



Rzecznik Praw Pacjenta

**Problematyka zgłoszeń
kierowanych na Infolinię
Rzecznika Praw Pacjenta
w latach 2015–2018**

Raport Rzecznika Praw Pacjenta

Warszawa, styczeń 2019

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów i pojęć / 4

Wprowadzenie / 7

Podstawowa opieka zdrowotna / 15

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna / 19

Opieka stomatologiczna / 26

Leczenie szpitalne / 29

Szpitalny oddział ratunkowy / 35

Rehabilitacja lecznicza / 38

Opieka długoterminowa / 42

Opieka paliatywna i hospicyjna / 47

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień / 49

Wnioski / 52

Załącznik. Analiza badań ankietowych przeprowadzonych za pośrednictwem infolinii przez Rzecznika Praw Pacjenta sporządzona przez NIZP-PZH / 56

WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna (tj. udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych)
Biuro	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
Czas oczekiwania	różnica między datą rejestracji skierowania w podmiocie leczniczym a datą wizyty
ITM Rzecznik	program służący do rejestracji rozmów obsługiwanych za pośrednictwem infolinii
Infolinia	ogólnopolska bezpłatna Infolinia Rzecznika Praw Pacjenta
Karta DILO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (kompleksowość leczenia)	możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, obejmujących niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Lek	produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 2211)
MOPS	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
NiŚOZ	Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym)
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
Oddział	specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego zdefiniowana na podstawie VII części kodu/kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2017 r. poz. 999)
Osoby posiadające szczególne uprawnienia	osoby, kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach, osoby o których mowa w art. 43 ust. 1 ustawy o świadczeniach, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatancki oraz działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane i deportowani do pracy przymusowej

<i>OWU</i>	rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.)
<i>Pacjent ubezpieczony</i>	osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o świadczeniach
<i>PCPR</i>	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
<i>PFRON</i>	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
<i>POZ</i>	podstawowa opieka zdrowotna
<i>Podmiot leczniczy</i>	podmiot o którym mowa w art. 2 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 160)
<i>Produkt leczniczy</i>	produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 2211), tj. substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne
<i>Rodzaje świadczeń zdrowotnych</i>	zakresy świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach
<i>Rzecznik</i>	Rzecznik Praw Pacjenta
<i>SOR</i>	Szpitalny oddział ratunkowy
<i>Szpital</i>	podmiot leczniczy realizujący świadczenia w ramach umowy na leczenie szpitalne
<i>Świadczenia opieki zdrowotnej</i>	świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące
<i>Świadczenia gwarantowane</i>	świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach
<i>Świadczenia towarzyszące</i>	zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego
<i>Świadczenia zdrowotne</i>	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
<i>Środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego</i>	środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844)
<i>Telefoniczna Informacja Pacjenta</i>	Telefoniczna Informacja Pacjenta
<i>Tryb przyjęcia nagły</i>	tryb przyjęcia w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego lub pacjenci przyjmowani do leczenia szpitalnego w stanie zagrożenia życia i zdrowia

<i>Tryb przyjęcia planowy</i>	tryb przyjęcia na podstawie skierowania lub przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi na podstawie odrębnych przepisów
<i>Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego</i>	ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.)
<i>Ustawa o świadczeniach</i>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)
<i>Ustawa o prawach pacjenta</i>	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.)
<i>Wyroby medyczne</i>	wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 211 z późn. zm.)
<i>ZUS</i>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WPROWADZENIE

Prawa pacjenta wpisują się w realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, zawartego w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a ich celem jest zapewnienie pacjentowi maksymalnego bezpieczeństwa i komfortu w procesie leczenia. Prawa te przysługują każdemu pacjentowi – niezależnie od tego, czy leczenie odbywa się w ramach środków publicznych czy też w systemie komercyjnym. Prawa pacjenta mają więc doniosłe znaczenie społeczne. Z jednej strony są wyrazem troski ustawodawcy o obywateli, z drugiej zaś urzeczywistniają pożądane przez ustawodawcę kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia, stawiające na umocnienie pozycji pacjenta.

Rzecznik Praw Pacjenta stoi na straży tych praw od 10 lat. 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.

Utrzymująca się na stale wysokim poziomie – blisko 50 tys. rocznie – liczba przeprowadzonych rozmów 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. Infolinia jest istotnym narzędziem komunikacji dla pacjentów. Rzecznik, poprzez ciągłą edukację, podnosi i wzmacnia świadomość praw pacjenta. Jak wynika ze zwrotnych sygnałów od pacjentów, właśnie takich prostych i dostępnych narzędzi wsparcia oczekują. Nie chcą oni być wyręczani w każdym przypadku przez Rzecznika – oczekują od niego wskazówek, w jaki sposób mogą załatwić swoją sprawę osobiście (wsparci wiedzą i obowiązującymi procedurami).

Infolinia pełni wiele funkcji, m.in. informacyjną, doradczą, edukacyjną, badawczą, wizerunkową. Przekaz telefoniczny pozwala wstępnie ocenić, czy podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych respektują uprawnienia pacjentów. Dodatkowo w sytuacjach wyjątkowych, wskazujących na bezpośrednie zagrożenie życia lub pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, pełni również funkcję interwencyjną. Infolinia stanowi również ważne źródło wiedzy dla Rzecznika Praw Pacjenta. Bieżący monitoring i analiza zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii przez pacjentów, ich opiekunów prawnych i faktycznych oraz osoby bliskie pozwalają określić obszary w systemie ochrony zdrowia wymagające naprawy. Rzecznik m.in. na tej podstawie kieruje wystąpienia o charakterze systemowym.

Możliwość łatwego kontaktu z Biurem za pośrednictwem Infolinii spotyka się z bardzo dużym zainteresowaniem oraz uznaniem wśród obywateli. Większość zarejestrowanych rozmów telefonicznych potwierdza podstawową funkcję edukacyjno-informacyjną, jaką jest informowanie osób dzwoniących o przysługujących środkach prawnych, w tym obo-

wiążących regulacjach. Osoby dzwoniące otrzymują praktyczne wskazówki i porady dotyczące działań, które należy podjąć w określonej sytuacji. Niejednokrotnie osoby uzyskujące wsparcie wskazują, że w wyniku przekazanych przez pracowników Biura informacji rozwiązały zgłoszony problem.

13 listopada 2018 r. zaczęła swą działalność Telefoniczna Informacja Pacjenta, czyli wspólna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta i NFZ. Porozumienie w tej sprawie podpisali Rzecznik Praw Pacjenta oraz Prezes NFZ. Główną ideą utworzenia jednej infolinii jest to, aby zintegrować dotychczasowe infolinie działające w oddziałach NFZ oraz Infolinię Rzecznika. Numer 800 190 590 dotychczas obsługiwany przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta stał się numerem rozpoznawalnym dla pacjentów. Numer bezpłatnej ogólnopolskiej Infolinii Rzecznika zastąpił kilkanaście numerów funkcjonujących obecnie w oddziałach wojewódzkich funduszu. Stworzenie wspólnej informacji dla pacjentów to bardzo ważny krok na drodze do budowy kompleksowego systemu informacyjnego, który ma za zadanie zapewnić:

1. Dążenie do jednolitej obsługi interesantów NFZ i Rzecznika poprzez uruchomienie jednego łącza telefonicznego.
2. Nie odsyłanie rozmówców do innych instytucji, ale podejmowanie działań służących pełnemu przekazaniu informacji.
3. Wzajemną wymianę informacji w zakresie zachodzących zmian w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, zmian w przepisach prawa i interpretacji tych przepisów, a także wymianę informacji w zakresie trybu i sposobu wyposażania pacjentów w narzędzia i instrumenty, pozwalające mu skutecznie pokonywać napotykaną problemy.
4. Udostępnianie posiadanych słowników, wykazów, katalogów itp.

Należy wskazać, że pacjenci oprócz informacji dotyczących systemu ochrony zdrowia, zabezpieczenia jego potrzeb zdrowotnych oraz ochrony praw pacjenta, w perspektywie pół roku otrzymają także kolejne informacje, m.in. dla pacjentów onkologicznych w ramach pilotażu, który wprowadzi Ministerstwo Zdrowia.

Analizę danych zaprezentowanych w raporcie oparto na dedykowanym dla potrzeb funkcjonowania bezpłatnej Infolinii programie ITM Rzecznik. Niniejsze opracowanie dotyczy tylko tych zagadnień i problemów, które kształtowane są w relacjach pomię-



dzy podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, a pacjentem lub osobą działającą w jego imieniu.

Wykres 1. Rozmowy telefoniczne zarejestrowane w latach 2015–2018 (ogółem)



Tabela 1. Rozmowy telefoniczne zarejestrowane w latach 2015–2018 wg regionów

WOJEWÓDZTWO	2015	2016	2017	2018
dolnośląskie	3 951	3 980	4 558	4 637
kujawsko-pomorskie	2 049	2 470	1 657	2 101
lubuskie	981	852	977	958
lubelskie	1 754	1 564	1 367	2 085
łódzkie	3 353	2 850	3 212	3 448
małopolskie	3 836	4 267	4 254	4 155
mazowieckie	12 799	13 048	12 668	12 850
opolskie	927	813	926	948
podkarpackie	1 397	1 409	1 671	1 527
podlaskie	1 122	945	883	1 040
pomorskie	2 795	2 935	2 525	2 572
śląskie	6 692	6 900	6 945	6 389
świętokrzyskie	1 518	1 084	1 063	1 035
warmińsko-mazurskie	1 424	1 495	1 403	1 327
wielkopolskie	3 426	3 392	3 096	3 586
zachodnio-pomorskie	1 760	1 998	1 888	1 901
Inne	40	23	80	61
OGÓŁEM	49 825	50 024	49 173	50 620

Sygnaly przekazywane na Infolinię pochodzą z całego kraju, jednak struktura geograficzna połączeń jest różna, co potwierdzają dane zamieszczone na schemacie 1. Liczba zarejestrowanych połączeń z danych województw niekoniecznie wskazuje na skalę pojawiających się problemów w poszczególnych regionach kraju. Zróżnicowana liczba przekazanych przez mieszkańców poszczególnych województw problemów jest ściśle związana z liczbą podmiotów leczniczych w poszczególnych województwach, a co za tym idzie liczbą udzielanych świadczeń zdrowotnych. W województwach takich jak: lubuskie, podlaskie, opolskie

Schemat 1. Rozmowy telefoniczne zarejestrowane w 2018 r. wg regionów



– znajduje się mniejsza liczba podmiotów leczniczych niż w pozostałych województwach, co potwierdza również NIK w raporcie *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.*¹, wskazując na nierównomierne rozmieszczenie kadry i placówek medycznych na terenie kraju.

Tabela 2. Rozmowy telefoniczne zarejestrowane w latach 2015–2018 z podziałem na podmioty, których dotyczyły zgłoszenia

RODZAJ INSTYTUCJI	2015	2016	2017	2018
Podmioty lecznicze	42 784	46 146	44 962	44 554
Instytucje systemu zdrowotnego*	2 546	2 624	2 829	4 350
Instytucje poza systemem zdrowotnym**	4 495	1 254	1 382	1 716
OGÓŁEM	49 825	50 024	49 173	50 620

* MZ, NFZ, Izby Aptekarskie, Izby Lekarskie, Izby Pielęgniarek i Położnych.

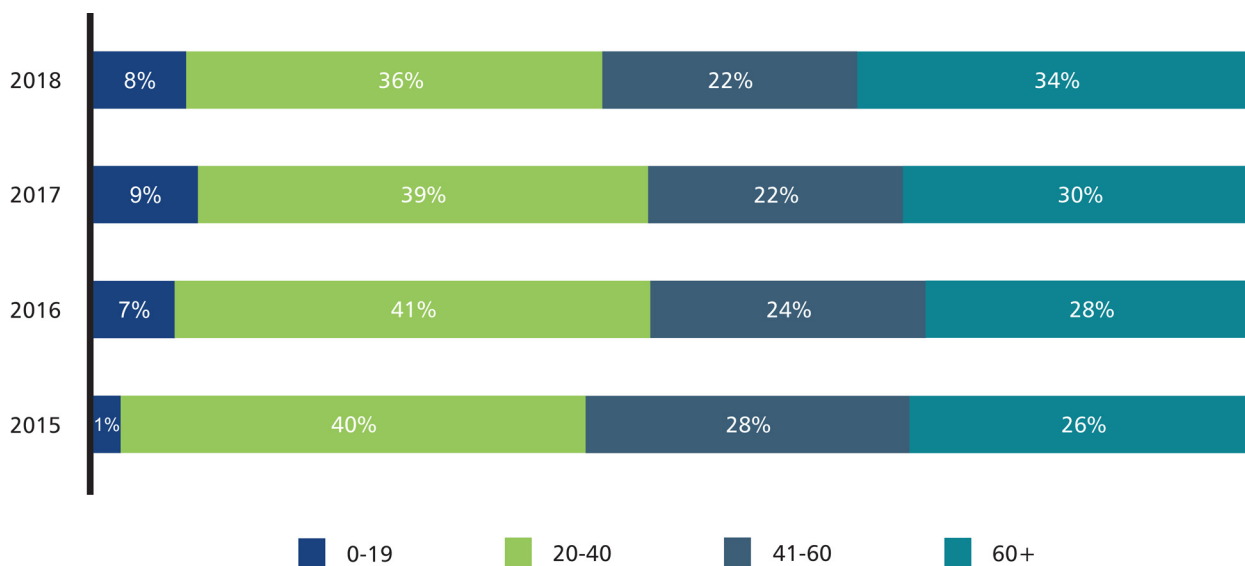
** MRPIPS, KRUS, PFRON, MOPS, PCPR.

¹ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,15437,vp,17919.pdf>

Analiza wpływających zgłoszeń za pośrednictwem Infolinii wskazuje, iż w związku z możliwością wykonywania bezpłatnych połączeń do Biura, tematyka podejmowana przez rozmówców nie zawsze dotyczyła zakresu zadań i kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta. Należy zaznaczyć, że pragmatyka postępowania konsultantów na Infolinii została jasno określona i zawsze zmierza do optymalnego przekazania informacji nawet w zakresie problematyki pozostającej poza właściwością Rzecznika.

Z analizy zgromadzonych danych wynika, że najczęściej za pośrednictwem Infolinii z Rzecznikiem kontaktują się kobiety, z którymi rozmowy stanowią 58% wszystkich połączeń telefonicznych zarejestrowanych w latach 2015–2018. Mężczyźni preferujący tę formę kontaktu stanowią 42% wszystkich rozmówców w tym samym okresie.

Wykres 2. Rozmowy telefoniczne zarejestrowane w latach 2015–2018 z podziałem na wiek osób dzwoniących



Jak wynika z wykresu 2, wzrasta liczba połączeń telefonicznych od osób, które ukończyły 60. rok życia. Zdaniem Rzecznika, zwiększenie liczby połączeń od osób w tym przedziale wiekowym może mieć związek z refundacją produktów leczniczych dla seniorów 75+ oraz uzyskaniem od Rzecznika informacji jak poruszać się w systemie ochrony zdrowia. W ciągu czterech kolejnych lat (2015–2018) liczba przeprowadzonych rozmów telefonicznych, które dotyczyły pacjentów w wieku 60+ sukcesywnie rosła – w 2015 r. wynosiła 26%, zaś w 2018 r. stanowiły one 34%.

Rzecznik Praw Pacjenta od 8 marca 2018 r. rozpoczął wspólnie z organizacjami społecznymi działającymi na rzecz pacjentów i ich bliskich projekt „Łączy Nas Pacjent”. Realizacja projektu polega na współpracy w zakresie udzielania przez przedstawicieli tych organizacji za pośrednictwem Infolinii Rzecznika informacji i doradztwie w zakresie zapewnienia właściwego trybu leczenia oraz wzajemnej edukacji. Pracę tę dla dobra pacjenta osoby te wykonują w ramach wolontariatu. Zawsze mogą liczyć na wsparcie ze strony pracowników Biura i odwrotnie.

Zadzwoń do nas!

Porozmawiaj z przedstawicielem organizacji pacjentów o zagadnieniach związanych z:



Łączy nas
PACJENT

Telefoniczna Informacja Pacjenta

800 190 590

- zakażeniami HCV;
- psychoonkologią;
- procesem diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- terapią dzieci chorych na padaczkę;
- problemami z łuszczycą;
- niedoborem antytrypsyny (alfa-1);
- medycyną integralną i terapiami komplementarnymi;
- stomią;
- oddawaniem szpiku i przeszczepianiem komórek macierzystych;
- problemami nietrzymania moczu;
- depresją, zaburzeniami pamięci i demencją (choroba Alzheimera, zespoły otepienne);
- i innymi chorobami



Rzecznik Praw Pacjenta

informacje o dyżurach:

www.rpp.gov.pl/porady-ekspertow-ngo

W 2018 r. w ramach projektu współpracę z Rzecznikiem podjęło 11 organizacji, tj.:

- ▶ Onkocafe – Razem Lepiej,
- ▶ Fundacja Urszuli Jaworskiej,
- ▶ Stowarzyszenie na rzecz osób z niedoborem alfa-1 antytrypsyny w Polsce,
- ▶ Unia Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS,
- ▶ Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Chorych na Padaczkę,
- ▶ Stowarzyszenie Osób z NTM “UroConti”,
- ▶ Fundacja Małgosi Braunek BĄDŹ,
- ▶ Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych,
- ▶ Fundacja STOMAlife,
- ▶ Stowarzyszenie Pomocy Psychologicznej Syntonia,
- ▶ Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego.



W ramach działalności Infolinii rozmowy telefoniczne odnotowywane są z podziałem na poszczególne prawa pacjenta. Podczas jednej rozmowy telefonicznej dzwoniący wymienia szereg zastrzeżeń (kilka praw pacjenta), które są odnotowywane w programie ITM Rzecznik oraz następnie sumowane. Dlatego też liczba połączeń telefonicznych nie jest tożsama z sumą wszystkich problemów wskazanych przez rozmówców podczas jednej rozmowy.

W polskim systemie opieki zdrowotnej tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych przysługuje osobom ubezpieczonym w ramach NFZ lub osobom uprawnionym na podstawie przepisów odrębnych. Z analizy zarejestrowanych zgłoszeń wynika, że najczęściej zastrzeżeń w obszarze wszystkich praw pacjenta odnotowano podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W raporcie skoncentrowano się na tych świadczeniach, co do których zgłaszano najczęściej problemów czyli: podstawowa opieka zdrowotna; ambulatoryjna opieka specjalistyczna; leczenie szpitalne; opieka stomatologiczna; rehabilitacja; opieka długoterminowa; opieka paliatywna i hospicyjna oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Wykres 3. Udział wybranych rodzajów świadczeń zdrowotnych w ogólnej liczbie zarejestrowanych rozmów telefonicznych w latach 2015–2018

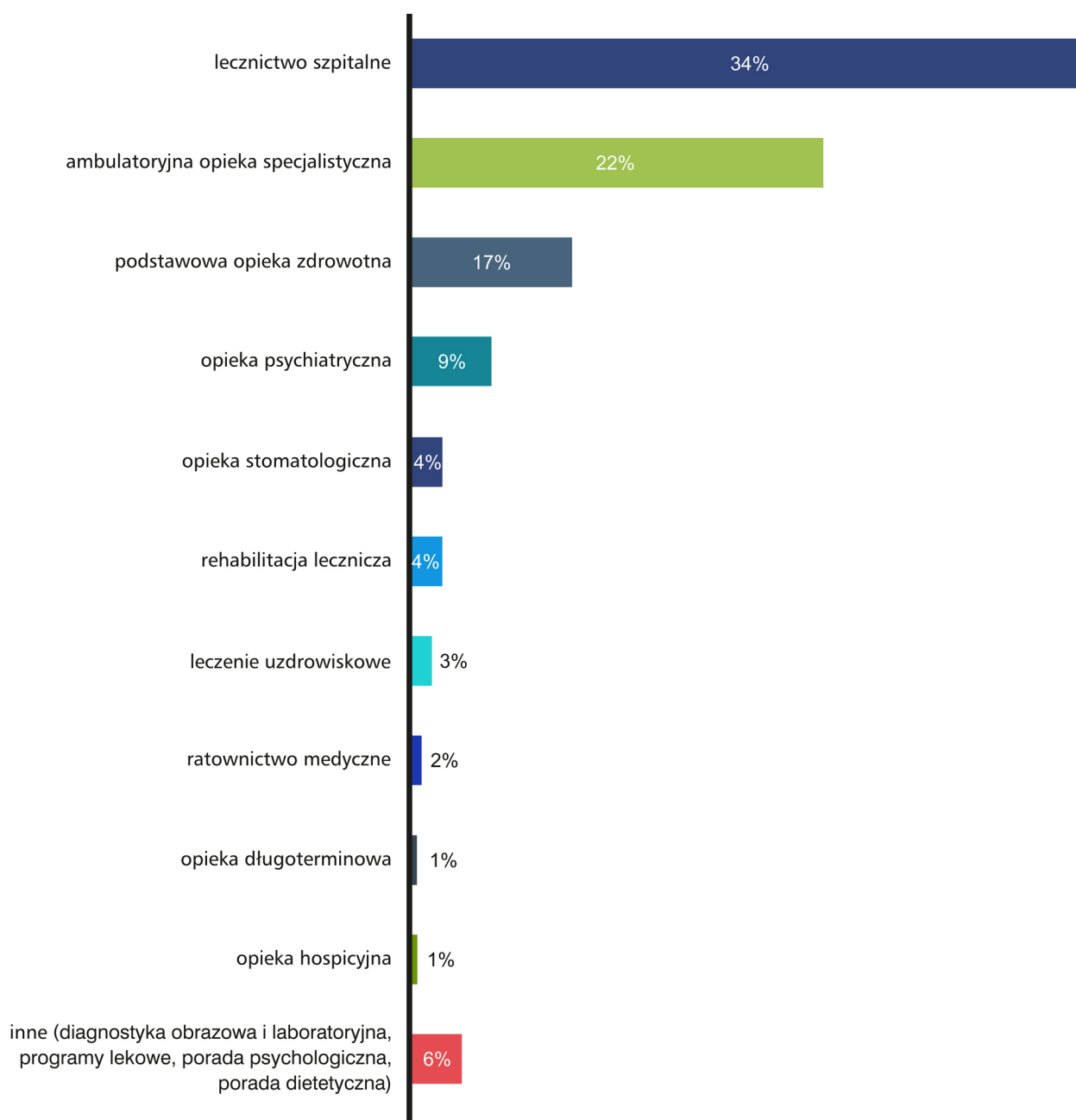


Tabela 3. Rozmowy telefoniczne zarejestrowane w latach 2015–2018 wg rodzajów świadczeń zdrowotnych

RODZAJ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	2015	2016	2017	2018
Lecznictwo szpitalne	16 752	17 010	17 656	16 282
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	10 817	12 049	10 672	10 288
Podstawowa opieka zdrowotna	9 090	8 890	7 666	7 306
Opieka psychiatryczna	3 797	3 887	4 783	5 477
Opieka stomatologiczna	2 131	1 649	2 128	1 947
Rehabilitacja lecznicza	1 787	1 843	2 024	2 198
Leczenie uzdrowiskowe	1 371	1 471	1 274	1 368
Ratownictwo medyczne	766	712	939	1 112
Opieka długoterminowa	443	573	561	502
Opieka hospicyjna	323	170	211	251
Inne	2 548	1 770	1 259	3 889
OGÓŁEM zarejestrowanych rozmów	49 825	50 024	49 173	50 620

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że spośród wszystkich rodzajów świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego najczęściej zagadnień dotyczy leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Prezentując niniejszy raport, Rzecznik wyraża nadzieję, że będzie on kolejnym krokiem prowadzącym do podjęcia stosowanych działań zmierzających do wzmocnienia ochrony praw pacjentów w Polsce. Wnioski z analizy zgłoszeń znajdują się na końcu niniejszego opracowania.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Podstawowa opieka zdrowotna to zasadniczy element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zgodnie z obowiązującymi przepisami POZ powinna zapewniać kompleksową opiekę zdrowotną nad pacjentem oraz jego rodziną. Celem POZ jest ocena potrzeb objętej opieką populacji, ustalenie priorytetów zdrowotnych oraz działań profilaktycznych. Uzyskanie świadczeń zdrowotnych w POZ wiąże się ze złożeniem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.

Główne zgłoszenia w zakresie POZ dotyczyły praw pacjenta do:

- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 96%;
 - ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło w latach 2015–2018 – 3%;
 - ▶ informacji o stanie zdrowia oraz wyrażenia zgody, co stanowiło w latach 2015–2018 – 1%
- wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie POZ.

Tabela 4. Problematyka zgłoszeń dotyczących POZ zarejestrowanych w latach 2015–2018

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	18 951	24 982	26 570	28 593
dostęp do świadczeń zdrowotnych	16 267	21 158	22 648	24 916
odmowa udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia	3 999	5 107	4 972	4 662
odmowa rejestracji w trybie nagłym	2 549	3 121	3 762	3 528
odmowa rejestracji na późniejszy termin	2 167	3 202	3 591	3 367
odmowa wydania zlecenia na wykonanie badań diagnostycznych	1 987	3 261	3 294	3 089
odmowa wydania skierowania na badania zlecone przez lekarza AOS w celu kontynuacji leczenia	1 843	2 172	2 369	2 221
odmowa wizyty w domu chorego	1 136	987	1 211	1 136
odmowa ordynacji leku, wyrobu medycznego i środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego z refundacją	711	934	871	817
odmowa wydania zaświadczenia	633	1 014	1 144	1 073
odmowa wydania zlecenia na transport sanitarny	631	598	624	585
odmowa skierowania do AOS	342	411	398	373
odmowa przyjęcia deklaracji wyboru	211	227	231	217
odmowa udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach NiŚOZ	51	87	167	157
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w związku z brakiem potwierdzonego ubezpieczenia zdrowotnego	7	37	14	13

cd. tabeli

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	2015	2016	2017	2018
warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	2 684	3 824	3 922	3 678
organizacja pracy podmiotu leczniczego	1 365	1 712	1 693	1 588
zachowanie pracowników podmiotu leczniczego	964	1 437	1 732	1 624
zastrzeżenia do świadczeń pielęgniarstwa i położnej	346	672	479	449
zaniechanie obowiązku wizyty patronażowej u noworodka	9	3	18	17
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻENIA ZGODY	42	116	127	119
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	63	70	132	124
obecność osób nieuprawnionych przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego	46	51	87	82
brak warunków zapewniających poszanowanie intymności	17	19	45	42
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ				
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	341	952	882	827
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących POZ	19 397	26 120	27 711	29 664

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie POZ dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ utrudnionego dostępu do lekarza POZ, w szczególności trudności w rejestracji telefonicznej pacjentów na dni następne;
- ▶ odmowy wizyty w domu chorego;
- ▶ odmowy wydania skierowania na badania diagnostyczne, w tym profilaktyczne;
- ▶ odmowy wydania skierowania do specjalisty;
- ▶ odmowy wydania zaświadczenia o stanie zdrowia;
- ▶ odmowy wydania zlecenia na transport sanitarny.

Jednak jak wynika z analizy danych uzyskanych za pośrednictwem Infolinii liczba zgłoszeń kierowanych do Rzecznika dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych w POZ w ostatnim roku minimalnie spadła. W latach 2015–2018 stanowiły one średnio 17% zgłoszeń telefonicznych dotyczących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Można wnioskować, że ten niewielki spadek związany był z poprawą sytuacji dotyczącej ordynacji produktów leczniczych, głównie w ramach programu 75+ oraz umożliwieniem wystawiania recept jednorazowo na cały określony czas terapii (np. trzymiesięczny, roczny).

Dokonując analizy problemów z omawianego zakresu wskazać należy, że przepisy prawa nie nakładają na POZ obowiązku prowadzenia kolejek oczekujących, w związku z czym pacjent co do zasady powinien otrzymać pomoc w dniu zgłoszenia lub w innym terminie z nim ustalonym. Jak wskazują osoby kontaktujące się z Rzecznikiem za pośrednictwem Infolinii – najczęstsze poruszane zagadnienia w zakresie POZ to: brak możliwości uzyskania pomocy medycznej w dniu zgłoszenia, odmowa rejestracji na wizytę w późniejszym terminie oraz odmowa wizyty w domu pacjenta. Powyższe kwestie stanowiły w latach 2015–2018 średnio ok. 50% wszystkich zgłoszeń dotyczących prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w ramach POZ.

Przekazywane za pośrednictwem Infolinii problemy pacjentów potwierdzają wyniki badania przeprowadzonego w 2017 r. przez Fundację My Pacjenci, w ramach realizacji projektu – Razem dla zdrowia pt. *Jaką podstawową opiekę zdrowotną mamy, jakiej potrzebujemy*². Organizacja wraz z partnerami projektu przeprowadzili wśród pacjentów i obywateli sondaż on-line dotyczący opinii i oczekiwań wobec opieki medycznej realizowanej w ramach POZ. W raporcie wskazano, że najczęstsze trudności na jakie napotykali pacjenci korzystający z opieki zdrowotnej w ramach POZ odnosiły się do: odległych terminów wizyt (61%) oraz trudności w zapisaniu się na wizytę m.in. za pośrednictwem osoby trzeciej, telefonicznie (43%).

Na podstawie analizy zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii można wyodrębnić grupę zagadnień zgłoszonych przez dzwoniących dotyczących organizacji pracy oraz warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych. Należy zauważyć, że w latach 2015–2018 ww. zakres stanowił ok. 7% zgłoszeń obejmujących POZ.

Jak wskazują przedstawione w tabeli 4 dane liczbowe, pacjenci korzystający z POZ napotykać trudności z uzyskaniem zlecenia na specjalistyczne badania diagnostyczne oraz otrzymaniem skierowania na badania profilaktyczne, zarówno w ramach szeroko pojętej profilaktyki, jak też badań w zakresie kontroli prowadzonego leczenia (w latach 2015–2018 stanowiły one średnio 11% wszystkich zgłoszeń dotyczących POZ).

Pozyskane przez Rzecznika za pośrednictwem Infolinii sygnały dotyczące problemów występujących w ramach POZ potwierdzają wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2015 r. W raporcie pokontrolnym NIK: *Funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych*³ wskazano, że: Podstawowa opieka zdrowotna, która powinna być filarem systemu ochrony zdrowia, w ponad połowie skontrolowanych przez NIK podmiotów nie była wystarczająco skuteczna w zakresie zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom ich wczesnego wykrywania. Pomimo upływu 15 lat od wprowadzenia systemu medycyny rodzinnej, najsłabszą stroną POZ nadal jest profilaktyka, zwłaszcza w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych. Według danych statystycznych liczba przypadków chorób cywilizacyjnych: nadwagi, otyłości, cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworowych rośnie w zawrotnym tempie (...) Większość lekarzy POZ nie wykonuje lub nie dokumentuje badań profilaktycznych, pozwalających rozpoznać choroby cywilizacyjne. Zachowaniu ciągłości opieki nie sprzyja z kolei zatrudnianie lekarzy na częstkach etatów. NIK wskazuje, że zaledwie połowa wizyt odbywa się u lekarza wybranego przez pacjenta, a dostęp do świadczeń w poszczególnych regionach jest nadal bardzo zróżnicowany. Lekarze POZ nie przeprowadzali badań profilaktycznych, bo – jak tłumaczyli – są one zbyt czasochłonne, a przede wszystkim nie są obowiązkowe w świetle prawa”.

Rzecznik po analizie zgłaszanych problemów w 2017 r. zwrócił się do Ministra Zdrowia o zajęcie stanowiska w zakresie możliwości zwiększenia dostępności do profilaktycz-

² https://mypacjenci.org/images/Razem_dla_Zdrowia/Raporty/Raport_jaka_podstawaowa_opieka_zdrowotna_mamy_20_03_2017.pdf

³ <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/14/063/>

nych badań diagnostycznych w POZ i możliwości przyjęcia prawnych gwarancji realizacji uprawnień pacjentów do badań okresowych⁴. W przedmiotowym wystąpieniu wskazano, że większość badań wykonywana była podczas dalszego etapu leczenia w przypadkach konieczności pogłębienia oceny stanu zdrowia (m.in. w szpitalu), w sytuacji kiedy na działania profilaktyczne było już za późno.

Minister Zdrowia w odpowiedzi udzielonej Rzecznikowi wskazał, że w związku z wejściem w życie w dniu 1 grudnia 2017 r. nowych przepisów dotyczących POZ: *reforma POZ będzie wdrażana stopniowo, w tym model opieki koordynowanej, który ma zagwarantować pacjentom ciągłość i kompleksowość opieki. Założono, że poprawi się dostępność do badań diagnostycznych w tym w zakresie niektórych chorób przewlekłych. Nowe rozwiązania systemowe mają zapewnić całościową opiekę zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Jednym z narzędzi monitorowania stanu zdrowia będą badania laboratoryjne, które pełnią istotną rolę zarówno w profilaktyce, jak i podejmowaniu decyzji klinicznych w zakresie rozpoznawania chorób, leczenia i monitorowania ich przebiegu.*

Powyższe postulaty zostały częściowo uwzględnione poprzez wprowadzenie przepisów ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 759), która weszła w życie z dniem 1 lipca 2017 r., zgodnie z którą „minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo ogłaszania, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia, będące, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny”. W związku z powyższym procedowana jest aktualnie propozycja zmiany w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia dla podstawowej opieki zdrowotnej, w myśl której: „świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone przez ministra właściwego do spraw zdrowia w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 11 ust. 3 ustawy”. Zatem należy podkreślić, że zgodnie z ww. zapowiedziami resortu zdrowia wprowadzane są stopniowe zmiany odnośnie dostępności do badań profilaktycznych realizowanych w ramach POZ.

⁴ <http://www.rpp.gov.pl/wystapienia-rzecznika/wystapienie-rzecznika-praw-pacjenta-do-ministra-zdrowia,373.html>

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest rodzajem świadczeń zdrowotnych, która ma wspierać lekarza rodzinnego. Pacjent ubezpieczony może uzyskać świadczenie lekarza specjalisty udzielane w warunkach ambulatoryjnych, jedynie na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane, gdy pacjent ubezpieczony zamierza skorzystać z porady lekarza ginekologa, położnika, wenerologa i onkologa. Należy zaznaczyć, że od 2015 r. wprowadzono obowiązek uzyskiwania skierowania od lekarza POZ lub specjalisty do poradni okulistycznej i dermatologicznej. Ta zmiana miała na celu skrócenie kolejek oczekujących do tych poradni. Udając się na wizytę, wraz ze skierowaniem do specjalisty pacjent powinien posiadać wyniki badań diagnostycznych potwierdzających wstępne rozpoznanie.

Jak wynika z opracowania Głównego Urzędu Statystycznego *Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 r.*⁵: „W końcu 2017 r. świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowało 21,7 tys. przychodni oraz 5,1 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych. W 2017 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono 320,2 mln porad – 285,7 mln lekarskich i 34,5 mln stomatologicznych. Przeciętna liczba porad ambulatoryjnych w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniosła 8,3. Największą wartość tego wskaźnika (8,9) odnotowano w województwie mazowieckim, a najniższą (7,3) – w opolskim. Najwięcej przychodni (3028) zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego, a najmniej (546) działało w województwie opolskim. Najwięcej praktyk (663) realizujących świadczenia zdrowotne w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zarejestrowano w województwie wielkopolskim, a najmniej (176) w łódzkim. W końcu 2017 r. liczba ludności przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wyniosła ogółem 1 436 osób (o 6 osób mniej niż przed rokiem). Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie pomorskim (1839), a najniższą w warmińsko-mazurskim (1212). W ramach podstawowej opieki zdrowotnej odsetek porad ambulatoryjnych udzielonych dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat wyniósł 21,5% (spadek w skali roku o 0,2 p. proc.), natomiast osobom w wieku 65 lat i więcej – 32,2% (wzrost o 0,7 p. proc.). W opiece specjalistycznej porady lekarskie udzielone dzieciom i młodzieży do 18 lat stanowiły (podobnie jak rok wcześniej) 12,9%, natomiast odsetek porad świadczonych osobom w wieku 65 lat i więcej wyniósł 28,1% (o 0,6 p. proc. więcej niż przed rokiem). W specjalistycznej opiece lekarskiej największy udział miały porady świadczone w poradniach chirurgicznych (18,0%). Często udzielano również porad w poradniach ginekologiczno-położniczych (11,2%) oraz okulistycznych (9,8%)”.

⁵ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2017-roku,13,2.html>

Główne zgłoszenia w zakresie AOS dotyczyły praw pacjenta do:

- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło: w 2015 r. – 84%, w 2016 r. – 86%, w latach 2017–2018 – 88%;
 - ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 10%;
 - ▶ poszanowania godności i intymności, co stanowiło: w 2015 r. – 5%, w latach 2016–2018 – 1%;
 - ▶ informacji o stanie zdrowia oraz wyrażenia zgody, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 1%
- wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie AOS.

Tabela 5. Problematyka zgłoszeń dotyczących AOS zarejestrowanych w latach 2015–2018

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	5 596	7 709	9 010	9 092
dostęp do świadczeń zdrowotnych	3 760	5 679	6 585	6 691
problemy z rejestracją	862	1 424	1 776	1 806
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	556	756	1 034	1 052
odsyłanie do lekarza kierującego (w tym POZ) celem uzupełnienia skierowania oraz dołączenie wyników badań diagnostycznych	454	577	603	613
odmowa wydania zaświadczenia lekarskiego	330	425	528	536
odmowa wydania skierowania na badania diagnostyczne	267	521	593	603
odmowa wyznaczenia terminu kolejnej wizyty w ramach kontynuacji leczenia	256	319	377	383
odmowa wykonania badań diagnostycznych w ramach kontroli leczenia szpitalnego	292	439	447	454
odmowa przekazania informacji dla lekarza POZ o zaleceniach do dalszego leczenia w formie dokumentu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami	158	241	203	206
odmowa zlecenia na transport sanitarny	80	222	261	265
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania chorego	146	166	164	166
odmowa orzekania o czasowej niezdolności do pracy	111	169	144	146
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	98	230	284	288
odmowa ordynacji leku, wyrobu medycznego i środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego z refundacją	124	140	126	128
odmowa wydania skierowania na świadczenia specjalistyczne	15	46	44	44
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w związku z brakiem potwierdzonego ubezpieczenia zdrowotnego	11	4	1	1
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	1 836	2 030	2 425	2 401
zachowanie pracowników przychodni	615	680	834	825
zastrzeżenia do leczenia	655	725	846	838
zaniechanie zapewnienia kompleksowości leczenia*	381	421	515	510
organizacja pracy przychodni AOS	185	204	230	228

cd. tabeli

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻENIA ZGODY	244	136	150	110
odmowa udzielenia informacji, przekazanie informacji niepełnej	182	81	80	59
ograniczanie prawa osób upoważnionych do dostępu do informacji	49	21	41	30
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	12	11	10	7
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	1	23	19	14
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	803	1 283	1 220	905
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	763	1 201	1 118	830
odmowa przekazania dokumentacji medycznej pomiędzy podmiotami na wniosek pacjenta w związku ze zmianą miejsca leczenia	16	49	61	45
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	24	33	41	30
PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH	0	34	45	33
odmowa przyjęcia informacji o wystąpieniu niepożądanych objawów po zastosowaniu produktu leczniczego	0	34	45	33
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	429	119	131	98
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	169	31	29	22
obecność osób nieuprawnionych przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego	189	38	32	24
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	64	36	37	27
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	7	14	33	25
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA	72	97	69	51
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje**	72	97	69	51
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących AOS*	7 124	9 378	10 625	10 289

* od 1 października 2017 r. sieć szpitali nakłada obowiązek zapewnienia opieki poszpitalnej w AOS i rehabilitacji
 ** tj. biegłych sądowych, orzeczników ZUS/KRUS/Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności/medycyny pracy

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie AOS dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

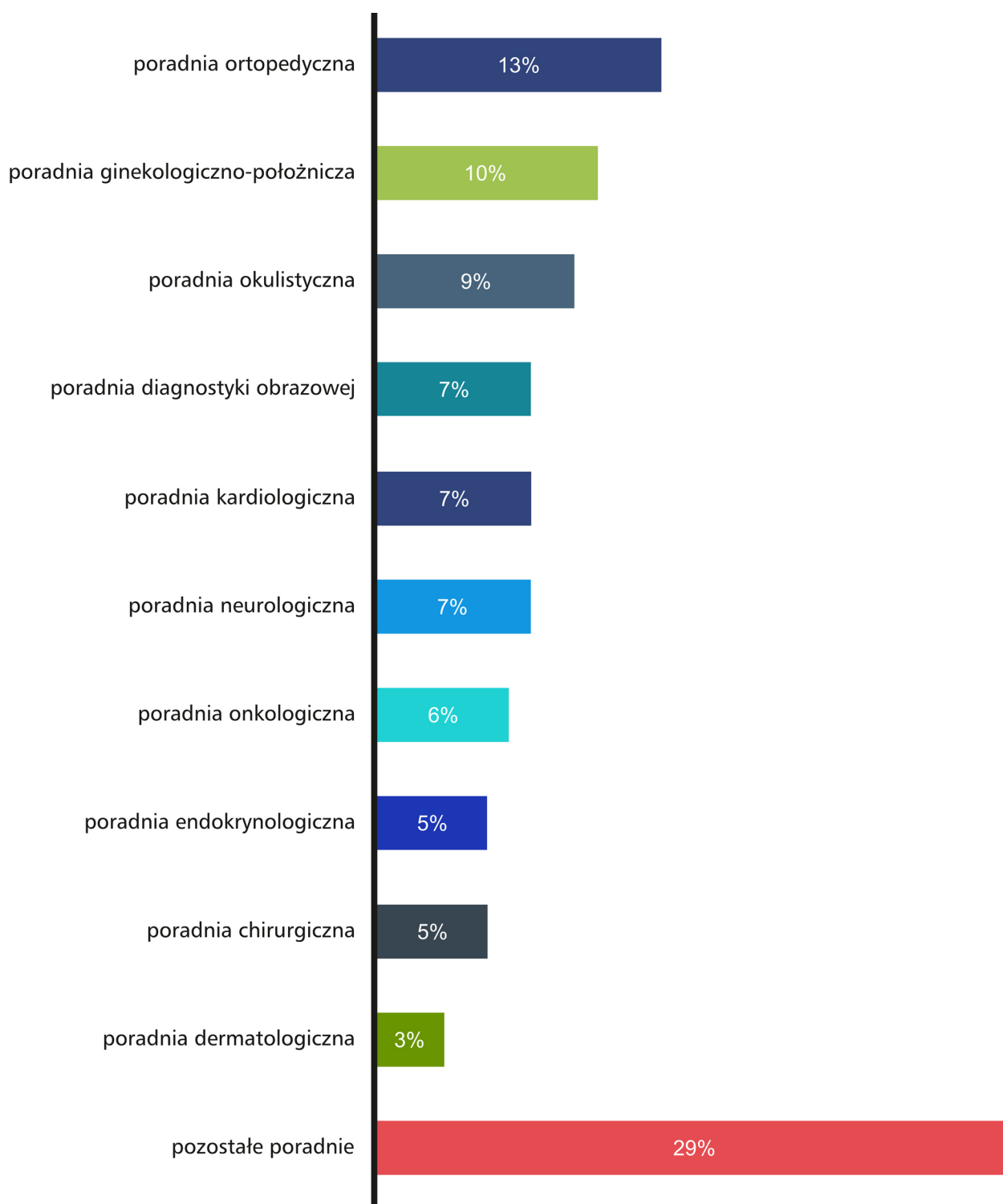
- ▶ długiego czasu oczekiwania na konsultację u lekarza specjalisty;
- ▶ odmowy rejestracji skierowania bez potwierdzenia tej odmowy na skierowaniu;
- ▶ braku wyznaczenia terminu kolejnej wizyty u lekarza w ramach ciągłości leczenia;
- ▶ odmowy świadczeń towarzyszących (transport sanitarny, wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy i innych zaświadczeń);
- ▶ odsyłania do innych lekarzy celem uzupełnienia udzielanego świadczenia zdrowotnego (badania diagnostyczne).

Tabela 6. Zgłoszenia zarejestrowane w latach 2015–2018 dotyczące świadczeń udzielanych w ramach poradni AOS

SPECJALIZACJA	2015	2016	2017	2018
Alergologia	175	86	73	133
Audiologia i Foniatria	101	24	15	52
Chirurgia dziecięca	34	39	87	190
Chirurgia naczyniowa	121	212	218	179
Chirurgia ogólna	551	541	604	512
Chirurgia plastyczna	27	24	15	164
Choroby metaboliczne	7	32	7	25
Choroby płuc	228	141	167	133
Choroby zakaźne	162	243	102	164
Dermatologia i Wenerologia	389	384	262	277
Diabetologia	154	102	175	128
Diagnostyka laboratoryjna	94	39	36	102
Diagnostyka obrazowa	839	697	677	394
Endokrynologia	570	533	560	410
Gastrologia	13	44	22	87
Genetyka	27	39	73	46
Geriatrya	20	24	7	41
Gastroenterologia	201	324	349	169
Ginekologia i Położnictwo	1 001	1 269	933	983
Hematologia	148	157	66	97
Hepatologia	47	16	36	15
Kardiochirurgia	13	24	7	10
Kardiologia	786	886	626	702
Leczenie osteoporozy	20	141	66	51
Leczenie autyzmu	0	0	7	5
Leczenie bólu	0	0	87	102
Leczenie HIV	0	0	29	5
Leczenie niepłodności	0	0	22	20
Medycyna pracy	295	282	138	184
Medycyna sportowa	20	8	7	36
Nefrologia	34	78	44	46
Neurochirurgia	87	172	146	108
Neurologia, w tym dziecięca	564	948	669	891
Okulistyka, w tym dziecięca	1 013	1 065	989	809
Onkologia	745	658	648	594
Ortopedia	1 257	1 559	1 480	1 388
Otolaryngologia	329	400	400	359
Poradnia Proktologiczna i Preluksacyjna	34	31	29	67
Reumatologia	108	172	226	138
Urologia	376	447	437	328
Wady postawy	7	39	0	1
Inne	220	169	67	143
OGÓŁEM	10 817	12 049	10 598	10 288

Analizując powyższe dane (tabela 6) wyodrębnić można poradnie AOS, w zakresie których odnotowano najwięcej zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii. Dane zawarte w wykresie 4 stanowią średnią z lat 2015–2018, gdyż liczba zgłoszeń dotyczących poszczególnych specjalizacji utrzymuje się na tym samym lub zbliżonym poziomie.

Wykres 4. Zgłoszenia dotyczące świadczeń AOS zarejestrowane w latach 2015–2018 z podziałem na poszczególne poradnie



Dokonując analizy zgłoszeń w zakresie świadczeń AOS, jednym z podstawowych problemów przekazywanych za pośrednictwem Infolinii jest dostęp do świadczeń zdrowotnych (m.in. czas oczekiwania, problemy z rejestracją, odmowa udzielenia świadczenia z powodu wyczerpania limitu kontraktu, uniemożliwienie rejestracji bieżącej w ciągu dnia w formie wybranej przez pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami⁶), który w 2015 r. stanowił 16%, w latach 2016–2017 – ok 20%, natomiast w 2018 r. wzrósł do 23%. Ww. zagadnienie koreluje z czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia z tzw. kolejkami oczekujących. W latach 2015–2018 liczba zgłoszeń z tego zakresu wynosiła odpowiednio ok. 11%. Najdłuższe terminy oczekiwania w ocenie osób kontaktujących się za pośrednictwem Infolinii w latach 2015–2018 dotyczyły ortopedii, okulistyki, diagnostyki obrazowej, endokrynologii oraz kardiologii i neurologii.

Jak zauważył NIK w raporcie *Funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych*⁷ opublikowanym w 2015 r.: „Nierzetelne prowadzenie list osób oczekujących na świadczenie utrudnia sprawdzenie, czy wpisy w zbiorczej dokumentacji medycznej, takie jak termin wizyty, liczba oczekujących, czas oczekiwania na wizytę, są zgodne z prawdą. Takie nieprawidłowości umożliwiają natomiast przyjmowanie świadczeniobiorców poza kolejnością, stanowiąc tym samym naruszenie praw pacjenta”. Zatem na problemy w zakresie kolejek oczekujących ma wpływ nie tylko liczba zakontraktowanych świadczeń, ale także organizacja pracy w podmiotach leczniczych.

Powyższe odzwierciedlają badania przeprowadzone przez Radę Monitoringu Społecznego, opublikowane w dokumencie *Diagnoza Społeczna 2015*, w którym stwierdzono, że: „Według deklaracji gospodarstw domowych w 2015 r. ponad 93 proc. z nich w ciągu ostatniego roku korzystało z placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ, ale jednocześnie prawie 54 proc. z nich korzystała z usług placówek, w których trzeba płacić z własnej kieszeni i tylko niecałe 7 proc. z placówek opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament. W ciągu roku poprzedzającego badanie, wśród gospodarstw domowych potrzebujących zakupić leki lub usługi zdrowia, najczęściej dochodziło do rezygnacji z powodu braku pieniędzy z wyjazdu do sanatorium, z uzyskania protez zębowych oraz z zabiegów rehabilitacyjnych”⁸.

Ponadto zauważyć należy, że w związku z wprowadzeniem karty DiLO zmniejszyła się liczba zgłoszeń dotyczących świadczeń AOS z zakresu onkologii. Podkreślenia wymaga, że pakiet onkologiczny został wprowadzony z początkiem 2015 r., by skrócić diagnozowanie i leczenie nowotworów złośliwych. W tym celu m.in. wystawia się pacjentom kartę DiLO. Pacjenci z taką kartą są zapisywani do odrębnej, szybszej kolejki (np. do diagnostyki), aby nie czekali razem z pacjentami nieonkologicznymi. W lipcu 2017 r. weszły w życie przepisy modyfikujące pakiet. Uproszczona została karta DiLO oraz uelastyczniona możliwość jej wystawiania; ułatwiono także sprawozdawczość dotyczącą list oczekujących na świadcze-

⁶ Na podstawie § 13 ust. 1 załącznika do OWU, świadczeniodawca zapewnia bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej.

⁷ <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/14/063/>

⁸ J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, s. 116; http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

nia udzielane na podstawie kart. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 6 – w 2018 r. liczba zgłoszeń dotyczących onkologii nieznacznie spadła.

Jak wskazują zawarte w tabeli 5 dane, w latach 2015–2018 pojawiały się zapytania dotyczące uprawnień pacjentów posiadających szczególne uprawnienia, w tym nie tylko honorowych dawców krwi i przeszczepu, ale również dzieci do 18. roku życia, które na podstawie uchwalonej ustawy „Za życiem”⁹ od 1 stycznia 2017 r. mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Rodzice i opiekunowie zwracali się z prośbą o udzielenie informacji kto i kiedy może wystawić stosowne zaświadczenie, na podstawie którego można korzystać z przysługujących uprawnień.

Reasumując, główne problemy w zakresie realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych w ramach poradni AOS dotyczyły:

- ▶ zastrzeżeń do warunków i standardów udzielania świadczeń, które średnio w latach 2015–2017 stanowiły 26%, zaś w 2018 r. – 31%;
 - ▶ odsyłania pacjentów do lekarza POZ celem uzupełnienia skierowania oraz dołączenia wyników badań diagnostycznych, co stanowiło odpowiednio w latach 2015–2017 r. – 10%, a w 2018 r. – 6%;
 - ▶ trudności z uzyskaniem zlecenia na badania diagnostyczne, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 8%;
 - ▶ wydania zaświadczenia o stanie zdrowia, np. niezdolności do pracy i odsyłanie pacjentów do lekarzy POZ, co stanowiło odpowiednio w 2015 r. – 12%, a w latach 2016–2018 – ok. 9%;
 - ▶ transportu sanitarnego – osoby uprawnione do skorzystania z bezpłatnego transportu odsyłani są do lekarzy POZ celem wystawienia zlecenia (najczęściej dotyczyło to wizyt kontrolnych). W latach 2015–2018 problem ten stanowił ok. 3%
- wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie AOS.

⁹ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r., poz. 1860 z późn. zm.).

OPIEKA STOMATOLOGICZNA

W ramach leczenia stomatologicznego refundowane są m.in. świadczenia: ogólnostomatologiczne, chirurgii stomatologicznej, periodontologii (leczenie chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej), protetyki, pomocy doraźnej. Pacjentowi zgłaszającemu się do stomatologa z bólem zęba pomoc powinna być udzielona w dniu zgłoszenia w każdej placówce, która ma podpisaną umowę na świadczenie usług w ramach ubezpieczenia, a po godzinie 19.00 w placówkach, w których pełniony jest dyżur stomatologicznej pomocy doraźnej.

Główne zgłoszenia w zakresie opieki stomatologicznej dotyczyły praw pacjenta do:

- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło: w latach 2015–2016 – 87%, a w latach 2017–2018 – 84%;
- ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło: w latach 2015–2016 – 13%, w latach 2017–2018 – 15% Pacjenta

– wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie opieki stomatologicznej.

Tabela 7. Problematyka zgłoszeń dotyczących opieki stomatologicznej zarejestrowanych w latach 2015–2018

OPIEKA STOMATOLOGICZNA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	1 179	1 447	1 268	1 626
dostęp do świadczeń zdrowotnych	557	709	735	943
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie nagłym	197	236	191	245
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (m.in. ortodoncja i protetyka)	166	224	251	322
proponowanie opłaty za świadczenia będące w katalogu świadczeń gwarantowanych	113	142	131	168
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	46	69	114	146
odsyłanie do lekarza kierującego (w tym POZ lub specjalisty) celem uzupełnienia skierowania oraz dołączenia wyników badań diagnostycznych	35	38	48	62
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	622	738	533	683
zastrzeżenia do wykonywanych świadczeń zdrowotnych	423	383	304	390
zachowanie pracowników podmiotu leczniczego i etyka pracownika medycznego	178	198	182	233
warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	21	157	47	60

cd. tabeli

OPIEKA STOMATOLOGICZNA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH	0	3	9	12
odmowa przyjęcia zgłoszenia o niepożądanych skutkach zastosowania wyrobu medycznego	0	3	9	12
PRAWO DO TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM	5	11	9	12
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	5	11	9	12
PRAWO DO WYRAŻENIA ZGODY	1	2	1	1
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	1	2	1	1
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	169	209	231	296
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	148	190	198	254
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	21	19	33	42
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących stomatologii	1 355	1 672	1 518	1 947

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie stomatologii dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ odmowy udzielenia świadczenia w trybie nagłym;
- ▶ długich terminów oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego głównie w zakresie ortodoncji oraz protetyki;
- ▶ odmowy wykonania badań diagnostycznych, w tym badań obrazowych;
- ▶ zastrzeżeń do skuteczności leczenia oraz wykonywanych świadczeń (m.in. pozostawienie w kanale zębowym odłamka narzędzia, błędnie wykonana proteza czy inny implant stomatologiczny itp.);
- ▶ braku możliwości wyboru wyrobu medycznego o wyższej jakości za dopłatą do świadczenia;
- ▶ nierespektowania prawa pacjentów posiadających uprawnienia do przyjęcia poza kolejnością.

Jak wynika z zarejestrowanych rozmów telefonicznych dotyczących opieki stomatologicznej główne problemy odnoszą się do braku dostępu do wysokiej jakości materiałów stomatologicznych i możliwości leczenia kanałowego zębów trzonowych i przedtrzonowych – w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W praktyce pacjenci pokrywają koszty leczenia stomatologicznego (w tym również koszty wykonywania protez zębowych) z własnych środków. Formułowane przez dzwoniących zastrzeżenia dotyczyły standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym poszczególnych procedur protetycznych, co stanowiło odpowiednio: w 2015 i 2016 r. ok. 52%, w 2017 r. – 42%, natomiast w 2018 r. wynosiły one 33% zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych obejmujących leczenie stomatologiczne. Liczba zgłoszeń dotyczących długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego (głównie z zakresu protetyki) stanowiła w latach 2015–2016 ok 14%, w 2017 r. – 20%, natomiast w 2018 r. – 17% wszystkich zgłoszeń dotyczących prawa do świadczeń z zakresu stomatologii. Z analizy za-

rejestranych danych wynika, że dochodziło do odmowy udzielenia pomocy w przypadku nagłego bólu. Pacjenci odsyłani byli do innych podmiotów leczniczych. Średnio w latach 2015–2017 problem ten stanowił 17%, natomiast w 2018 r. – 13% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii.

Ponadto pacjenci informowali, że bardzo często korzystają ze świadczeń komercyjnych, gdyż okres oczekiwania na możliwość wykonania w ramach ubezpieczenia nowej protezy jest bardzo długi, tj. 5 lat (zgodnie z obowiązującymi przepisami¹⁰). Rozmówcy sygnalizowali także na zastrzeżenia do jakości protez wykonanych w ramach NFZ oraz wskazywali na brak możliwości złożenia reklamacji i uzyskania niezależnej opinii w zakresie prawidłowego jej wykonania. W większości zgłoszeń pacjenci zwracali się do Rzecznika z prośbą o informację dotyczącą możliwości dochodzenia roszczeń oraz skierowania sprawy do organów odpowiedzialności zawodowej.

W zakresie innych praw zgłaszane były także przypadki odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej i zastrzeżenia do sposobu jej prowadzenia, w tym dokumentowania leczenia stomatologicznego – stanowiło to odpowiednio w latach 2015–2018 ok. 13% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie świadczeń stomatologicznych).

Odrębne zagadnienie stanowi opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą. Część zgłoszeń dotyczyła tematu powrotu stomatologów do szkół. Problem ten pojawia się w związku z ograniczonym dostępem do świadczeń stomatologicznych dzieci i młodzieży, a co za tym idzie pogarszaniem się stanu zdrowotnego uzębienia i chorób wynikających z braku właściwej higieny jamy ustnej. Warto zaznaczyć, że Minister Zdrowia zapowiedział rozpoczęcie dyskusji z zamiarem uruchamiania gabinetów stomatologicznych we wszystkich szkołach. W kontekście powyższego należy zwrócić uwagę na wprowadzenie w ramach profilaktyki stomatologicznej dla dzieci dentobusów.

Należy również zwrócić uwagę na utrudniony dostęp do procedur stomatologicznych dla osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w stopniu znacznym, których leczenie wymaga zastosowania znieczulenia ogólnego. W szczególności dzwoniący wskazywali na brak podmiotów leczniczych wykonujących takie świadczenia blisko miejsca zamieszkania (w większości przypadków dotyczy to niepełnosprawnych dorosłych).

¹⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (tekst jedn. Dz.U. 2017 r. poz. 193).

LECZENIE SZPITALNE

Pacjent ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego w podmiocie leczniczym, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentyisty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmują m.in. badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych. Należy zaznaczyć, że pacjent ma prawo do wyboru szpitala spośród tych placówek, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Liczba zgłoszeń, które wpływają do Rzecznika za pośrednictwem Infolinii wskazuje, iż spośród wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych podczas leczenia szpitalnego najczęściej dochodzi do konfliktów i przejawów niezadowolenia pacjentów. Sygnały dotyczące tego zakresu stanowiły w latach 2015–2017 ok. 35%, zaś w 2018 r. – 32% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii odnoszących się do dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Analizując dane dotyczące nieprawidłowości występujących w poszczególnych oddziałach szpitalnych należy podkreślić, że SOR jest oddziałem szczególnym w ramach leczenia szpitalnego. Zarejestrowane na Infolinii zgłoszenia wskazują, że największa liczba zagadnień w zakresie leczenia szpitalnego dotyczyła problemów występujących właśnie na tym oddziale. Liczba sygnałów dotyczących SOR w latach 2015–2018 wynosiła średnio ok. 17% wszystkich zgłoszeń w zakresie leczenia szpitalnego. Dlatego też tematyka ta została omówiona w odrębnym rozdziale niniejszego raportu.

Jak wskazują dane zamieszczone w tabeli 8 – 40% zgłoszonych uwag dotyczy 6 podstawowych oddziałów specjalistycznych, tj.:

- ▶ **szpitalnego oddziału ratunkowego** (ok. 17% w latach 2015–2018);
- ▶ **ortopedii** (w 2015 r. – 14%, w 2016 r. – 17%, w 2017 r. – 16%, w 2018 r. – 14%);
- ▶ **chorób wewnętrznych** (9% w latach 2015–2018);
- ▶ **chirurgii ogólnej** (ok. 9% w latach 2015–2018)
- ▶ **neurologii** (ok. 9% w latach 2015–2018);
- ▶ **ginekologii i położnictwa** (ok. 7% w latach 2015–2018).

Tabela 8. Zgłoszenia dotyczące leczenia szpitalnego zarejestrowane w latach 2015–2018 według zakresów świadczeń

LECZENIE SZPITALNE	2015	2016	2017	2018
Alergologia	40	24	36	5
Anestezjologia i intensywna terapia	410	494	539	430
Chirurgia dziecięca	128	219	131	143
Chirurgia ginekologiczna	0	0	7	2
Chirurgia naczyniowa	60	149	131	108
Chirurgia ogólna	1 485	1 332	1 594	1 460
Chirurgia onkologiczna	0	0	66	51
Chirurgia plastyczna	60	24	36	31
Chirurgia ręki	0	0	15	10
Chirurgia szczękowo-twarzowa	81	39	51	56
Choroby metaboliczne	0	0	15	1
Choroby płuc	255	321	277	266
Choroby wewnętrzne	1 539	1 230	1 449	1 450
Choroby zakaźne	128	204	138	122
Dermatologia i Wenerologia	94	94	87	97
Diabetologia	20	31	0	20
Endokrynologia	54	125	51	108
Gastrologia	7	16	15	31
Gastroenterologia	188	157	160	261
Gastroenterologia dziecięca	0	0	7	2
Geriatrya	34	133	87	5
Ginekologia i Położnictwo	1 169	1 254	1 216	1 040
Hematologia	121	86	87	72
Hepatologia	7	0	15	15
Immunologia	0	0	15	26
Kardiochirurgia	168	306	197	102
Kardiologia	471	423	546	476
Kardiologia dziecięca	0	0	7	10
Kipertensjologia	0	0	7	5
Medycyna pracy	0	0	15	0
Medycyna ratunkowa SOR	2 936	2 679	2 919	2 721
Nefrologia	208	157	124	154
Neonatologia	188	172	204	256
Neurochirurgia	349	517	415	338
Neurologia	1 055	1 238	1 230	1 429
Neurologia dziecięca	0	0	29	31
Okulistyka	847	572	466	569
Onkologia	887	659	743	538
Onkologia dziecięca	0	0	29	20
Ortopedia	2 405	2 876	2 344	2 357
Otolaryngologia	457	462	371	395
Pediatrics	329	313	313	400

cd. tabeli

LECZENIE SZPITALNE	2015	2016	2017	2018
Radiologia i diagnostyka obrazowa	74	31	51	26
Radioterapia	0	0	15	31
Reumatologia	67	110	124	72
Toksykologia	0	0	29	20
Torakochirurgia	0	0	22	31
Transplantologia kliniczna	67	64	51	56
Urologia	383	266	379	354
Urologia dziecięca	0	0	7	5
Inne	160	41	14	74
OGÓŁEM	16 931	16 818	16 876	16 282

Główne zgłoszenia w zakresie leczenia szpitalnego dotyczyły praw pacjenta do:

- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 85%;
- ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło: w latach 2015–2018 – 5%;
- ▶ informacji o stanie zdrowia oraz wyrażenia zgody, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 7%

– wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie leczenia szpitalnego.

Tabela 9. Problematyka zgłoszeń dotyczących leczenia szpitalnego zarejestrowanych w latach 2015–2018

LECZENIE SZPITALNE	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	14 571	14 602	15 057	13 877
dostęp do świadczeń zdrowotnych	10 174	10 256	10 012	9 225
odmowa udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia szpitalnego, w tym zaleconym przez lekarza terminie	2 187	2 373	2 390	2 267
odmowa kwalifikacji do leczenia szpitalnego	1 769	1 802	1 934	1 783
odmowa świadczeń towarzyszących (zwolnienie lekarskie, zaświadczenia itp.)	1 595	1 753	2 005	1 849
odsyłanie do lekarza kierującego (w tym POZ, specjalisty) celem uzyskania skierowania oraz dołączenia wyników badań diagnostycznych	1 200	1 101	795	733
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	1 088	1 085	908	837
kwestionowanie wypisu ze szpitala	846	714	812	749
zwracanie się o dostarczenie dla pacjenta na oddział leków i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	713	597	414	382
zaniechanie zapewnienia pacjentowi ciągłości leczenia w innych rodzajach świadczeń zdrowotnych* (np. rehabilitacja, opieka długoterminowa)	353	314	253	162
odmowa zlecenia na transport sanitarny	161	187	211	195
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	145	191	218	201
odmowa podjęcia leczenia z powodu „rejonizacji” oraz odsyłanie pacjenta do innych szpitali	117	139	72	66

cd. tabeli

LECZENIE SZPITALNE	2015	2016	2017	2018
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	4 397	4 346	5 045	4 652
zastrzeżenia do standardów wykonywanych świadczeń	2 800	2 629	3 289	3 033
zdarzenie niepożądane podczas udzielania świadczeń zdrowotnych	52	47	23	21
warunki udzielania świadczeń zdrowotnych (organizacja podmiotu w tym zastrzeżenia do wyżywienia), pobieranie opłat za udzielane świadczenia zdrowotne	1 545	1 670	1 733	1 598
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻENIA ZGODY	1 043	1 204	1 161	1 238
odmowa udzielenia informacji	369	442	612	564
przekazanie informacji niepełnej i niezrozumiałej	414	459	437	403
ograniczanie prawa osób upoważnionych do dostępu do informacji	119	68	112	103
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	22	16	9	8
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	119	219	173	160
PRAWO DO ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH PRODUKTÓW LECZNICZYCH	0	44	40	37
odmowa przyjęcia informacji o wystąpieniu działań niepożądanych po zastosowaniu produktu leczniczego	0	44	40	37
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	175	192	166	153
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	51	64	53	49
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	124	107	79	73
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	0	21	34	31
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	1 068	802	821	757
odmowa udostępniania dokumentacji medycznej	741	549	542	500
odmowa dostępu do dokumentacji medycznej osoby zmarłej	218	212	257	237
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	109	41	22	20
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA				
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje**	51	40	33	30
PRAWO DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO	145	142	193	178
odmowa dodatkowej opieki pielęgnacyjnej	76	71	104	96
kwestionowanie opłat i ich wysokości za pobyt w szpitalu przy łóżku pacjenta	69	71	89	82
PRAWO DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ	1	3	2	2
odmowa zgody na skorzystanie z prawa do opieki duszpasterskiej	1	3	2	2
PRAWO DO PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE	1	0	1	1
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących leczenia szpitalnego	17 055	17 029	17 474	16 282

* od 1 października 2017 r. sieć szpitali nakłada obowiązek zapewnienia opieki poszpitalnej w AOS i rehabilitacji.
 ** tj. biegłych sądowych, orzeczników ZUS/KRUS/Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności/medycyny pracy.

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie leczenia szpitalnego dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ standardów i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych;
- ▶ kwalifikacji do leczenia szpitalnego oraz odmowy udzielenia świadczenia w ramach kontroli leczenia;
- ▶ zastrzeżeń do czasu oczekiwania na świadczenie;
- ▶ uzależniania przyjęcia do szpitala od wykonania badań diagnostycznych;
- ▶ odmowy wydania zlecenia na transport sanitarny;
- ▶ zachowania pracowników oddziałów szpitalnych;
- ▶ braku zapewnienia ciągłości i kontynuacji leczenia;
- ▶ kwestionowania wypisu ze szpitala;
- ▶ żądania od pacjentów i ich rodzin dostarczenia na oddział leków i wyrobów medycznych dla pacjenta z chorobami współistniejącymi.

Analizując przedstawione powyżej dane wskazać należy, że problematyka zgłoszeń w zakresie leczenia szpitalnego na Infolinię w latach 2015–2018 kształtowała się podobnie. Zgłoszenia rozmówców dotyczyły przede wszystkim uwag do standardów i warunków wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Problematyka zgłoszeń z omawianego zakresu wzrosła i stanowiła odpowiednio w 2015 i 2016 – 26% zaś w latach 2017–2018 – 29% wszystkich zgłoszeń w ramach leczenia szpitalnego. W szczególności dzwoniący wskazywali na: brak skuteczności leczenia, zastrzeżenia do procesu leczniczo-diagnostycznego oraz warunki sanitarne i zaniechanie udzielenia kompleksowych świadczeń po leczeniu szpitalnym.

Natomiast jednym z głównych zastrzeżeń zgłaszanych przez rozmówców w obszarze dostępu do świadczeń zdrowotnych była odmowa ich udzielenia w ramach kontroli leczenia szpitalnego, w tym terminie zaleconym przez lekarza. Przedstawione powyżej problemy stanowiły odpowiednio: w 2015 r. – 15%, w 2016 r. – 23%, w latach 2017–2018 – ok. 15% zgłoszeń z zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia szpitalnego. Za pośrednictwem Infolinii zgłaszano także stosowanie praktyk wypisywania pacjentów z placówki z zaleceniem stawienia się do innego oddziału tego szpitala, jednak dopiero po dwóch tygodniach, gdyż inaczej NFZ nie dokona refundacji świadczenia.

Ponadto zgłoszenia dzwoniących dotyczyły kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Wskazać należy, że w ramach hospitalizacji planowe leczenie jest możliwe po wpisaniu pacjenta na listę oczekujących. Okres oczekiwania na świadczenia jest zróżnicowany w zależności od zakresu leczenia oraz placówki medycznej. Pacjent, mając prawo wyboru szpitala może ubiegać się o zarejestrowanie skierowania w placówce, w której czas oczekiwania jest krótszy. Rozmówcy zgłaszali problem dostępu do świadczeń zdrowotnych, takich jak: endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego w zakresie ortopedii, implantacja soczewki w leczeniu zaćmy czy zabiegi witrektomii w zakresie okulistyki. Powyższe informacje przekazane przez dzwoniących odzwierciedlają wyniki przeprowadzonych badań przez Fundację Watch Health Care m.in. w raporcie *Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 17/2/2017. Stan na czerwiec/lipiec 2017 r.*¹¹, w którym wskazano, że: „najdłuższe ko-

¹¹ <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/raporty/>

lejki odnotowano do badań takich jak: artroskopia stawu biodrowego (14,2 mies.). Ponadto zaznaczono także, że: „Dostęp do niektórych świadczeń uległ jednak poprawie. Średni czas oczekiwania w dziedzinie ortopedii w stosunku do czerwca zeszłego roku skrócił się z 16,7 mies. do 9,5 mies.”. Zatem poprawa tej sytuacji zależna jest w głównej mierze od nakładów finansowych na te świadczenia, co ma związek z liczbą zakontraktowanych świadczeń przez NFZ.

Kolejne problemy, z którymi zgłaszali się pacjenci dotyczyły kwestii związanych z dokumentacją medyczną. Liczba zgłoszeń w tym zakresie w latach 2015–2018 wynosiła ok. 6% wszystkich zgłoszeń z zakresu leczenia szpitalnego. Rozmówcy informowali o problemach związanych z dostępem do dokumentacji medycznej, w szczególności odmowy jej udostępnienia. Wskazywano także na zastrzeżenia do sposobu jej prowadzenia, rzetelności czy żądania sprostowania treści w niej zawartej. Powyższe dane mają odzwierciedlenie w przeprowadzonej w latach 2013–2015 kontroli NIK (*Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej*)¹², w której odnośnie prowadzonej w szpitalach dokumentacji, stwierdzono: „Zastrzeżenia NIK dotyczyły najczęściej nieodpowiednio dokonanej korekty błędnych wpisów (ponad 42 proc.), nieprawidłowej numeracji stron dokumentacji (w 28,5 proc.), czy braku autoryzacji (12 proc.). NIK szczególną uwagę zwraca na zróżnicowaną częstość dokonywania wpisów lekarskich w dokumentacji hospitalizowanych pacjentów. W dokumentacji medycznej prowadzonej przez szpitale uchybienia stwierdzono w blisko połowie (47,5 proc.) przypadków”.

¹² <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-prowadzeniu-dokumentacji-medycznej.html>

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Szpitalny Oddział Ratunkowy pełni szczególną rolę w placówce medycznej. Zadania SOR to wstępna diagnostyka i leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci.

Świadczenia na oddziale SOR są udzielane przez siedem dni w tygodniu oraz 24 godziny na dobę. Niemniej jednak, jak pokazuje praktyka, na SOR zgłaszają się osoby, które powinny zostać przyjęte w ramach POZ lub AOS. W opinii dyrektorów szpitali¹³ lekarze POZ odsyłając pacjentów na SOR obniżają koszty funkcjonowania swoich gabinetów. Na SOR powinni trafiać pacjenci w nagłych sytuacjach zdrowotnych i to sytuacjach rzeczywiście zagrażających życiu. Takich pacjentów przywozi pogotowie ratunkowe lub trafiają oni sami ze skierowaniem od lekarzy z NiŚSOZ. Niestety często SOR staje się, choć nie powinien, przychodnią POZ czy też przychodnią specjalistyczną. W związku z tym czas oczekiwania na udzielenie pomocy medycznej wydłuża się niekiedy do kilkunastu godzin.

Dlatego też głównym problemem przedstawianym przez pacjentów w zakresie SOR jest czas oczekiwania na świadczenie w związku z nagłym zagrożeniem zdrowotnym lub doznany urazem. Pacjenci wykazują niezadowolenie ze sposobu jego funkcjonowania, w szczególności kilkugodzinnego oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów z innych oddziałów czy braku zapewnienia posiłków lub wody dla pacjentów.

Główne zgłoszenia – w zakresie SOR – dotyczyły praw pacjenta do:

- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło: w 2015 r. – 78%, w latach 2016–2017 – 85%, w 2018 r. – 65%;
 - ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 4%;
 - ▶ informacji o stanie zdrowia oraz wyrażenia zgody, co stanowiło: w latach 2015–2016 – ok. 5%, a w latach 2017–2018 – 2%;
 - ▶ prawo do poszanowania godności i intymności, co stanowiło: w 2015 r. – 4%, a w latach 2016–2018 – ok. 8%
- wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie SOR.

W kontekście powyższego należy zauważyć, że z dniem 1 października 2017 r. wraz z wejściem w życie przepisów dotyczących tzw. „sieci szpitali”¹⁴, świadczenia NiŚSOZ większości szpitali są realizowane obok SOR. Jednym z celów wprowadzenia powyższego rozwiąza-

¹³ <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2011/n201110/n20111003>

¹⁴ Art. 95l-95n ustawy o świadczeniach.

nia było stworzenie takiego systemu, aby pacjenci w stanach nagłego, lecz niezagrażającego życiu pogorszenia się stanu zdrowia lub w innych przypadkach klinicznych, możliwych do leczenia w ramach POZ, byli przyjmowani w NiŚOZ, zamiast na szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Tabela 10. Problematyka zgłoszeń dotyczących SOR zarejestrowanych w latach 2015–2018

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	2 456	2 586	2 714	2 546
zastrzeżenia do standardów wykonywanych świadczeń	828	881	898	1 014
odmowa kwalifikacji do leczenia szpitalnego	414	329	369	351
kwestionowanie wypisu z SOR	368	341	359	298
odmowa wydania świadczeń towarzyszących (zwolnienie lekarskie, etc.)	342	421	402	269
odmowa świadczenia zdrowotnego w trybie nagłym	185	139	127	118
warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	177	166	200	162
niepodjęcie czynności w przekazaniu pacjenta do innego ośrodka szpitalnego	147	139	152	141
odmowa udzielenia świadczenia z powodu „rejonizacji”	113	97	141	129
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	57	73	66	64
PRAWO DO INFORMACJI, TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM ORAZ WYRAŻANIA ZGODY	151	160	110	154
odmowa udzielenia informacji, przekazanie informacji niepełnej i niezrozumiałej	128	142	106	105
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	21	17	3	27
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	2	1	1	22
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	121	175	208	202
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	37	43	63	64
brak zapewnienia intymności podczas udzielenia świadczeń zdrowotnych	32	28	30	37
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	27	63	78	68
kierowanie do pacjenta niestosownych uwag i komentarzy nie związanych z udzielaniem świadczenia zdrowotnego	25	41	37	33
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	146	127	97	189
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	54	83	74	109
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	92	44	23	80
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA	23	14	31	32
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje*	23	14	31	32
PRAWO DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO	22	28	37	34
odmowa dodatkowej opieki pielęgnacyjnej i kontaktu z osobami bliskimi i	22	28	37	34
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących SOR	2 919	3 090	3 197	3 157

* tj. biegłych sądowych, orzeczników ZUS/KRUS/Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności/medycyny pracy

Najczęściej zgłaszane problemy dzwoniących w zakresie SOR dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w trybie nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub urazu;
- ▶ odmowy kwalifikacji do leczenia;
- ▶ zaniechania podjęcia czynności w przekazaniu pacjenta do innego ośrodka szpitalnego w sytuacji takich wskazań;
- ▶ odmowy świadczeń towarzyszących (m.in. transport sanitarny, wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy);
- ▶ kwestionowania wypisu ze szpitalnego oddziału ratunkowego;
- ▶ zaniechania podjęcia czynności w przekazaniu pacjenta do innego ośrodka szpitalnego w sytuacji takich wskazań.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 10 problemy dzwoniących dotyczyły głównie:

- ▶ zastrzeżeń do standardów wykonywanych świadczeń, w tym odmowy udzielenia pomocy w trybie nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub urazu – stanowiły one w latach 2015–2018 – ok. 32%;
 - ▶ odmowy kwalifikacji do leczenia szpitalnego, kwestionowania wypisu z SOR, co stanowiło w 2015 r. – 24%, a w latach 2016–2018 – ok. 22 %;
 - ▶ braku wystawienia stosownego zaświadczenia (np. zwolnienia lekarskiego), co stanowiło średnio w latach 2015–2017 – 12%, a w 2018 r. – 9%
- wszystkich zgłoszeń w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych na SOR.

Natomiast w zakresie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej dzwoniący wskazywali na odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej, w tym badań diagnostycznych oraz zgłaszali zastrzeżenia do treści dokumentacji medycznej. Problematyka ta w latach 2015–2017 stanowiła ok. 4%, natomiast w 2018 r. – 1% wszystkich zgłoszeń w zakresie SOR.

Ponadto, jak wynika z tabeli 10 wzrosła liczba zgłoszeń dotyczących prawa do opieki osoby bliskiej, braku poszanowania intymności poprzez niezapewnienie parawanów, wchodzenie osób trzecich do gabinetów zabiegowych i pokojów badań oraz zastrzeżeń do leczenia bólu i zachowania pracowników SOR. Zgłaszane powyżej problemy stanowiły w latach 2015–2018 – 7% wszystkich zgłoszeń w zakresie SOR.

REHABILITACJA LECZNICZA

Rehabilitacja lecznicza jest rodzajem świadczeń zdrowotnych, realizowanym w warunkach: ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego oraz stacjonarnych. Aby skorzystać z tego świadczenia wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

- Główne zgłoszenia w zakresie rehabilitacji leczniczej dotyczyły praw pacjenta do:
- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło: w 2015 r. – 96%, w 2016 r. – 95%, w latach 2017–2018 – 98%;
 - ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło: w latach 2015–2018 ok. 2%
– wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych.

Tabela 11. Problematyka zgłoszeń dotyczących rehabilitacji zarejestrowanych w latach 2015–2018

REHABILITACJA LECZNICZA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	1 516	1 969	2 490	2 216
dostęp do świadczeń zdrowotnych	628	767	1 036	796
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	265	278	428	393
odmowa rejestracji skierowania zgodnie z obowiązującymi przepisami	141	135	167	147
skracanie cyklu leczenia z powodu święta lub innego dnia wolnego	97	112	129	115
nierespektowanie uprawnień osób posiadających szczególne uprawnienia (np. honorowy zasłużony dawca krwi)	49	81	147	134
odmowa świadczeń towarzyszących (transport, L4, zaświadczenia itp.)	62	83	82	71
odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w związku z brakiem potwierdzonego ubezpieczenia zdrowotnego	14	78	83	70
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	888	1 202	1 454	1 286
zastrzeżenia do standardów wykonywanych świadczeń zdrowotnych	416	580	631	587
etyka pracownika podmiotu leczniczego	219	324	411	351
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie godności i intymności	166	181	179	144
brak zapewnienia ciągłości i kompleksowości leczenia	87	117	233	204
PRAWO DO INFORMACJI	0	15	2	3
odmowa udzielenia informacji	0	15	2	3

cd. tabeli

REHABILITACJA LECZNICZA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM	8	3	6	8
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	8	3	6	8
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	0	24	2	4
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	0	8	1	2
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	0	16	1	2
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	46	58	33	32
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	32	37	22	21
zastrzeżenia związane z treścią dokumentacji medycznej	14	21	11	11
PRAWO DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ	1	2	1	2
odmowa zgody na skorzystanie z prawa do opieki duszpasterskiej	1	2	1	2
PRAWO DO PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE	1	3	2	2
odmowa przyjęcia rzeczy do depozytu oraz zaginięcie przedmiotów i dokumentów	1	3	2	2
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących rehabilitacji	1 572	2 074	2 536	2 198

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie rehabilitacji leczniczej dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia rehabilitacyjnego;
- ▶ odmowy udzielenia świadczenia w trybie pilnym;
- ▶ odmowy rejestracji skierowania na zabiegi oraz potwierdzenia tej odmowy;
- ▶ zaniechania przekazania pacjentów w ramach kontynuacji leczenia do rehabilitacji stacjonarnej; Praw Pacjenta
- ▶ skracania czasu realizacji poszczególnych świadczeń rehabilitacyjnych;
- ▶ skracania okresu rehabilitacji w związku ze świętami, dniami wolnymi od pracy, długimi weekendami.

Tabela 12. Zgłoszenia dotyczące świadczeń zdrowotnych zarejestrowanych w latach 2015–2018 udzielanych w różnych rodzajach rehabilitacji leczniczej

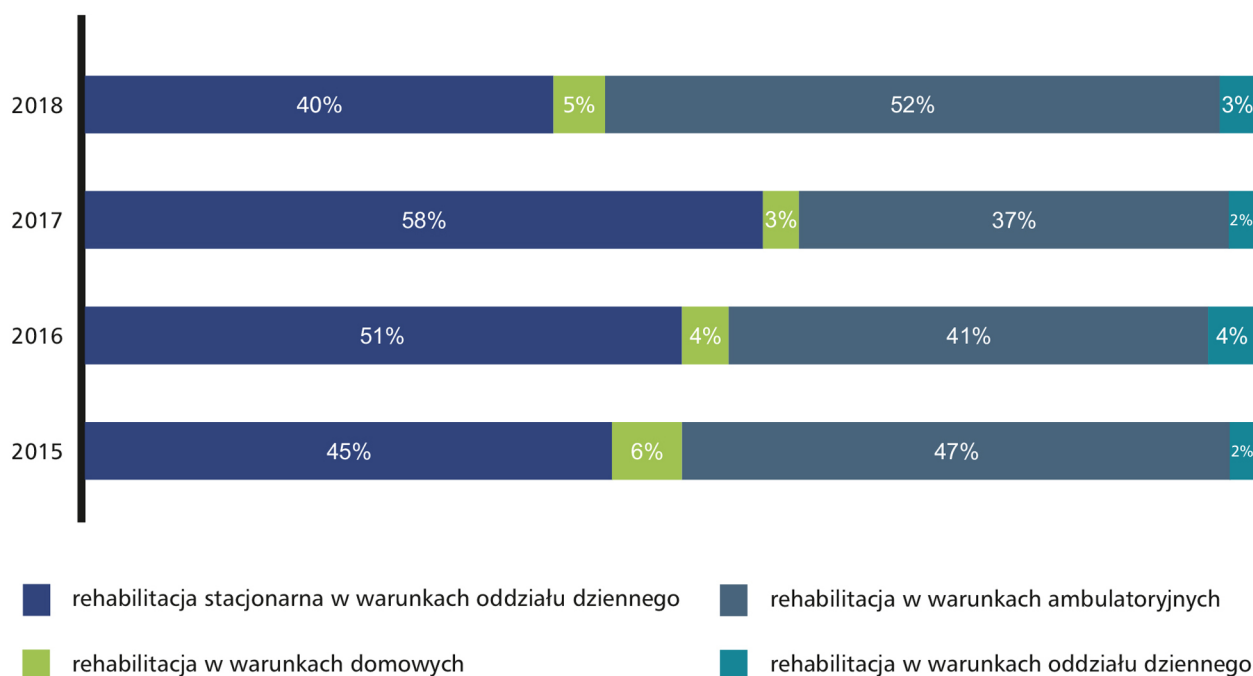
RODZAJE REHABILITACJI	2015	2016	2017	2018
Rehabilitacja stacjonarna	765	877	1 171	871
kardiologiczna	81	94	95	184
neurologiczna	189	239	248	292
ogólnoustrojowa	495	544	828	395
Rehabilitacja w warunkach domowych	107	70	58	107
Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych	799	705	745	1 148
Rehabilitacja w warunkach oddziału dziennego	27	70	51	72
OGÓŁEM	1 698	1 722	2 025	2 198

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 12, główne źródła niezadowolenia pacjentów pojawiały się w poszczególnych zakresach rehabilitacji, tj.:

- ▶ świadczeń udzielanych w zakresie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, co stanowiło odpowiednio: w 2015 r. – 45%, w 2016 r. – 51%, w 2017 r. – 58%, w 2018 r. – 40%;
- ▶ świadczeń udzielanych w zakresie rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, co stanowiło odpowiednio: w 2015 r. – 47%, w 2016 r. – 41%, w 2017 r. – 37%, w 2018 r. – 52%;
- ▶ świadczeń udzielanych w zakresie rehabilitacji w warunkach domowych, co stanowiło odpowiednio: w 2015 r. – 6%, w 2016 i 2017 r. – 3%, w 2018 r. – 5%;
- ▶ świadczeń udzielanych w zakresie rehabilitacji w warunkach oddziału dziennego, co stanowiło odpowiednio w latach 2015–2018 – ok. 3%

– wszystkich zgłoszeń dotyczących poszczególnych rodzajów rehabilitacji.

Wykres 5. Zgłoszenia zarejestrowane w latach 2015–2018 w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w różnych rodzajach rehabilitacji leczniczej



Rehabilitacja lecznicza aktualnie postrzegana jest jako bardzo ważna forma leczenia. Dzięki rehabilitacji pacjent może odzyskać pełną lub możliwą do osiągnięcia sprawność fizyczną i psychiczną. Poprawia ona także jakość życia pacjenta niezależnie od jego wieku. Jak wskazał konsultant krajowy z dziedziny rehabilitacji „na rehabilitację przeznaczają się tylko ok. 3 proc. z całej puli środków na wszystkie świadczenia zdrowotne”¹⁵ – wobec powyższego środki przeznaczone na ten cel przez NFZ mogą być niewystarczające wobec wzrastających potrzeb pacjentów wymagających rehabilitacji.

Z danych przedstawionych w tabeli 11 liczba zgłoszeń dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej stanowiła w latach 2015–2018 ok

¹⁵ <http://www.forumrynkuzdrowia.pl/2018/pl/wiadomosci/rehabilitacja-wymaga-zmian-sa-pierwsze-oficjalne-przymiarki,177850.html>

4% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii. Natomiast w zakresie kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia rehabilitacyjnego stanowiła w latach 2015–2018 ok. 17% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii a dotyczących rehabilitacji leczniczej.

W zgłoszeniach telefonicznych pojawiały się informacje o czasie oczekiwania na rehabilitację leczniczą. Zgodnie z danymi NFZ w kolejce do rehabilitacji czeka 1,3 mln osób, które przeciętnie spędzają w kolejce 464 dni, czyli ponad rok i trzy miesiące¹⁶. Pacjent w takich przypadkach nie może czekać. Długi okres oczekiwania (nawet do kilku lat) dotyczy osób ze wskazaniami do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej. Podobny problem dotyczy dostępu do świadczeń ambulatoryjnych i domowych. Oczekiwanie na świadczenie wynosi kilka miesięcy, a w niektórych przypadkach świadczeniodawcy u progu rozpoczęcia nowego roku oświadczają o wyczerpanym planowym limicie leczenia i odmawiają rejestracji skierowań.

Dokonując analizy dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych należy zauważyć, że NIK w wyniku kontroli przeprowadzonej w 2014 r. w raporcie *Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej*¹⁷ wskazał na problem braku regulacji zawodu fizjoterapeuty: „[...] Prowadziło to do tego, że fizjoterapeutą mógł zostać praktycznie każdy, nawet osoba bez odpowiedniego przygotowania, a nieprofesjonalnie prowadzona rehabilitacja mogła zamiast pomóc zaszkodzić pacjentowi. Prace nad regulacjami zawodu fizjoterapeuty, trwały od 2010 r. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty została przyjęta 25 września 2015 r. a weszła w życie z końcem maja 2016 r. Ustawa wprowadziła katalog wymaganych kompetencji fizjoterapeuty, a także konieczność zdania przez osobę świadczącą usługi państwowego egzaminu; odejście od konieczności każdorazowego skierowania do lekarza specjalisty w przypadku pacjentów z chorobami chronicznymi; powołanie samorządu zawodowego, który będzie prowadził rejestr, osób uprawnionych do wykonywania zawodu, a pacjent będzie mógł sprawdzić wykształcenie i kompetencje danej osoby; sankcje (do roku więzienia) za osoby podszywające się pod fizjoterapeutów”.

Jak wynika z analizy informacji przekazanych przez osoby kontaktujące się z Rzecznikiem za pośrednictwem Infolinii można wskazać, że uregulowanie tego zawodu oznacza dla pacjentów szybszy i szerszy dostęp do leczenia i pomoc, zwłaszcza dla pacjentów cierpiących na choroby nerwowo-mięśniowe lub też osób starszych. W niektórych schorzeniach jedyną dostępną formą leczenia tych pacjentów jest fizjoterapia, która powinna być prowadzona codziennie. Dotyczy to wszystkich grup wiekowych.

¹⁶ <https://www.rp.pl/Niepelnosprawni/305099906-Kolejki-do-rehabilitacji-beda-dluzsze.html>

¹⁷ <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/13/131/>

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

W ramach opieki długoterminowej pacjent może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych. Zadaniem zakładu opiekuńczo-leczniczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia u pacjentów przewlekle chorych a także osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji na oddziale szpitalnym. Do zakładu opiekuńczo-leczniczego kwalifikowane są osoby, które według oceny opartej na skali Barthel¹⁸ uzyskały 40 pkt lub mniej. Skala Barthel to międzynarodowa skala powszechnie stosowana w ocenie sprawności chorego. Jej zastosowanie ma na celu zdiagnozowanie, jakie czynności i w jakim stopniu chory może wykonać samodzielnie, z czyjąś pomocą lub nie może wykonywać w ogóle. W skali Barthel można uzyskać 100 pkt. Są trzy przedziały oceny: uzyskanie od 0 do 20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielność, od 20 do 80 pkt oznacza, że w jakimś stopniu pacjent potrzebuje pomocy innych, a ocena w granicy 80 do 100 pkt oznacza, że przy niewielkiej pomocy chory może funkcjonować samodzielnie.

Główne zgłoszenia w zakresie opieki długoterminowej dotyczyły praw pacjenta do:

- ▶ świadczeń zdrowotnych, co stanowiło: w 2015 r. – 78%, w latach 2016–2018 – ok. 85%;
 - ▶ dokumentacji medycznej, co stanowiło w latach 2015–2018 – ok. 4%;
 - ▶ informacji o stanie zdrowia oraz wyrażenia zgody, co stanowiło: w latach 2015–2017 – ok. 4%, a w 2018 r. – 1%;
 - ▶ poszanowania godności i intymności co stanowiło: w 2015 r. – 4%, w latach 2016–2017 – 7%, a w 2018 r. – 4%
- wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie opieki długoterminowej.

Tabela 13. Problematyka zgłoszeń dotyczących opieki długoterminowej zarejestrowanych w latach 2015–2018

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	695	966	1 130	1 010
dostęp do świadczeń zdrowotnych	359	528	578	522
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	113	197	238	217
zwracanie się o dostarczenie dla pacjenta na oddział leków i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	110	132	147	132

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r. poz. 1658).

cd. tabeli

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	2015	2016	2017	2018
odmowa zapewnienia leczenia specjalistycznego oraz badań diagnostycznych w trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	60	71	78	71
odmowa zlecenia na transport sanitarny	47	79	72	63
żądanie podpisania umowy cywilnoprawnej na świadczenie usług pomimo kontraktu z NFZ	15	21	22	21
odmowa rejestracji skierowania bez potwierdzenia tej odmowy na skierowaniu	14	28	21	18
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	336	438	552	488
zachowanie pracowników podmiotu leczniczego	175	246	320	279
zaniechanie zapewnienia kompleksowości leczenia.	161	192	232	209
PRAWO DO TAJEMNICY INFORMACJI ZWIĄZANYCH Z PACJENTEM	18	6	5	4
udostępnienie informacji osobom nieuprawnionym	18	6	5	4
PRAWO DO WYRAŻENIA ZGODY	11	23	37	33
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	11	23	37	33
PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI	0	39	21	21
pozbawienie prawa do uczestnictwa osoby bliskiej podczas wykonywania procedur medycznych	0	12	4	3
niezapewnienie warunków organizacyjnych w podmiocie leczniczym gwarantujących poszanowanie intymności i godności	0	20	6	7
ograniczenie prawa pacjenta do leczenia bólu	0	7	11	11
PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	27	0	14	13
odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej	27	0	14	13
PRAWO DO ZGŁOSZENIA SPRZECIWU WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA	3	3	7	5
zastrzeżenia do orzeczeń uzyskiwanych przez inne instytucje*	3	3	7	5
PRAWO DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO	2	2	6	6
ograniczanie kontaktu z osobami bliskimi	2	2	6	6
PRAWO DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ	1	1	0	0
odmowa zgody na skorzystanie z prawa do opieki duszpasterskiej	1	1	1	0
PRAWO DO PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE	1	1	0	0
zaginięcie rzeczy w depozycie	1	1	0	0
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących opieki długoterminowej	443	573	561	502

* tj. biegłych sądowych, orzeczników ZUS/KRUS/Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności/medycyny pracy

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie opieki długoterminowej dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia w warunkach stacjonarnych i domowych;
- ▶ ograniczenia pacjentom dostępu do uzyskania świadczeń specjalistycznych w ramach realizowanych świadczeń w warunkach stacjonarnych i domowych (np. stomatolog, kardiolog, okulista);
- ▶ ograniczenia prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej;
- ▶ zastrzeżeń do dokonywanej oceny skalą Barthel.

Tabela 14. Zgłoszenie dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych w różnych rodzajach opieki długoterminowej zarejestrowane w latach 2015–2018

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	2015	2016	2017	2018
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W WARUNKACH STACJONARNYCH	240	418	398	356
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W WARUNKACH DOMOWYCH	163	93	68	73
opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie	2	8	4	4
pielęgniarska opieka długoterminowa	161	85	64	69
OGÓŁEM	403	511	466	502

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 14, główne źródła niezadowolonych pacjentów pojawiały się w poszczególnych zakresach opieki, tj.:

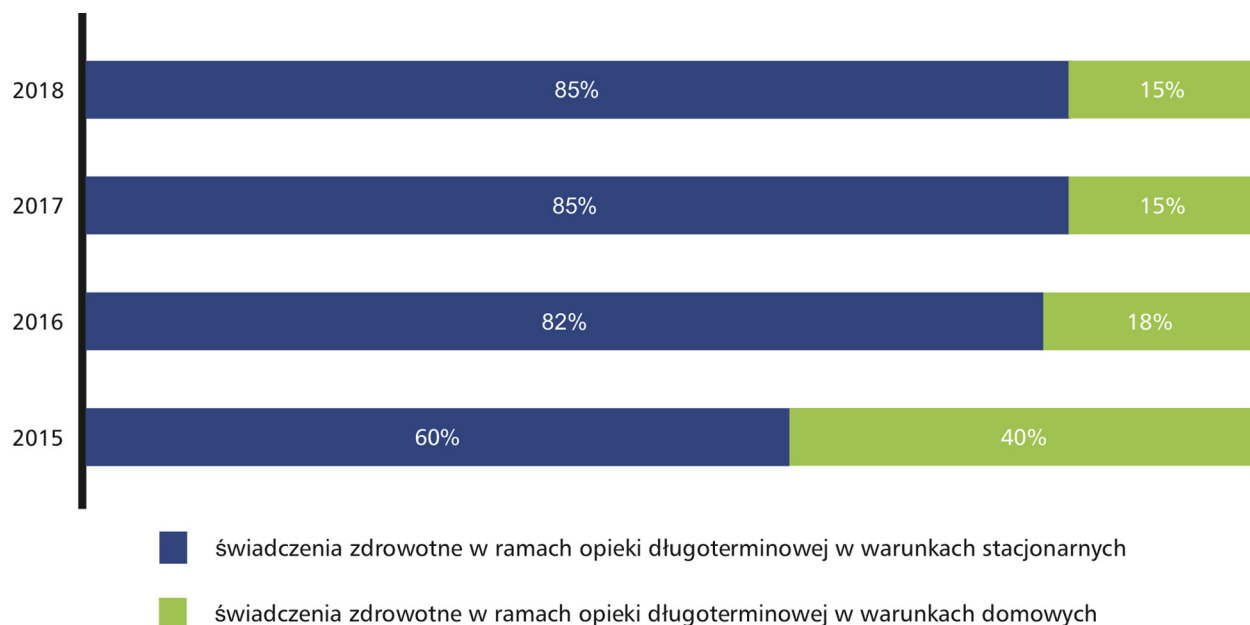
- ▶ problematyka świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych stanowiła odpowiednio: w 2015 r. – 60%, w 2016 r. – 82%, w 2017 i 2018 r. – 85%;
- ▶ problematyka świadczenia udzielanych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych stanowiła odpowiednio: w 2015 r. – 40%, w 2016 r. – 18%, w 2017 i 2018 r. – 15%

– wszystkich zgłoszeń dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielanych w różnych rodzajach opieki długoterminowej.

Zgłoszenia przekazywane za pośrednictwem Infolinii przez pacjentów, ich bliskich oraz opiekunów najczęściej dotyczyły czasu oczekiwania na umieszczenie pacjenta w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym lub też skorzystania ze świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej w warunkach domowych.

Zastrzeżenia dzwoniących w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych w ramach sprawowanej opieki długoterminowej stanowiły odpowiednio: w 2015 r. – 16%, w 2016 r. – 20%, w latach 2017–2018 ok. 21%. Zgłaszane problemy dotyczyły m.in. braku możliwości uzyskania miejsca w zakładzie opieki długoterminowej, czy też domowej – głównie w chwili wypisania ze szpitala. Pacjentowi lub jego bliskim wskazywano bliżej nieokreślony termin uzyskania świadczenia. Ponadto w wielu rozmowach poruszane były problemy związane z brakiem miejsca w podmiotach leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej, a także umieszczania pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w oddalonym od miejsca zamieszkania.

Wykres 6. Zgłoszenia dotyczące świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w ramach opieki długoterminowej zarejestrowane w latach 2015–2018.



Problematyka osób starszych oraz przewlekle chorych, u których zakończona została możliwość intensywnego leczenia, natomiast wymagają one zapewnienia całodobowej opieki medycznej w warunkach stacjonarnych lub domowych, stanowi aktualnie wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Duże nadzieje związane są z założeniami nowej polityki senioralnej. W ramach Rządowego Programu na Rzecz Osób Starszych na lata 2014–2020¹⁹, „zakłada się istotne polepszenie dostępu do świadczeń oraz zwiększanie nakładów na tworzenie nowych łóżek w stacjonarnej opiece długoterminowej”.

W wielu zgłoszeniach przekazywanych przez rodziny chorych wskazywano na jakość udzielanych świadczeń pielęgnacyjnych. Rozmowy telefoniczne, w których opiekunowie osób starszych lub przewlekle chorych skarżyli się na konieczność dostarczania dla pacjentów produktów leczniczych i środków medycznych stanowiły w latach 2015–2016 – 19%, zaś w latach 2017–2018 – 13% wszystkich zgłoszeń dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej. Natomiast zgodnie z obowiązującymi przepisami²⁰ podmiot leczniczy ma obowiązek zapewnienia nieodpłatnie: badań diagnostycznych, produktów leczniczych, a także zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne (takie jak: wózki, kule, laski oraz pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne). Rodziny chorych nie mogą być zobowiązane do przynoszenia pieluch, opłacania transportu w celu dojazdu na konsultacje (np. do poradni specjalistycznych), czy do opłacania wizyt u specjalistów, a niestety takie naganne praktyki sygnalizują niektórzy pacjenci. Każdy chory, który spełnia kryteria przyjęcia do podmiotu leczniczego, powinien być przyjęty bez względu na wysokość emerytury, zgodnie z prowadzoną przez placówkę kolejką oczekujących. Uzależnianie przyjęcia pacjenta do zakładu opieki długoterminowej od wysokości jego dochodów czy wniesienia dopłaty jest niezgodne z prawem.

¹⁹ https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Seniorzy/Program%20ASOS%202014-2020.pdf

²⁰ Art. 35 ustawy o świadczeniach.

Dzwoniący wskazywali również na problem dotyczący zachowania pracowników zatrudnianych w zakładach opieki długoterminowej. Stanowił on odpowiednio: w 2015 i 2016 r. – 25%, natomiast w latach 2017–2018 – 28% wszystkich zgłoszeń dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej.

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania służą zapobieganiu cierpienia, niesieniu ulgi, leczeniu bólu i innych objawów somatycznych, pomocy w rozwiązywaniu problemów oraz wsparciu dla rodziny pacjenta. Zgoda na sprawowanie opieki paliatywnej lub hospicyjnej musi być wyrażona na piśmie przez pacjenta. W przypadku dzieci, wymagana jest zgoda rodziców lub opiekunów prawnych, a w przypadku dziecka, które ukończyło 16 lat, także zgoda chorego dziecka. Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach: domowych, ambulatoryjnych oraz stacjonarnych. Opieka hospicjum stacjonarnego sprawowana jest w szczególności w chorobach, które nie rokują nadziei na wyleczenie.

Tabela 15. Problematyka zgłoszeń dotyczących opieki hospicyjnej zarejestrowanych w latach 2015–2018

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	2015	2016	2017	2018
PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	178	167	162	266
dostęp do świadczeń zdrowotnych	112	1	129	187
czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego	29	25	11	13
odmowa wykonania badań diagnostycznych	83	96	148	174
standardy i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	66	70	57	79
zachowanie pracowników podmiotu leczniczego w warunkach stacjonarnych	35	38	28	37
zastrzeżenia i uwagi do czynności pracowników medycznych zespołu opieki domowej	31	32	29	42
PRAWO DO WYRAŻENIA ZGODY	0	8	2	2
brak uzyskania świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	0	8	2	2
OGÓŁEM sygnałów telefonicznych dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej	178	175	213	251

Najczęściej zgłaszane problemy w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej dotyczyły realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym:

- ▶ długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia;
- ▶ odmowy zapewnienia leczenia specjalistycznego oraz badań diagnostycznych;
- ▶ braku możliwości uzyskania od pacjenta świadomej zgody na objęcie opieką paliatywno-hospicyjną.

Z analizy danych uzyskanych za pośrednictwem Infolinii wynika, że opieka hospicyjna i paliatywna nie budzi większych zastrzeżeń, albowiem zgłaszane problemy z tego zakresu stanowią poniżej 1% wszystkich zgłoszeń z zakresu świadczeń zdrowotnych.

Należy jednak zauważyć, że o ile dostęp do stacjonarnej opieki hospicyjnej nie budzi większych zastrzeżeń, o tyle pacjenci próbujący uzyskać świadczenia w ramach hospicjum domowego napotykają na pewne utrudnienia. Opieka paliatywna w domu chorego to świadczenia interdyscyplinarnego zespołu medycznego (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, duchowny). W zgłoszeniach na Infolinię sygnalizowano na czas oczekiwania na konsultację lekarską oraz pielęgniarską, ograniczanie tych wizyt do np. dwóch w miesiącu lub ograniczenie pomocy pielęgniarki do przynoszenia wyłącznie recepty na leki.

Jednak jak wynika z kontroli NIK (kontrola rozpoznawcza przeprowadzona przez Delegaturę NIK w Bydgoszczy w Kujawsko-Pomorskim Oddziale NFZ)²¹ przeprowadzonych w różnych województwach na terenie kraju w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie wszyscy potrzebujący mogli liczyć na równy dostęp do opieki w ww. zakresie. „Prawie jednej czwartej pacjentów ograniczono liczbę porad lekarskich lub wizyt pielęgniarskich. Nie wszyscy mogli też liczyć na opiekę psychologa lub wykonanie badań USG i RTG. Kontrolą objęto lata 2014–2017 (pierwsza połowa) i dotyczyła świadczeniodawcy w województwie kujawsko-pomorskim który miał większą ilość zakontraktowanych świadczeń z NFZ. Pacjenci, którzy zostali objęci domową opieką paliatywną i hospicyjną, otrzymali z reguły świadczenia spełniające podstawowe standardy prawne (wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarządzenia Prezesa NFZ oraz podpisanej z NFZ umowy). Świadczeniodawca zapewnił personel medyczny o wymaganych kwalifikacjach i doświadczeniu, a także posiadał odpowiedni sprzęt do sprawowania opieki. Niemniej jednak części pacjentów (siedmiu z trzydziestu, których dokumentację przebadano w toku kontroli) niezgodnie z prawem ograniczono liczbę porad lekarskich lub wizyt pielęgniarskich. Nie wszyscy mogli też liczyć na opiekę psychologa lub wykonanie im badań USG i RTG, zagwarantowanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Na szczególnie podkreślenie zasługuje natomiast fakt, że świadczeniodawca nie ograniczał swoich obowiązków do niezbędnego, ustawowego minimum, lecz z własnej inicjatywy oferował chorym dodatkową pomoc. Niektórzy pacjenci mogli liczyć ze strony opiekunów m.in. na posprzątanie mieszkania, czytanie książek, zrobienie zakupów, towarzyszenie na spacerach. Kontrolowana firma zatrudniła też pracownika socjalnego, który współpracował m.in. z ośrodkami pomocy społecznej, Policją, ZUS i jedną z organizacji charytatywnych. Dzięki temu pacjenci uzyskali pomoc w rozwiązywaniu różnego rodzaju problemów materialno-bytowych”.

NIK po stwierdzeniu licznych nieprawidłowości wydał decyzję o konieczności przygotowania kontroli systemu hospicyjnego w całej Polsce.

²¹ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/ograniczenia-w-opiece-paliatywnej.html>.

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie odbywa się w warunkach: stacjonarnych (psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć), dziennych (psychiatrycznych i leczenia uzależnień), a także ambulatoryjnych (psychiatrycznych, leczenia środowiskowego oraz leczenia uzależnień).

Tabela 16. Zgłoszeń zarejestrowane w latach 2015–2018 wg rodzajów świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach opieki psychiatrycznej

RODZAJ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	2015	2016	2017	2018
Oddział detoksykacyjny	20	54	51	113
Leczenie uzależnień	154	225	248	241
Leczenie nerwic	7	15	109	169
Psychiatria	3 562	3 492	4 237	4 693
Psychiatria dzieci i młodzieży	40	49	73	138
Psychologia kliniczna	14	39	36	87
Inne (psychogeriatryka, rehabilitacja psychiatryczna, detencja)	1	13	29	36
OGÓŁEM	3 797	3 877	4 783	5 477

Należy wskazać, że w katalogu praw pacjenta nie pojawia się wprost prawo pacjenta do ochrony zdrowia psychicznego, jednakże problematyka ta jest podejmowana przez Rzecznika. W szczególności poprzez pomoc pracowników Biura jakimi są rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, którzy na bieżąco monitorują ten obszar. Pomimo możliwości uzyskania bezpośredniego kontaktu z ww. pracownikami Biura w szpitalu psychiatrycznym, pacjenci również tych szpitali są dość częstymi rozmówcami na Infolinii.

Tabela 17. Problematyka zgłoszeń dotyczących opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zarejestrowanych w latach 2015–2018

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	2015	2016	2017	2018
W zakresie ochrony zdrowia psychicznego	2 949	2 470	3 328	3 399
Prawo do świadczeń zdrowotnych	448	686	711	958
Prawo do informacji	78	124	119	172
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych	0	35	51	83
Prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem	65	66	72	163
Prawo do wyrażenia zgody	67	101	131	234

cd. tabeli

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	2015	2016	2017	2018
Prawo do intymności i godności	78	108	87	65
Prawo do dokumentacji	43	186	169	253
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	29	15	28	32
Prawo do poszanowania życia rodzinnego	29	46	39	95
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	0	46	36	9
Prawo do opieki duszpasterskiej	11	4	12	14
OGÓŁEM	3 797	3 887	4 783	5 477

Główne problemy w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dotyczyły:

- ▶ zastrzeżeń do realizowania uprawnień pacjentów wynikających ze stosowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj.:
 - procedury przyjęcia do szpitala psychiatrycznego;
 - wypisania ze szpitala osoby przebywającej bez jej zgody;
 - stosowania przymusu bezpośredniego;
 - uzyskania zgody ordynatora do okresowego przebywania poza szpitalem;
- ▶ uwag odnoszących się do trybu leczenia farmakologicznego oraz postępowania terapeutycznego;
- ▶ leczenia bez zgody oraz zwłoki w uzyskiwaniu zastępczej zgody sądowej na leczenie pacjenta;
- ▶ odmowy przyjęcia informacji o niepożądanym działaniu środka farmaceutycznego;
- ▶ trudności w uzyskaniu dokumentacji medycznej i zastrzeżeń do jej treści;
- ▶ zastrzeżeń do warunków pobytu w szpitalu psychiatrycznym.

Liczba zgłoszeń dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień utrzymuje się na podobnym poziomie, tj. stanowiła ona odpowiednio w latach 2015–2017 ok. 7% oraz w 2018 r. – 11% wszystkich zgłoszeń kierowanych za pośrednictwem Infolinii w zakresie świadczeń zdrowotnych (patrz tabela 3). Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, podstawowym problemem poruszonym przez rozmówców na Infolinii odnoszącym się do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są zastrzeżenia do stosowania przepisów regulujących ochronę zdrowia psychicznego, w tym opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi (stanowiło to odpowiednio: w 2015 r. – 78%, w 2016 r. – 64%, w 2017 r. – 70%, w 2018 r. – 62% wszystkich zgłoszeń dotyczących opieki psychiatrycznej). Natomiast przekazywane przez rozmówców – w mniejszym stopniu – zgłoszenia odnoszące się do poszczególnych praw pacjenta dotyczyły głównie udzielania świadczeń zdrowotnych, co stanowiło: w 2015 r. – 12% oraz odpowiednio w latach 2016–2018 ok. 17%. Pozostałe prawa pacjenta stanowiły nieznaczoną liczbę wszystkich zgłoszeń obejmujących opiekę psychiatryczną, w związku z czym nie poddawano ich szczegółowej analizie w przedmiotowym opracowaniu.

Odnośnie prawa do świadczeń zdrowotnych, rozmówcy zgłaszali różnorodne problemy od nieuzasadnionego przymusu leczenia, zastrzeżeń do leczenia farmakologicznego, kwestio-

nowania odmowy kwalifikacji do leczenia na oddziale i kwestionowania wypisu ze szpitala po ocenę standardów i warunków leczenia na oddziale (np. dotyczących żywienia). Należy wskazać, że podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym pacjent ma prawo do okresowego pobytu poza szpitalem bez wypisywania go z podmiotu leczniczego, jeżeli stan jego zdrowia umożliwi mu pobyt poza placówką. Odmowa udzielenia pacjentowi powyższej tzw. „przepustki” jest kwestią poruszaną podczas rozmów prowadzonych za pośrednictwem Infolinii. Kolejnym problemem zgłaszanym przez pacjentów w ramach leczenia psychiatrycznego były trudności w uzyskaniu dokumentacji medycznej (jednakże problematyka ta stanowiła mniej niż 10% wszystkich rozmów w ww. zakresie). Pacjenci zgłaszali także zastrzeżenia do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej.

W celu poprawy sytuacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin od 1 lipca 2018 r. wprowadzono *Program Pilotażowy Centrów Zdrowia Psychicznego*²². Jego głównym zadaniem ma być sprawdzenie nowej formuły udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze poprzez zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej (doraźnej, ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i całodobowej) dla osób dorosłych zamieszkałych na obszarze jego działania. Aktualnie na Infolinię wpływają pierwsze zapytania rozmówców dotyczące funkcjonowania tego programu, w związku z czym Rzecznik podjął współpracę z Biurem ds. Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 852).

WNIOSKI

Analiza problemów zgłaszanych za pośrednictwem Infolinii nie daje odpowiedzi, czy w Polsce przestrzegane są prawa pacjenta. Natomiast wskazuje na obszary, w których może dochodzić do naruszania warunków i standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, a przez to do możliwości naruszania praw pacjenta. Dokonanie oceny skali i obszarów naruszenia prawa pacjenta możliwe jest jedynie na podstawie prowadzonych postępowań wyjaśniających, zachowujących wszystkie reguły wyjaśniania spraw kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta. Jednostronny przekaz dotyczący incydentu powodującego niezadowolenie nie może jeszcze przesądzać o uznaniu, że doszło do naruszenia prawa do czasu, gdy informacja ta nie zostanie zweryfikowana. W tym sensie Infolinia w żadnym razie nie może być platformą oceny zdarzeń, lecz jedynie stanowić płaszczyznę sygnalizującą o zaistniałym zdarzeniu, pozwalającą na wstępne zdefiniowanie problemu, umiejscowienie go w określonych ramach prawa, a także ustalenie form i metod uprawdopodobnienia zdarzenia, jako zdarzenia wskazującego na naruszenie prawa. Na podstawie zgłoszeń przekazanych przez pacjentów za pośrednictwem Infolinii, Rzecznik Praw Pacjenta wyodrębnił następujące obszary ochrony zdrowia wymagające działań:

Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w poszczególnych rodzajach świadczeń

Zasadniczym problemem potwierdzonym w analizie jest dostęp do świadczeń zdrowotnych przez pryzmat okresu oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Podczas rozmów telefonicznych osoby dzwoniące wskazywały na „kolejki oczekujących” jako jeden z największych problemów w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Co istotne, w 2018 r. na sfinansowanie systemu ochrony zdrowia będzie przeznaczony nie mniej niż 4,67% PKB. Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ nakłady na zdrowie mają wzrastać w kolejnych latach do poziomu 6% PKB w 2025 r. Resort zdrowia szacuje, że w ciągu pierwszych dziesięciu lat obowiązywania ww. ustawy do systemu opieki zdrowotnej trafi dodatkowe 500 mld zł. Dodatkowe środki w pierwszej kolejności mają być przeznaczane na finansowanie (w formie dotacji dla NFZ) świadczeń opieki zdrowotnej. Ich coroczny wykaz będzie określał Minister Zdrowia. Mają to być m.in. te świadczenia, do których są w danej chwili najdłuższe kolejki. Te dodatkowe pieniądze pozwolą przede wszystkim zrealizować to, czego oczekują pacjenci od systemu ochrony zdrowia czyli poprawy dostępu do najnowocześniejszych terapii oraz możliwość redukcji kolejek, w tym również świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych, co zapewne skróci czas oczekiwania na uzyskanie tych świadczeń, a także podniesie ich jakość.

¹ Art. 131c ust. 1 w brzmieniu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1532) nowelizującej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która weszła w życie w dniu 24 sierpnia 2018 r.

Zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w psychiatrycznych oddziałach dziecięcych

Dzieci i młodzież doświadczające kryzysu psychicznego oczekują pomocy od nas – dorosłych. Oczekują jej ich rodzice i opiekunowie oraz środowisko profesjonalistów zaangażowanych w tworzenie systemu opieki psychiatrycznej dla najmłodszych pacjentów. W trosce o ich zdrowie i życie Rzecznik zwrócił się o podjęcie doraźnych oraz systemowych działań usprawniających obszar opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Pozytywnym rozwiązaniem byłoby wypracowanie przez zespół ds. psychiatrii dzieci i młodzieży rozwiązań systemowych, które w dłuższej perspektywie przyniosą oczekiwaną poprawę.

Zwiększenie dostępu oraz podniesienie poziomu koordynacji w leczeniu rehabilitacyjnym

Rehabilitacja jest istotnym elementem świadczeń zdrowotnych. Pozwala na szybki powrót pacjenta do aktywności społecznej i zawodowej. Warunkiem jej skuteczności jest wdrożenie rehabilitacji niezwłocznie po zakończonym leczeniu. Zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki medycznej (NFZ) i społecznej (ZUS, KRUS, PFRON) jest szansą na szybki powrót do dobrostanu zdrowotnego, życia społecznego i zawodowego. Osoby wymagające rehabilitacji powinny być na nią kierowane jak najszybciej – zwłoka w tym zakresie to rzeczywiste koszty po stronie państwa – a przede wszystkim zdrowotne konsekwencje dla pacjenta.

Podniesienie jakości opieki zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku

Społeczeństwo polskie starzeje się, stąd też należy wypracować odpowiedni model dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych dla osób starszych, w szczególności dostępu do specjalistów w dziedzinie geriatry (w tym zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych), oraz wprowadzenia standardów opieki geriatrycznej w oddziałach innych niż geriatrycznych. W kontekście powyższych problemów należy również rozważyć możliwość wypisywania przez geriatrów (oraz innych specjalistów) leków w ramach Programu 75+. Ponadto, warto rozważyć zmianę programu nauki na studiach medycznych przez ustalenie obowiązkowego przedmiotu z geriatry i gerontologii zakończonego egzaminem oraz zwiększenie liczby godzin przeznaczonych na ten przedmiot.

Utworzenie ogólnopolskiej bazy wiedzy o problemach zdrowotnych

Osoby dzwoniące na Infolinię Rzecznika zwracały uwagę na potrzebę utworzenia bazy wiedzy o problemach zdrowotnych. Pacjenci są zdezorientowani w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, coraz powszechniej również korzystają z niewiarygodnych źródeł wiedzy na temat problemów zdrowotnych i sposobów ich rozwiązywania. Zdaniem Rzecznika, korzystając z rozwiązań międzynarodowych, należałoby rozważyć powstanie ogólnopolskiej bazy wiedzy o problemach zdrowotnych. Utworzona w rzetelny sposób, certyfikowana baza wiedzy dla pacjentów byłaby wskazówką, w jaki sposób poradzić sobie w systemie ochrony zdrowia. Baza ta wspierałaby pacjentów w ich problemach zdrowotnych i wskazywała sposoby ich rozwiązywania. W załączeniu do niniejszego raportu dokonano analizy badań ankietowych przeprowadzonych wśród osób kontaktujących się za pośrednictwem Infolinii w przedmiocie zapotrzebowania na realizację powyższego postulatu.

Skoordynowanie wsparcia i opieki nad pacjentami nieporadnymi/niesamodzielnymi

Pacjenci nieporadni/niesamodzielnymi powinni być otoczeni szczególną opieką systemu. Wsparcie zdrowotne i środowiskowe powinno być skoordynowane na poziomie gminy na linii MOPS a POZ oraz szpital. W praktyce sprawowanie opieki nad takimi osobami spada niemal w całości na rodzinę, co z pewnością nie spełnia oczekiwań społecznych. Ponadto należy rozważyć wprowadzenie procedur dotyczących zapewnienia opieki nad pacjentem niepełnosprawnością podczas hospitalizacji lub niedyspozycji zdrowotnej opiekuna.

Uregulowanie odpowiedzialności zawodowej pozostałego personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych

W toku rozmów pacjenci wskazywali na brak możliwości złożenia skutecznej skargi na osoby wykonujące świadczenia zdrowotne oraz posiadające odpowiednie kwalifikacje i umiejętności. Niektóre zawody wymykają się regulacjom (np. ortoptycy, psychologowie, psychoterapeuci, dietetycy). Pacjenci oczekują uregulowania odpowiedzialności zawodowej osób, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub mają na nie wpływ.

Wprowadzenie możliwości dopłaty do wyższej jakości wyrobu medycznego

Część rozmówców wyrażała rozczarowanie, że nie mogą zgodnie z obowiązującymi przepisami dopłacić do innego lepiej dostosowanego do ich potrzeb wyrobu medycznego. Często pacjenci zagadnienie współpłacenia rozpatrują w kontekście obowiązujących rozwiązań w opiece transgranicznej. Wiedząc, że można refundować zabieg za granicą, nie rozumieją dlaczego nie można refundować tego zabiegu lub jego elementu wykonanego prywatnie w kraju. Tym samym należy zastanowić się nad następującym modelem: pacjent, który chciałby zdecydować się na wyrób medyczny mieszczący się w limicie finansowania przez NFZ, nie pokrywałby żadnych kosztów z tym związanych. Koszty te w całości pokrywałby – jak dotychczas – płatnik publiczny. Jeśli jednak cena urzędowa wybranego wyrobu medycznego byłaby wyższa niż limit finansowania – sam pacjent dopłacałby różnicę pomiędzy limitem finansowania a ceną wybranego wyrobu. Gdyby zaś jakiś produkt w ogóle nie mieścił się na liście, to pacjent pokrywałby w całości koszt jego zakupu – refundowana byłaby jedynie sama usługa.

Przyspieszenie prac nad wdrożeniem e-zdrowia

Reforma służby zdrowia stawia na koordynację opieki nad pacjentem. W ten trend wpisuje się rozwój nowoczesnych technologii – m.in. wprowadzenie e-zdrowia, ale również telemedycyny. Taka zmiana może korzystnie wpłynąć na zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych – przykładem są usługi świadczone w prywatnych podmiotach leczniczych, które wprowadziły usługę telefoniczną/on-line wstępnej porady lekarskiej.

Wdrożenie modelu szybkiej i adekwatnej rekompensaty za utracone zdrowie

Pacjenci oczekują konkretnych zmian w pozasądowym modelu dochodzenia roszczeń – aktualnie funkcjonujący jest powszechnie krytykowany. Obywatele oczekują realnej alternatywy w stosunku do sądownictwa powszechnego. Zdarzeń niepożądanych w służbie zdrowia nie da się całkowicie wyeliminować. Możemy natomiast dążyć do zagwarantowania pacjentowi odpowiedniej rekompensaty. Tym samym, należy się zastanowić nad modelem, który pozwoli pacjentowi uzyskać świadczenia pieniężne szybko i w odpowiedniej wysokości do poniesionej szkody lub krzywdy.

Podniesienie jakości żywienia w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych całodobowo

Właściwa dieta ma istotny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu i szybszy powrót do zdrowia. Pacjenci oczekują wprowadzenia norm żywieniowych w szpitalach. Zapewnione hospitalizowanemu pacjentowi wyżywienie powinno być adekwatne do stanu jego zdrowia i aktualnych potrzeb, tj. zgodne z zaleceniem lekarza czy szpitalnego dietetyka. Osoby dzwoniące na infolinię wskazywały również na konieczność zapewnienia przez SOR – w sytuacji długotrwałego oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego – niezbędnych napojów i wyżywienia.

Podniesienie poziomu etyki pracownika medycznego

Etos wykonywania zawodu medycznego wiąże się ze szczególnym oczekiwaniem ze strony chorych, a mianowicie zrozumienia ich sytuacji i udzielenia pomocy w takim zakresie jak to jest możliwe przy wykorzystaniu wiedzy medycznej i zastosowaniu odpowiednich narzędzi dostępnych w procesie leczenia. Niezależnie od istniejących sporów w postrzeganiu norm etycznych, w niemal każdej rozmowie telefonicznej pojawiał się wątek oceny postępowania etycznego osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Obsługa Infolinii pozwala na poznawanie, co prawda jednostronnie relacjonowanych, to jednak subiektywnych doświadczeń pacjentów i ich rodzin w relacjach z osobami wykonującymi ten zawód. Znaczna część analizowanych zgłoszeń wskazuje na powszechne zjawisko niewłaściwej komunikacji w relacji lekarz – chory. Pacjenci niejednokrotnie zgłaszali, że lekarze w sposób lakoniczny informują ich o spostrzeżeniach, zastosowanym leczeniu, używając przy tym niezrozumiałej dla nich terminologii. Ponadto w opinii rozmówców personel medyczny często nie zauważa pacjenta, który chce być postrzegany jak człowiek cierpiący i oczekujący wrażliwości i empatii z poszanowaniem wszystkich przysługujących mu uprawnień. Dlatego zasadnym jest rozważenie powrotu do postulowanego w 2010 r. wniosku o wprowadzenie do nauki studiów medycznych przedmiotu dotyczącego umiejętności kreowania relacji z pacjentem i osobami bliskimi w ramach komunikacji interpersonalnej. W 2018 r. Rzecznik i Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej. wystąpili do rektorów wyższych uczelni medycznych z propozycją zwiększenia liczby godzin nauczania praktycznego w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem.

Ponadto zasadnym wydaje się opracowanie standardów obsługi pacjenta w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem doświadczeń z podmiotów administracji rządowej oraz samorządowej, instytucji publicznych a także podmiotów komercyjnych z branży usługowej. Wytyczne takie wskazują techniki komunikacji pozwalające na zwiększenie satysfakcji pacjenta z uzyskiwanej porady i unikanie nieporozumień.

Współcześnie pacjenci są coraz bardziej świadomi praw, jakie przysługują im podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Powoduje to, że oczekują oni od personelu medycznego nie tylko profesjonalnego i zgodnego z zasadami aktualnej wiedzy medycznej udzielania im tych świadczeń, ale także poszanowania ich prawa do informacji o swoim stanie zdrowia czy też możliwości przedstawienia lekarzowi swojej opinii na temat leczenia.

Autorzy: **Marek Cytacki; Katarzyna Koziół; Marzanna Bieńkowska**

Załącznik

Analiza badań ankietowych przeprowadzonych za pośrednictwem infolinii przez Rzecznika Praw Pacjenta sporządzona przez NIZP-PZH

Autorzy: mgr Magdalena Krysińska; dr Bogdan Wojtyniak (prof. NIZP-PZH);
dr n med. Grzegorz Juszczyk

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, wspólnie z Rzecznikiem Praw Pacjenta, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarską oraz organizacjami pacjentów, jak również Narodowym Funduszem Zdrowia zauważył potrzebę edukacji zdrowotnej pacjentów poprzez stworzenie kompleksowej platformy informacyjnej na wzór brytyjskiego „NHS Choices”. Ze strony NHS miesięcznie korzysta 43 miliony użytkowników. Na stronie można znaleźć informacje takie jak np. :

- tysiące swobodnie dostępnych artykułów, filmów, narzędzi i aplikacji, które pomagają w dokonywaniu najlepszych wyborów dotyczących zdrowia i dobrego samopoczucia,
- codzienne analizy wiadomości o zdrowiu, które trafiają na pierwsze strony gazet,
- informacje o dostępnych usługach zdrowotnych (apteki, przychodnie, szpitale etc.).

Stworzenie serwisu ułatwiającego poruszanie się w systemie jak również w zakresie samoopieki w najczęstszych problemach zdrowotnych, stanowiłoby narzędzie kierujące pacjentów do szczegółowych informacji znajdujących się np. na współpracujących stronach towarzystw naukowych.

W celu sprawdzenia jakie jest zdanie pacjentów na temat powstania jednego wiarygodnego źródła informacji np. portalu wiedzy, NIZP-PZH wspólnie z Rzecznikiem przeprowadzili badanie ankietowe drogą telefoniczną.

W badaniu wzięły udział osoby kontaktujące się za pośrednictwem Infolinii Rzecznika, którzy w terminie 9–29 maja 2018 r. zadzwonili na Infolinię i zgodzili się udzielić odpowiedzi na pytania ankiety. Spośród 3013 wszystkich zarejestrowanych rozmów w okresie badania, 1544 osoby (51,2%) zgodziły się odpowiedzieć na pytania z ankiety telefonicznej.

Ankieta składała się z 3 pytań głównych oraz pytań dodatkowych (liczba pytań została ograniczona do minimum ze względu na specyfikę badanej grupy).

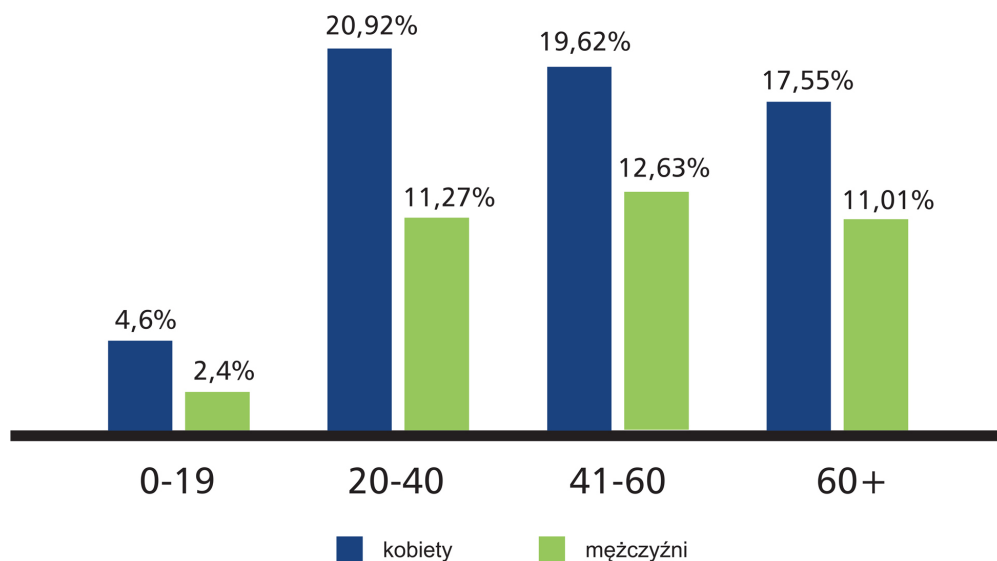
Respondentom zadano pytania dodatkowe dotyczące:

- wieku (w przedziałach 0–19, 20–40, 41–60, 60+),
- płci,

- miejsca zamieszkania,
- rodzaju placówki medycznej, z której pacjent korzystał ze świadczenia w dniu ankietywania,
- typu własności placówki.

Poniżej zaprezentowano zestawienie najważniejszych wyników przeprowadzonego badania.

Wykres 1. Respondenci badania wg płci i wieku



W badaniu wzięły udział 1544 osoby, kobiety stanowiły ok. 63% badanych, wśród nich najwięcej było osób w przedziale 20–40 lat (20,9% wszystkich badanych). Może to świadczyć, iż kobiety częściej zainteresowane są pozyskiwaniem informacji, dzwoniąc również w roli matki. U mężczyzn zaś najliczniejsi byli badani w wieku 41–60 (12,6% wszystkich badanych) (wykres 1.).

Największą grupę badanych stanowiły osoby zamieszkałe w województwach: mazowieckim (402 badanych), śląskim (181 badanych), małopolskim (131 badanych), natomiast najmniej liczną grupę osób stanowili mieszkańcy województw opolskiego i lubuskiego (po 26 osób badanych).

Tabela 1. Respondenci badania wg regionów

WOJEWÓDZTWO	OGÓŁEM	K	M	WSKAŹNIK UDZIAŁU W GRUPACH PŁCI W %	
				K	M
dolnośląskie	126	78	48	8,06	8,33
kujawsko-pomorskie	48	33	15	3,41	2,60
lubelskie	67	39	28	4,03	4,86
lubuskie	26	14	12	1,45	2,08
łódzkie	106	63	43	6,51	7,47
małopolskie	131	92	39	9,50	6,77

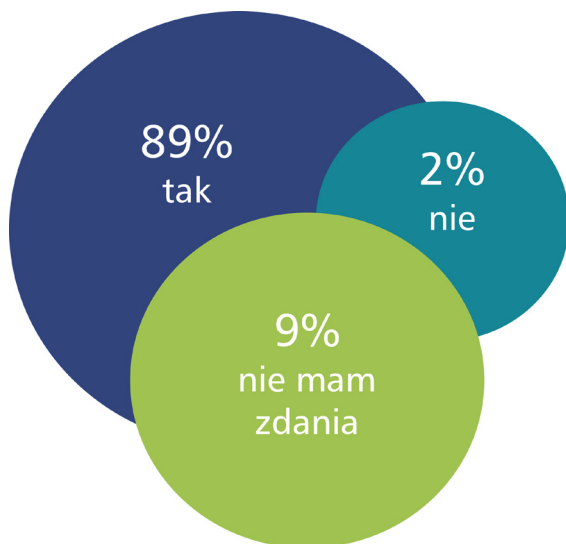
cd. tabeli

WOJEWÓDZTWO	OGÓŁEM	K	M	WSKAŹNIK UDZIAŁU W GRUPACH PŁCI W %	
				K	M
mazowieckie	402	255	147	26,34	25,52
opolskie	26	18	8	1,86	1,39
podkarpackie	72	47	25	4,86	4,34
podlaskie	38	25	13	2,58	2,26
pomorskie	87	51	36	5,27	6,25
śląskie	181	112	69	11,57	11,98
świętokrzyskie	27	17	10	1,76	1,74
warmińsko-mazurskie	39	25	14	2,58	2,43
wielkopolskie	98	62	36	6,40	6,25
zachodniopomorskie	67	36	31	3,72	5,38
zagraniczne	3	1	2	0,10	0,35
OGÓŁEM	1 544	968	576	100	100

Pytanie 1.

Czy uważa Pan/Pani, że powinno powstać jedno ogólnopolskie źródło informacji – strona internetowa, w której znaleźliby Państwo rzetelne informacje dotyczące ochrony zdrowia?

Wykres 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie 1.



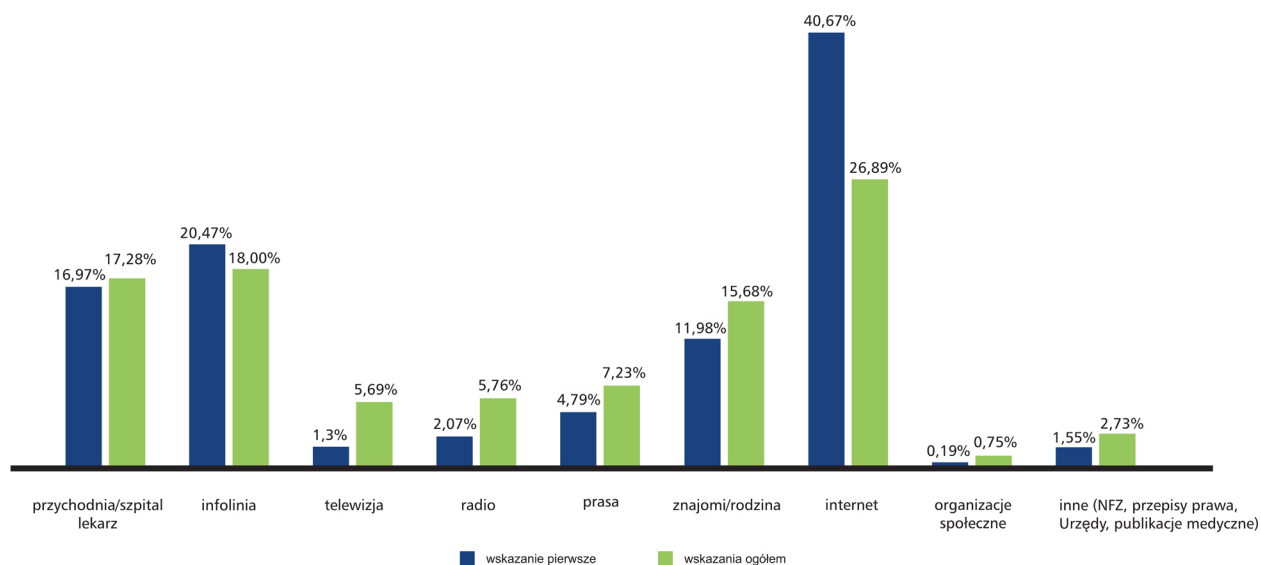
Aż 89% badanych (1374 osoby) uznało, iż powinien powstać portal wiedzy agregujący rzetelne informacje dotyczące ochrony zdrowia.

Pytanie 2.

Skąd uzyskuje Pan/Pani najczęściej informacje o organizacji i sposobach leczenia?

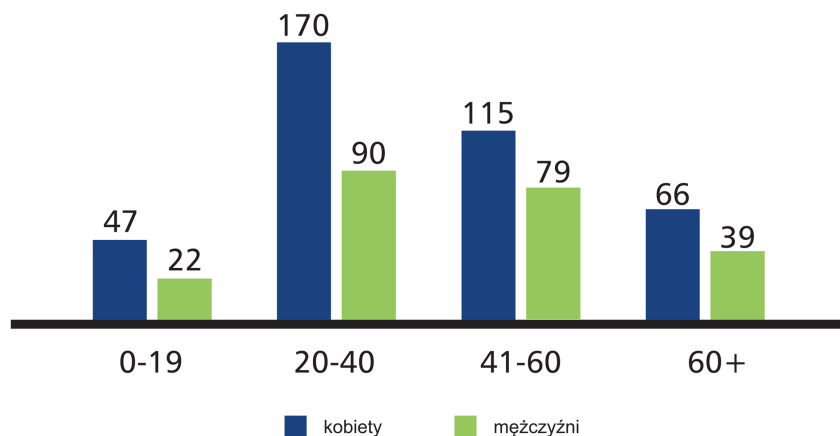
Odpowiadając na pytanie 2, każdy z respondentów miał możliwość wskazania trzech najważniejszych dla niego źródeł wiedzy, jednakże prawie 41% osób wskazało tylko jedno źródło informacji. Najliczniej takiej odpowiedzi udzieliły kobiety w wieku 20–40 i stanowiły 23,88% osób, które nie podały innego źródła pozyskiwania informacji.

Wykres 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie 2



Wśród ankietowych najczęściej jako podstawowe (pierwsze wskazanie) źródło informacji o organizacji i sposobach leczenia wskazywano Internet 40,67% (628 odpowiedzi). Na korzystanie z tego źródła wiedzy zdecydowały się częściej kobiety 63,78%, innego źródła informacji nie wskazało, aż 22% osób (344 odpowiedzi). Jednakże w ogólnej liczbie wskazań Internet jako źródło informacji występował w niespełna 27% przypadków (wykres 3). Najczęściej odpowiedź Internet wybierały osoby w przedziale wieku 20–40, wśród mężczyzn 39,13% a kobiet 42,71% (wykres 4). Telewizja i radio rzadko były wskazywane jako podstawowe źródło informacji, jednakże blisko po 6% respondentów korzystało z tych źródeł w ujęciu ogólnym.

Wykres 4. Osoby poszukujące najczęściej informacje o organizacji i sposobach leczenia w Internecie wg płci i wieku



Szukając w proponowanych odpowiedziach najbardziej wiarygodnych źródeł pozyskiwania informacji możemy wskazać „Infolinię” oraz „przychodnia/szpital/lekarz”. Infolinię Rzecznika Praw Pacjenta wybrało 20,46% osób (316 odpowiedzi) w pierwszym wskazaniu, spośród tych odpowiedzi niespełna 7% osób (106 odpowiedzi) nie wskazało innego źródła pozyskiwania informacji. Najczęściej tylko z Infolinii korzystały osoby po 60. roku życia stanowiąc 45,28% osób wybierających jedynie tę odpowiedź. Wybór dotyczący od-

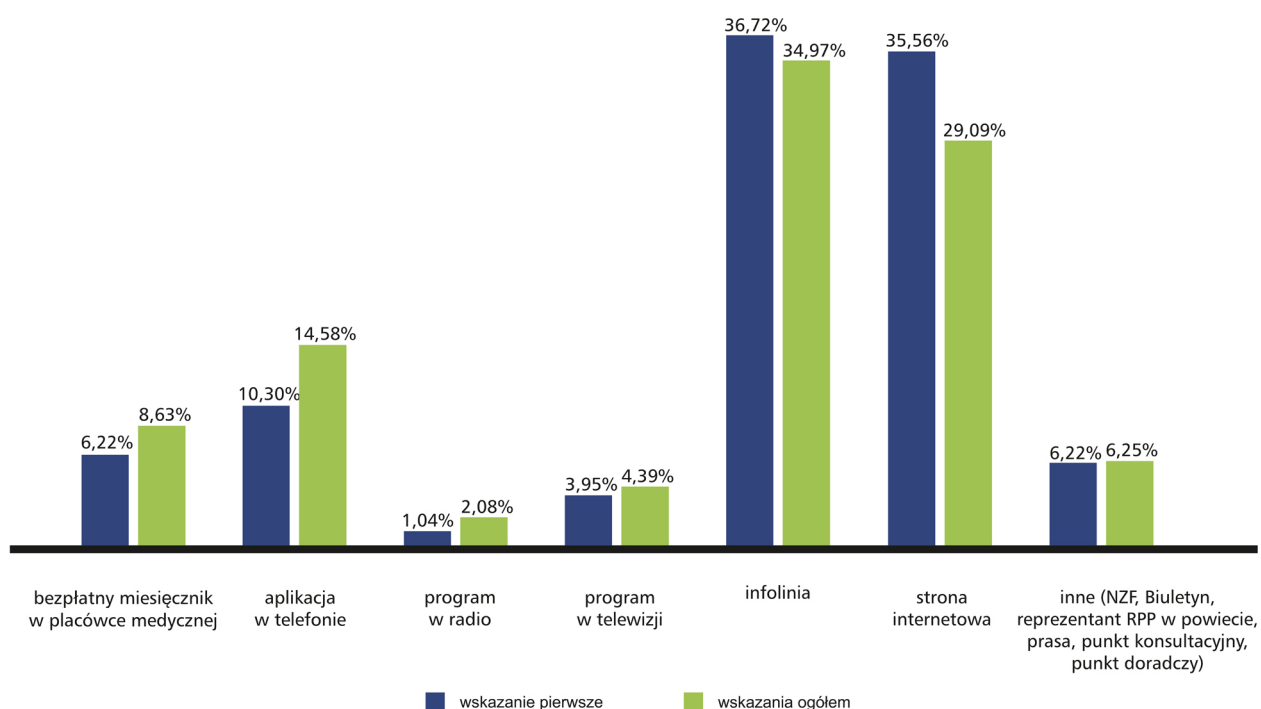
powiedzi „przychodnia/szpital/lekarz” został dokonany przez niespełna 17% badanych. Respondenci badania, którzy odpowiedzieli, iż ich jedynym źródłem pozyskiwania informacji o organizacji i sposobach leczenia jest „przychodnia/szpital/lekarz” stanowili 7,7% wszystkich badanych. Spośród nich warto wskazać najliczniejszą grupę, były to osoby po 60. roku życia (47,89%), gdzie kobiety stanowiły 56,14%.

Jako inne źródła informacji respondenci wskazali: NFZ; przepisy prawa; urzędy; publikacje medyczne.

Pytanie 3.

Jakie inne formy przekazu informacji o tematyce zdrowia według Pana/Pani byłyby skuteczne/pomocne/potrzebne?

Wykres 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie 3



Odpowiadając na pytanie 3, każdy z respondentów miał możliwość wskazania 3 najważniejszych dla niego innych form przekazu informacji o tematyce zdrowia. Tylko jednego wskazania dokonało 42,68% osób (659 odpowiedzi) z czego 245 odpowiedzi (37,17%) dotyczyło Infolinii, a 215 (32,62%) strony internetowej.

Jako pierwszą odpowiedź respondenci najczęściej wskazywali „Infolinia” – 36,72% (567 odpowiedzi) oraz stronę internetową 35,55% (549 odpowiedzi). Liczba osób wybierających odpowiedź „Infolinia” rosła wraz z wiekiem respondentów, najliczniejszą grupę stanowili mężczyźni i kobiety w wieku 60+ (odpowiednio 34,72% oraz 36,23%). Wśród osób wybierających najczęściej odpowiedź „strona internetowa” znaleźli się zarówno mężczyźni jak i kobiety w przedziale wiekowym 20–40 i stanowili 44,62%.

W ogólnej liczbie wskazań wyraźnie wzrosła potrzeba przekazu informacji w formie aplikacji telefonicznej i wyniosła blisko 15%. Jako inne formy przekazu informacji respondenci

wskazywali: * Inne: NFZ; biuletyn; reprezentant RPP w powiecie; prasa; punkt konsultacyjny, punkt doradczy.

Wnioski:

- Respondenci najczęściej informacji zdrowotnych poszukują w Internecie. Niepokojącym faktem jest znaczna liczba osób (22%), dla których jest to jedyne źródło pozyskiwania wiedzy. Należy pamiętać, iż informacje które się tam znajdują nie zawsze są wiarygodne i zweryfikowane merytorycznie.
- Osoby uczestniczące w badaniu chciałyby, aby powstał jeden portal i/lub Infolinia, dzięki której mogliby uzyskać rzetelne informacje.
- Większość osób korzystających z Infolinii i poszukujących odpowiedzi na pytania to kobiety pomiędzy 20. a 60. rokiem życia.
- Wśród osób po 60. roku życia źródłem informacji najczęściej była Infolinia.
- Warto zastanowić się czy dobrym narzędziem wspomagającym portal i Infolinię byłaby aplikacja mobilna.

Po analizie odpowiedzi respondentów badania w których wyraźnie zaznaczono główne źródło poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie, warto zastanowić się nad stworzeniem certyfikowanej platformy informacyjnej. Obecnie w Polsce nie funkcjonuje portal wiedzy, w którym znajduje się szerokie spektrum autoryzowanych informacji z zakresu zdrowia. Stworzenie takiego miejsca z rzetelnymi informacjami byłoby pomocne zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów poprzez wspieranie pacjentów z najczęstszymi problemami zdrowotnymi i nawigowanie pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Dodatkowo materiały podlegałyby rzetelnej walidacji naukowej we współpracy ze środowiskami pacjentów pod kątem zrozumienia ich przez osoby o niższych kompetencjach zdrowotnych. Wiedzę na temat edukacji pacjentów należy czerpać od doświadczonych w tym zakresie krajów. Przykładem prężnie działającej organizacji tworzącej wzorcową stronę internetową bogatą w interesujące i rzetelne treści jest NHS Choices.

Stworzenie i bieżąca aktualizacja odpowiednika strony NHS w Polsce umożliwiłaby pacjentom dostęp do wiarygodnych informacji odciążając w przyszłości inne gałęzie systemu opieki zdrowotnej. W obliczu zmniejszających się kadr medycznych oraz coraz większych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, portal wiedzy mógłby stać się narzędziem edukacyjnym m.in. w kreowaniu pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz kompletny przewodnik po systemie.



Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku pytań, wątpliwości lub sytuacji naruszenia praw pacjenta
skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta

**ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa**

Telefoniczna Informacja Pacjenta

800 190 590

czynna pn. – pt. w godz. 8:00-18:00

**kancelaria@rpp.gov.pl
www.rpp.gov.pl**