeństwie Pacjentów szpitali psychiatrycznych, ich bliskich, opiekunów faktycznych i prawnych.

Do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy w szczególności zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi pomocy w dochodzeniu ich praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Ponadto wskazani pracownicy Biura wyjaśniają lub udzielają pomocy w wyjaśnieniu ustnych i pisemnych skarg tych osób, współpracują z ich rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi oraz inicjują i prowadzą działalność edukacyjno-informacyjną w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Jednym z istotnych zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest dokonywanie z własnej inicjatywy oceny przestrzegania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do Pacjentów:

- 1) przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody;
- 2) wobec których zastosowano przymus bezpośredni;
- 3) niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia;
- 4) przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

Pacjenci, o których mowa powyżej, z uwagi na ograniczone możliwości dochodzenia swoich praw, a tym samym zwiększone zagrożenie ich nieprzestrzegania przez personel medyczny, są objęci szczególną ochroną Rzecznika.

W okresie sprawozdawczym w Biurze zatrudnionych było 51 osób⁴⁰ pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Rzecznicy ci realizowali swoje zadania w 104 podmiotach leczniczych, zlokalizowanych na terenie 16 województw.

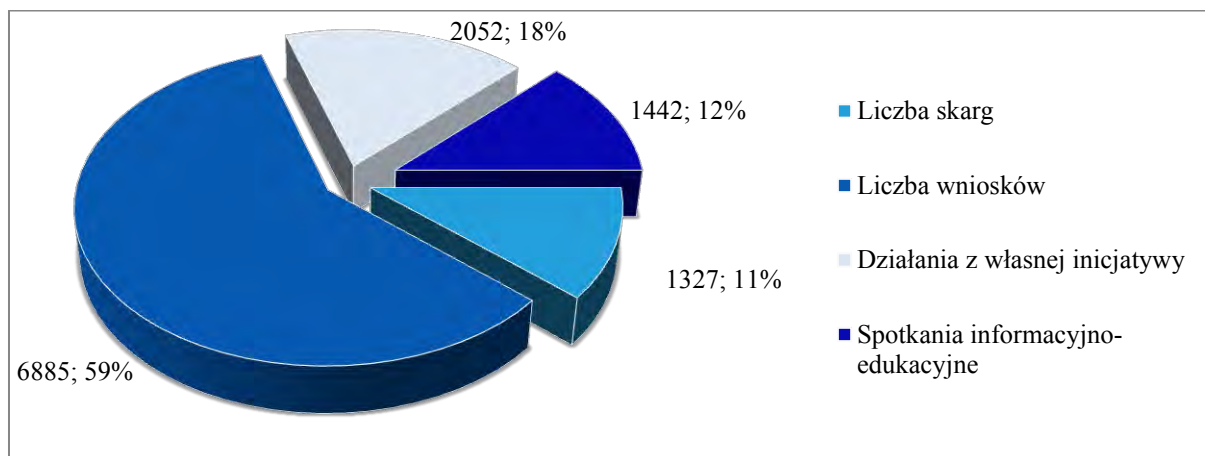
Wzrost liczby osób pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, powoduje, że wzrasta liczba podmiotów leczniczych, w których osoby hospitalizowane i ich bliscy mają możliwość osobistego kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

2. Działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

W roku 2016 Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zajmowali się łącznie 11 706 sprawami. Były to skargi, wnioski, działania podejmowane z własnej inicjatywy, a także spotkania o charakterze informacyjno-edukacyjnym.

⁴⁰ Uwzględniono fluktuację zatrudnienia na stanowiskach Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w okresie sprawozdawczym.

Wykres 17. Liczba i rodzaje spraw podejmowanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2016 r.



W ramach realizacji ustawowych zadań Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w omawianym okresie sprawozdawczym rozpatrzyli łącznie 1 327 skarg, przy czym 1 122 z nich stanowiły skargi ustne, natomiast 205 skarg skierowanych zostało na piśmie. Od pacjentów wpłynęło 1 215 skarg, zaś od członków rodzin pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych lub osób sprawujących nad nimi faktyczną opiekę 107 skarg. Ponadto 5 skarg zostało złożonych przez osoby inne niż ww.

W 2016 r. do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpłynęło łącznie 6 885 wniosków, z czego 6 757 stanowiły wnioski ustne, a 128 wnioski pisemne. Pacjenci złożyli ich 6 454, członkowie ich rodzin oraz opiekunowie 412, natomiast 19 wniosków wpłynęło od innych osób, np. personelu szpitala czy konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii.

Realizując jedno z ustawowych zadań, jakim jest dokonywanie z własnej inicjatywy oceny przestrzegania praw pacjentów Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podjęli ogółem 2 052 tego rodzaju działań. Wśród nich można wyróżnić interwencje podejmowane w odniesieniu do pacjentów⁴¹:

- 1) wobec których zastosowano przymus bezpośredni (425 interwencji);
- 2) przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody (192 interwencji);
- 3) małoletnich (170 interwencji);
- 4) przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego (88 interwencji);
- 5) niezdolnych do wyrażania zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia (72 interwencje).

Ponadto 1 178 działań dotyczyło ogółu pacjentów i wiązało się m.in. z warunkami pobytu w oddziałach czy szpitalach psychiatrycznych, zapewnieniem bezpieczeństwa i odpowiedniej opieki pacjentom czy też dostępem do informacji o prawach pacjenta.

Kolejnym obszarem działań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przeprowadzili 1 442 spotkania informacyjno-edukacyjne. Ich charakter, tematyka i sposób realizacji uwarunkowany był specyfiką oddziału, wiekiem, stanem zdrowia pacjentów oraz oczekiwaniami hospitalizowanych. Spotkania przybierały najczęściej formę wykładu, pogadanki, warsztatów czy kierowanej dyskusji. Pacjenci podczas przedmiotowych spotkań mieli możliwość zadawania Rzecznikom Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pytań, wyjaśniania swoich

⁴¹ Liczba interwencji w odniesieniu do poszczególnych kategorii pacjentów podjętych z własnej inicjatywy jest wyższa od liczby spraw rozpatrywanych z własnej inicjatywy, ponieważ jedna sprawa mogła dotyczyć jednocześnie kilku problemów i grup pacjentów.

wątpliwości oraz konfrontowania własnej wiedzy i wyobrażeń na temat przysługujących praw z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi.

Spotkania informacyjno-edukacyjne prowadzone dla Pacjentów i ich bliskich najczęściej poświęcone były problematyce dotyczącej:

1. Praw pacjenta wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacji medycznej - jej rodzaju, obowiązków personelu medycznego w zakresie jej prowadzenia, uprawnień pacjenta i rodziny.
3. Kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego - uprawnień oraz ograniczeń.
4. Procedury przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego za jego zgodą.
5. Procedury przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody.
6. Procedury wypisania pacjenta ze szpitala psychiatrycznego.
7. Przyjęcia i wypisania ze szpitala psychiatrycznego pacjenta ubezwłasnowolnionego.
8. Przymusu bezpośredniego - wskazań, nadzoru, zasad stosowania i uprawnień pacjenta.
9. Zasad umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej za jej zgodą lub bez takiej zgody.
10. Ubezwłasnowolnienia i jego aspektów prawnych.
11. Środków zabezpieczających.
12. Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego - jego zadań i uprawnień.
13. Praw i obowiązków osób przebywających w szpitalu psychiatrycznym.

Wśród małoletnich pacjentów prezentowano następujące tematy:

1. Karta Praw Dziecka - Pacjenta.
2. Realizacja obowiązku szkolnego w czasie pobytu w szpitalu.
3. Prawa i obowiązki małoletniego pacjenta w oddziale psychiatrycznym.
4. Podstawowe informacje o instytucji Rzecznika oraz podmiotach zajmujących się szeroko rozumianą pomocą dzieciom (np. Rzecznik Praw Dziecka).

3. Ocena stopnia przestrzegania praw Pacjentów szpitali psychiatrycznych w kontekście analizy stwierdzonych naruszeń

Poniżej przedstawione zostały naruszane przepisy wynikające z ustawy oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stosunku do ogólnej liczby skarg zasadnych w 2016 r.

Tabela 18. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy (skargi, wnioski oraz działania podejmowane z własnej inicjatywy).

LP.	PRAWO PACJENTA:	LICZBA SPRAW W 2016 R.	% WSZYSTKICH SPRAW
1	do świadczeń zdrowotnych	2 401	44,0
2	do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia; do wyrażenia zgody na udzielenie ww. informacji innym osobom	700	12,8
3	do informacji o prawach pacjenta	642	11,8
4	do poszanowania intymności i godności	363	6,7
5	do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych	361	6,6
6	do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody	347	6,4

7	do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	263	4,8
8	do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	211	3,9
9	do domagania się zachowania w tajemnicy informacji przez osoby wykonujące zawód medyczny	58	1,1
10	do opieki duszpasterskiej	52	1,0
11	do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	29	0,5
12	do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	17	0,3
13	do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia	13	0,2
OGÓLEM		5 457	100,0

Tabela 19. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy w podziale na skargi, wnioski oraz działania podejmowane z własnej inicjatywy.

LP.	PRAWO PACJENTA	LICZBA WNIOSKÓW	LICZBA SKARG	W TYM % SKARG ZASADNYCH	LICZBA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH Z WŁASNEJ INICJATYWY
1	do świadczeń zdrowotnych	775	649	26,2	977
2	do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia	583	97	32	20
3	do poszanowania intymności i godności	65	132	30,3	166
4	do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych	282	59	28,4	20

Największa ilość spraw podejmowanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego dotyczyła prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych (977 działań z własnej inicjatywy, 775 wniosków oraz 649 skarg). 26,2% skarg dotyczących tego prawa pacjenta zostało uznanych za zasadne, co oznacza stwierdzenie naruszenia przepisu. Znaczna część wniosków dotyczyła prawa pacjenta do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia (583 wnioski) oraz prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych (282 wnioski). 132 skargi związane były z prawem pacjenta do poszanowania intymności i godności, 30,3% z nich zostało uznane za zasadne. W tym obszarze Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego interweniowali z własnej inicjatywy 166 razy.

Tabela 20. Przykłady naruszeń oraz podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego interwencji.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych	
<p>Przykłady naruszeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nieodpowiednie wyposażenie sanitariatów. ▪ Niestosowanie obowiązującej procedury w zakresie sposobu realizowania i dokumentowania przez pielęgniarki zleceń lekarskich, a w szczególności wydawania pacjentom leków. ▪ Podawanie pacjentom rozpuszczonych bądź kruszonych leków. 	<p>Podjęte działania oraz ich efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interwencje u personelu. W ich wyniku uzupełniano zidentyfikowane braki. ▪ Interwencja u pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki naczelnej. Personel pielęgniarski zastosował się do obowiązującej procedury przygotowywania i wydawania leków. ▪ Pisemne oraz ustne interwencje. Puczano personel o prawidłowym postępowaniu, w wyniku czego zaprzestano podawania leków w modyfikowanej formie (wbrew zaleceniom producenta).
Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności	
<p>Przykłady naruszeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obowiązek przebierania się pacjentów w piżamy bezpośrednio po przyjęciu, możliwość korzystania z prywatnych ubrań jedynie za zgodą personelu. ▪ Nieetyczne zachowanie pielęgniarki (kierowanie grózb pod adresem pacjenta). 	<p>Podjęte działania oraz ich efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Po interwencji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wycofano się z praktyki obowiązkowego przebierania się pacjentów w piżamy. ▪ Pisemne wystąpienie do Dyrekcji. Wdrożono program szkoleń odnośnie sposobu odnoszenia się personelu do pacjentów. Kierownictwo szpitala i oddziału zobowiązało pielęgniarkę do przeproszenia pacjenta za niestosowne zachowanie.
Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	
<p>Przykłady naruszeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ograniczenie w dostępie do rzeczy przechowywanych w depozycie. 	<p>Podjęte działania oraz ich efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozmowa z personelem pielęgniarskim. Wydanie pacjentowi żądanych przedmiotów.
Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	
<p>Przykłady naruszeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wprowadzenie ograniczenia w zakresie możliwości odwiedzin pacjentów przez osoby małoletnie. 	<p>Podjęte działania oraz ich efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozmowa z personelem. Zaprzestano stosowania przedmiotowej praktyki.

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych

Przykłady naruszeń:

- Odmowa udostępnienia pacjentowi dokumentacji medycznej.
- Odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej.

Podjęte działania oraz ich efekty:

- Interwencja u lekarza prowadzącego. Udostępniono pacjentowi dokumentację medyczną.
- Interwencja w Dyrekcji. W szpitalu zostały wdrożone odpowiednie procedury dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej przez personel.

Podkreślenia wymaga działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z własnej inicjatywy. Jak wskazano powyżej, najczęściej związana była z realizacją prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością oraz prawem pacjenta do poszanowania intymności i godności. Interwencje te często dotyczyły warunków, w jakich realizowany był przymus bezpośredni w formie unieruchomienia (w szczególności, kiedy stosowany był w salach wieloosobowych, bez użycia parawanu), czy też lokowania pacjentów na tzw. dostawkach, na korytarzach. W wyniku podejmowanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego działań przeprowadzano dodatkowe szkolenia dla personelu, wdrażano nowe procedury, dokonywano zmian w regulaminach porządkowych Oddziałów. Ponadto Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podejmowali interwencje w związku z brakiem dostępu pacjentów do aktualnych informacji o prawach pacjenta, Biurze, a także możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w danej placówce.

Obszarem, w którym można zaobserwować zmiany, ale również ciągle wymagającym poprawy, są warunki pobytu osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych, w tym dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych. W wielu podmiotach realizowane są programy dostosowawcze do wymagań określonych w stosownych aktach wykonawczych, jednak pozostają nadal szpitale, w których brakuje środków finansowych na podnoszenie jakości udzielanych świadczeń.

Tabela 21. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

LP.	PRZEPISY USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 R. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO	LICZBA SPRAW	% Ogółu spraw
1	Procedura przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody	1 069	16,6
2	Wniosek o nakazanie wypisania osoby przebywającej za zgodą (art. 36 ust 1 ww. ustawy)	942	14,6
3	Wypisanie ze szpitala osoby przebywającej bez jej zgody	810	12,6
4	Prawo do spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10a ust 1 i 4 ww. ustawy)	1 135	17,6
5	Inne sprawy, wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, dotyczące: – wsparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają trudności w życiu	1 035	16,1

	<p>codziennym (art. 8,9 ww. ustawy),</p> <ul style="list-style-type: none"> – bezpłatnych świadczeń należnym osobom z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym, bezpłatnych produktów leczniczych, wyrobów medycznych (art. 10 ww. ustawy), – kierowania się przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego, dążeniem do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla osoby chorej psychicznie uciążliwy (art.12 ww. ustawy), – zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego do prokuratury, w przypadku stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia (art. 16 ww. ustawy), – zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego do sądu opiekuńczego, w przypadku stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków (art. 17 ww. ustawy), – przyjęcia osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo do DPS (art. 38-40 ww. ustawy), – ochrony tajemnicy (art. 50-52 ww. ustawy), – odpowiedzialności za podanie nieprawdziwej informacji o występujących u innej osoby objawach zaburzeń psychicznych, wiedząc, że te informacje są nieprawdziwe (art. 53 ww. ustawy). 		
6	Uzyskanie zgody Ordynatora do okresowego przebywania poza szpitalem (art. 14 ww. ustawy)	664	10,3
7	Stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z określonymi zasadami (art. 18 ustawy i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ⁴²)	562	8,7
8	Organizacja zajęć rehabilitacyjnych (art. 15 ww. ustawy i ww. rozporządzenie)	123	1,9
9	Postępowanie lecznicze wobec osoby leczonej bez jej zgody (art. 33 ww. ustawy)	98	1,5
OGÓLEM		6 438	100

⁴² Dz. U. z 2006 r. poz. 126, z późn. zm.

Tabela 22. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w podziale na skargi, wnioski oraz działania podejmowane z własnej inicjatywy.

LP.	PRAWA PACJENTA	LICZBA WNIOSKÓW	LICZBA SKARG	W TYM % SKARG ZASADNYCH	LICZBA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH Z WŁASNEJ INICJATYWY
1	Procedura przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody (art. 22 ust.2; art. 23, 24, 28, 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)	890	74	6,8	105
2	Wniosek o nakazanie wypisania osoby przebywającej za zgodą (art. 36 ust. 1 ww. ustawy)	871	39	23,1	32
3	Wypisanie ze szpitala osoby przebywającej bez jej zgody (art. 35 ust. 1 i art. 36 ust 2; art. 36 ust. 3 ww. ustawy)	760	34	8,8	26
4	Uzyskanie zgody Ordynatora do okresowego przebywania poza szpitalem (art. 14 ww. ustawy)	585	43	20,9	36
5	Stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z określonymi zasadami (art. 18 ww. ustawy i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego)	96	81	11,1	385

Największa ilość wniosków dotyczyła procedury przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody (890 wniosków). Znaczna ilość wniosków, zarówno od pacjentów jak i ich rodzin, dotyczyła procedur związanych z wypisaniem ze szpitala osoby przebywającej za zgodą (871 wniosków) oraz wypisaniem ze szpitala osoby przebywającej w nim bez jej zgody (760 wniosków). Największa ilość skarg wpłynęła w obszarze stosowanie przymusu bezpośredniego, było to 81 skarg, z czego 11,1% uznano za zasadne. W tym obszarze podjęto także 385 inicjatyw własnych. Spośród 43 skarg dotyczących uzyskania zgody Ordynatora do okresowego przebywania poza szpitalem, 20,9% uznanych zostało za zasadne.

Tabela 23. Przykłady naruszeń przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego interwencji.

Wniosek o nakazanie wypisania osoby przebywającej za zgodą (art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)	
<p>Przykłady naruszeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brak możliwości złożenia wniosku z żądaniem wypisu z powodu nieobecności w oddziale ordynatora oraz zastępcy ordynatora. Uzależnienie wypisu ze szpitala od odebrania pacjenta przez inne osoby. Odmowa wypisu bez podania przyczyn, nie uruchomiono procedury związanej z zatrzymaniem w szpitalu psychiatrycznym (art. 28 ww. ustawy). 	<p>Podjęte działania oraz ich efekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interwencja u Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, pacjentkę w tym samym dniu wypisano ze szpitala. Interwencja u Kierownika Oddziału, pacjent opuścił szpital sam. Interwencja u Kierownika Oddziału skutkująca wypisem.

Procedura przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody (art. 22 ust 2; art. 23, 24, 28, 29 ww. ustawy)

Przykłady naruszeń:

- Nie powiadomiono Sądu o przyjęciu pacjenta bez zgody

Podjęte działania oraz ich efekty:

- Rozmowa z Dyrektorem, niezwłocznie powiadomiono Sąd i zorganizowano wysłuchanie pacjenta.

Wypisanie ze szpitala osoby przebywającej bez jej zgody (art. 35 ust 1 i art. 36 ust 2; art. 36 ust. 3 ww. ustawy)

Przykłady naruszeń:

- Odmowa przyjęcia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala pomimo spełnienia wymagań formalnych.
- Długi okres hospitalizacji z powodu braku możliwości powrotu do ZOL-u.

Podjęte działania oraz ich efekty:

- Interwencja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W efekcie pacjentom nie utrudnia się składania wniosków o nakazanie wypisania ze szpitala.
- Rozmowa z pacjentami, zwiększenie świadomości pacjentów nt. obowiązujących przepisów dotyczących wypisania ze szpitala oraz związanego z tym trybu sądowego.

Organizacja zajęć rehabilitacyjnych (art. 15 ww. ustawy i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego)

Przykłady naruszeń:

- Nakłanianie pacjentów do sprząwania takich pomieszczeń jak: łazienka, ubikacja, świetlica i korytarz.
- Podporządkowanie zajęć terapeutycznych celom gospodarczym.

Podjęte działania oraz ich efekty:

- Interwencja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wystąpienie pisemne do Dyrektora, zaprzestano stosowania opisanej praktyki.
- Interwencja u pielęgniarki oddziałowej, zaprzestano wyznaczania pacjentom dyżurów sprząwania.
- W wyniku działań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego poszerzano także ofertę zajęć terapeutycznych, doposażono sale pobytu dziennego w nowe gry czy książki.

**Stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z określonymi zasadami
(art. 18 ww. ustawy i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie
szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego)**

Przykłady naruszeń:

- Uszkodzenie ciała podczas stosowania przymusu bezpośredniego.
- Zamieszczone w dokumentacji medycznej pacjenta wpisy dotyczące zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia nie wypełniały przesłanek wskazanych w stosownych przepisach (brak odnotowania rodzaju zastosowanego przymusu, brak informacji o osobie zlecającej jego zastosowanie, brak osób wykonujących zabezpieczenie, brak czasowych zwolnień).
- Podczas unieruchomienia nieletniej pacjentki personel stosował nadmierną siłę fizyczną, w tym podduszał pacjentkę (uciskając szyję kolanem, zatykał jej twarz rękoma).
- Zamykanie pacjentów w salach obserwacyjnych na klucz, co uniemożliwiało im swobodne poruszanie się po oddziale.
- Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego przez Zespoły Ratownictwa Medycznego.

Podjęte działania oraz ich efekty:

- Rozmowa z personelem, pisemne wystąpienia do Dyrektorów Szpitali, zlecono konsultacje specjalistyczne.
- Przeprowadzenie działań wyjaśniających, skierowanie wystąpienia do Dyrektora podmiotu. Zostało przeprowadzone szkolenie dla personelu.
- Odtworzenie monitoringu, wystąpienie do Kierownika podmiotu, przeprowadzono szkolenia dla personelu w zakresie stosowania unieruchomienia, pracownicy stosujący opisane unieruchomienie otrzymali pisemne upomnienia.
- Pisemne wystąpienie do Dyrektora Szpitala, przekazanie opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w przedmiotowej sprawie. Personel został pouczony w tym zakresie, zaprzestano praktyki zamykania sal obserwacyjnych na klucz.
- Pisemne wystąpienie do Urzędu Wojewódzkiego, uzyskano zapewnienie o przeprowadzeniu stosownych szkoleń.

PODSUMOWANIE

Prawa pacjenta w 2016 r. nie były przestrzegane w stopniu satysfakcjonującym. Ocena taka płynie przede wszystkim z analizy naruszeń poszczególnych praw pacjenta, w szczególności praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz do dokumentacji medycznej, oraz działań systemowych podejmowanych przez Rzecznika koncentrujących się między innymi na:

- 1) dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) bezpieczeństwie Pacjentów;
- 3) opiece medycznej sprawowanej nad:
 - a) dziećmi,
 - b) osobami starszymi,
 - c) osobami z zaburzeniami psychicznymi,
- 4) warunkach pracy personelu medycznego;
- 5) prowadzeniu dokumentacji medycznej;
- 6) prawie przedstawicieli ustawowych do dostępu do dokumentacji medycznej dzieci;
- 7) wyżywieniu Pacjentów w szpitalach.

Pojawiły się jednak także optymistyczne akcenty. W 2016 r. o 9 punktów procentowych zmniejszyła się liczba potwierdzonych naruszeń praw pacjenta, co wskazuje na poprawę przestrzegania praw pacjenta w porównaniu z rokiem poprzednim, w szczególności poprawie uległo przestrzeganie praw pacjenta do informacji i wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych; o 8 punktów procentowych (z 24% w 2015 r. do 16% w 2016 r.) zmniejszył się procentowy udział stwierdzonych naruszeń tych praw pacjenta w stosunku do ogółu stwierdzonych naruszeń praw pacjenta. Nie jest to jednak zmiana, która rzutowałaby na ocenę ogólną przestrzegania praw pacjenta.

Nie wolno jednak zapominać, że 2016 r. był okresem zintensyfikowanych działań w zakresie rządowej reformy w służbie zdrowia, w szczególności tworzenia nowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej czy też systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali). Wprowadzenie zmian w tym zakresie będzie miało z pewnością istotny wpływ na realizację praw Pacjentów.

Rzecznik Praw Pacjenta dążył także do podnoszenia świadomości obywateli w zakresie praw pacjenta. W 2016 r. Biuro wraz z Biurem Rzecznika Praw Dziecka zakończyło prace nad elektroniczną wersją książki „Kuba i Buba w szpitalu czyli o prawach dziecka-pacjenta niemal wszystko!”. W tym roku Biuro zainaugurowało także akcję „Prawa pacjenta - a co to takiego?” - czyli lekcje dla uczniów szkół podstawowych. Ruszyła II edycja kampanii społecznej Rzecznika pt. „Rzecznik Praw Pacjenta Przypomina”. Biuro kontynuowało wyjazdy informacyjno-promocyjne podczas imprez lokalnych na terenie całego kraju.

W 2016 r. Rzecznik współpracował z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze praw pacjentów, organizując cykliczne spotkania w celu omówienia aktualnych problemów w służbie zdrowia. Rzecznik został także partnerem w projekcie „Obywatele dla Zdrowia”.

W okresie objętym sprawozdaniem Rzecznik aktywnie korzystał też z możliwości żądania wszczęcia lub brania udziału w toczącym się już postępowaniu cywilnym dotyczącym naruszenia praw pacjenta, na prawach przysługujących prokuratorowi. W roku sprawozdawczym Rzecznik podjął 10 nowych spraw tego rodzaju - w sumie prowadził ich 21.

Ważnym zadaniem Rzecznika jest również ochrona zbiorowych praw pacjentów, czyli przeciwdziałanie praktykom naruszającym te prawa. W 2016 r. Rzecznik wszczął 73 postępowania tego typu i wydał 51 decyzji. Na uwagę zasługuje skuteczność Rzecznika w tym zakresie, zmierzająca do jak najlepszej ochrony praw pacjenta - tylko z 13 ww. decyzji zostało zaskarżonych do sądów administracyjnych, z kolei żadna nie została prawomocnie zakwestionowana.

Reasumując opisywaną problematykę należy podkreślić, że zasoby kadrowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, jego wyposażenie, organizacja i warunki pracy (w tym zadowolenie i satysfakcja pracującego w nim personelu) oraz sytuacja finansowa, mają podstawowy wpływ na proces opieki nad Pacjentem. Od polityki poprawy jakości w ochronie zdrowia jak się wydaje nie ma odwrotu. Wszystkim podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych powinno zależeć na wypracowaniu, w jak najkrótszym okresie, optymalnego modelu służby zdrowia w Polsce.

Spis tabel

Tabela 1. Działalność Rzecznika w 2016 r.	4
Tabela 2. Podstawowe informacje o zatrudnieniu w Biurze w 2016 r.	4
Tabela 3. Przestrzeganie praw pacjenta w 2016 r.	5
Tabela 4. Analiza SWOT	6
Tabela 5. Analiza wzajemnych powiązań czynników	7
Tabela 6. Postępowania wyjaśniające prowadzone w latach 2013-2016	16
Tabela 7. Sposób zakończenia postępowań wyjaśniających w latach 2013-2016	16
Tabela 8. Przedmiot i skala stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w latach 2013-2016.....	17
Tabela 9. Liczba inicjatyw i wystąpień systemowych Rzecznika w 2016 r. z wyszczególnieniem ich adresatów oraz przykładowym wskazaniem obszarów, których dotyczyły	19
Tabela 10. Stopień naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.	20
Tabela 11. Stopień naruszeń prawa pacjenta do dokumentacji medycznej oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.	35
Tabela 12. Stopień naruszeń praw pacjenta do informacji i do wyrażenia zgody oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.	40
Tabela 13. Stopień naruszeń prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.	44
Tabela 14. Stopień naruszeń pozostałych praw pacjenta oraz realizacji wydanych zaleceń w 2016 r.	47
Tabela 15. Lista wyjazdów	51
Tabela 16. Współpraca z Warsztatami Terapii Zajęciowej.....	53
Tabela 17. Toczące się postępowania cywilne, w których Rzecznik bierze udział na prawach przysługujących prokuratorowi.....	57
Tabela 18. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy (skargi, wnioski oraz działania podejmowane z własnej inicjatywy).	64
Tabela 19. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy w podziale na skargi, wnioski oraz działania podejmowane z własnej inicjatywy.	65
Tabela 20. Przykłady naruszeń oraz podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego interwencji.	66
Tabela 21. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.	67
Tabela 22. Liczba rozpatrywanych spraw wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w podziale na skargi, wnioski oraz działania podejmowane z własnej inicjatywy.	69
Tabela 23. Przykłady naruszeń przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego interwencji.....	69

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba wszystkich zgłoszeń (spraw, sygnałów) skierowanych do Rzecznika w latach 2011-2016.....	12
Wykres 2. Liczba zgłoszeń skierowanych za pośrednictwem infolinii w latach 2011-2016	12
Wykres 3. Liczba wizyt w Biurze w latach 2011-2016.....	13
Wykres 4. Liczba postępowań wyjaśniające wszczętych w latach 2013-2016.....	13
Wykres 5. Liczba spraw, w których wskazano przysługujące środki prawne w latach 2011-2016	14
Wykres 6. Liczba spraw przekazanych zgodnie z właściwością w latach 2011-2016	14
Wykres 7. Liczba spraw niepodjętych w latach 2011-2016.....	15
Wykres 8. Liczba zakończonych postępowań wyjaśniających, w których zbadano sprawę na miejscu w latach 2011-2016.....	18

Wykres 9. Stopień stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w postępowaniach wyjaśniających zakończonych w 2016 r., w których zbadano sprawę na miejscu.....	18
Wykres 10. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w latach 2013-2016	20
Wykres 11. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do dokumentacji medycznej w latach 2013-2016	35
Wykres 12. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody w latach 2013-2016	40
Wykres 13. Liczba stwierdzonych naruszeń prawa pacjenta do intymności i godności w latach 2013-2016	44
Wykres 14. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w latach 2012-2016	59
Wykres 15. Liczba wniosków, które wpłynęły do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 2016 r. w podziale na województwa	59
Wykres 16. Sposób rozpatrzenia złożonych do komisji wojewódzkich wniosków w 2016 r. Stan na dzień 31 grudnia 2016 r.	60
Wykres 17. Liczba i rodzaje spraw podejmowanych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2016 r.	63

Spis rysunków

Rysunek 1. Okładka publikacji - Wakacyjny Poradnik Pacjenta z logo Partnera	49
---	----